

LES EXPERIENCES CORPORELLES A L'ORIGINE DE L'IDENTITE DE SOI

@ Guy TONELLA, 2009

Publié dans :

« IDENTITÉS », Edition Eres, 2009

Ouvrage collectif dirigé par Joyce AÏN, avec la participation de :

Joyce AIN, Bernard GOLSE, Jean-Claude KAUFMANN, Yann LEROUX, Olivier MARC, Michela MARZANO, Sylvain
MISSONNIER, Marie-Rose MORO, Virginie PAPE, Alain ROUCOULES, Marie José SIBILLE, Irène THERY, Serge TISSERON,
Guy TONELLA, Serge VALLON, Daniel WELZER-LANG

Guy Tonella est docteur en psychologie clinique et diplômé en psychophysiologie. Il fut Chargé de Cours à l'Université des Sciences Paul Sabatier, Toulouse, entre 1972 et 1990 et Chargé d'Enseignement pour le Diplôme de 3ème cycle "Les Psychothérapies à médiation corporelle", Université P. Valéry, Montpellier, entre 1987 et 1990. Il est psychothérapeute bioénergéticien (analyse bioénergétique) depuis 1980 et est formateur international à l'International Institute for Bioenergetic Analysis, dirigeant des formations de psychothérapeutes en Europe et en Amérique du Sud. Il est membre du Collège Français d'Analyse Bioénergétique.

L'identité se construit bien avant que naisse la parole et même la représentation. Elle naît des sensations et des émotions éprouvées au cours des interactions corporelles/émotionnelles avec son premier objet d'attachement, la mère en général. Les sensations et les émotions qui naissent de ces interactions répétées forment des constellations sensori-émotionnelles demeurant à jamais :

- le cerveau conserve leur empreinte ;
- elles sculptent le corps, sa forme, sa tonicité, sa gestualité ;
- elles dessinent les images inconscientes du corps et nos prototypes fantasmatiques ;
- elles modélisent nos futures relations d'attachement et notre sexualité.

Parce que ces constellations sensori-émotionnelles restent vivaces au fond de soi, subjectivisantes pour le meilleur et pour le pire, mais toujours source de référence, elles constituent la matrice de l'identité. Parce qu'elles s'inscrivent dans la mémoire implicite, non verbale et non consciente, elles constituent la matrice de l'inconscient.

I – LES CONSTELLATIONS SENSORI-EMOTIONNELLES : MATRICE DE L'IDENTITE

Un enfant vivant dans un système d'attachement sécure ou insécure construit des constellations sensori-émotionnelles pourvoyeuses de sécurité ou d'insécurité constamment réactivable par la suite, la vie durant.

Que faut-il pour qu'une constellation sensori-émotionnelle laisse une trace, soit conservée dans la mémoire, et soit réactivable ? Il faut qu'elle soit suffisamment intense et répétée. Des connexions synaptiques fonctionnelles entre les neurones de cet ensemble se forment et sont réactivables. C'est la « loi de plasticité synaptique ». L'expérience sensori-émotionnelle suffisamment répétée laisse alors une trace réactivable tout au long de la vie.

- Le cerveau garde leur empreinte

Beaurepère (2003) montre qu'un nourrisson traité de manière insécurisante par sa figure maternelle sécrète des hormones du stress. A long terme, ces sécrétions répétées modifient le développement de son cerveau limbique (réduction du volume de l'hippocampe et augmentation du volume du gyrus temporal). L'hémisphère droit reste en état d'alerte et un profond sentiment d'insécurité s'inscrit dans sa mémoire implicite, inconsciente et non verbale. Les relations d'attachement de cet enfant devenu adulte seront anxieuses et insécures.

Après la mort du dictateur roumain Ceausescu, Ionescu (Ionescu et al, 2001) écrit un rapport où il montre que, dans une quarantaine d'institution, des enfants contraints à avoir été abandonnés et privés de tout attachement, ont été retrouvés souffrant de graves altérations biologiques, émotionnelles et comportementales irréversibles.

Chez l'adulte à l'attachement anxieux, la disparition de l'être aimé peut provoquer une déchirure traumatique aussi grave que celle du nourrisson qui perd sa mère. Parkes (Parkes et al., 1993) a étudié la biologie du deuil chez ces adultes. Il montre que dans les mois qui suivent la perte du conjoint, on observe un pic de maladies cardiaques, cancers, diabètes, maladies pulmonaires et confusion mentale.

Deux notes d'espoir :

- 1) Evrard, Marret, Gressens (1997) montrent que les circuits fronto-limbiques, impliqués dans la modélisation de la « sensibilité » dès la petite enfance, peuvent évoluer si la qualité de l'environnement évolue et permet de reconstruire des attachements sécurés et confiants. Des circuits désactivés par le stress sont alors réactivés, faisant évoluer les marqueurs biologiques de stress (par exemple le taux de sérotonine transporté par les protéines 5-HTT Long versus 5-HTT Short).
- 2) P. Eriksson (Université Hospitalière Sahlgrenska, Suède) met en évidence, en 1998, la « neurogenèse » cérébrale : de nouveaux neurones peuvent apparaître au niveau de l'hippocampe, là où les émotions, les perceptions et les pensées sont encodées sous forme de mémoire durable. Ils peuvent favoriser l'évolution des comportements d'adaptation. Des travaux ultérieurs montreront que la possibilité de neurogenèse est conditionnée par une activité corporelle.

- Les constellations sensori-émotionnelles sculptent le corps

Normalement, l'anatomie du corps est conçue pour assurer la circulation des fluides, des gaz et des ions (Keleman, 1985). Des phénomènes d'expansion/contraction et d'étirement/allongement provoquent une fluctuation rythmique ininterrompue. L'organisme dans sa globalité est organisé comme une pompe pulsative régulant les flux biologiques d'excitation. Ce processus vital constant produit des sensations que nous éprouvons comme sensations d'exister : sensations de vider/remplir, ralentir/accélérer, dilater/rétracter, absorber/rejeter, contenir/expulser, d'intérieur/extérieur, de profondeur/surface, d'interrelation et d'échange milieu interne/milieu extérieur. Ces sensations régulent nos capacités à s'activer, se reposer ou dormir, percevoir, s'émouvoir, aimer, agir, interagir. Cette véritable danse est incessante et adaptative. Elle nous donne le sentiment d'être vivant, expressif et en relation au monde.

Quelque chose peut-il arrêter cette danse vitale ?

Oui, des tensions provoquées par un stress, un traumatisme, un déficit ou un conflit. Ce sont des tensions du tissu interstitiel et des fascias, des tensions musculaires (de la nuque, des mâchoires, de la gorge, des épaules, de la poitrine, du ventre, etc.), des tensions des organes eux-mêmes (du tube respiratoire, du tube digestif, de l'estomac, des viscères, etc.). Ces tensions sont une réaction de défense de l'organisme face à l'expérience traumatique ou face à un conflit non résolu, face à des événements parfois très anciens. L'organisme se tend, se bloque pour ne pas ressentir la douleur, la souffrance, la détresse, la solitude, l'incompréhension, l'injustice, parfois un sentiment de désespoir. Si la situation angoissante persiste, les tensions elles-mêmes persistent et deviennent alors chroniques. Par phénomène d'habitude, elles deviennent non perçues, inconscientes. Mais un mal être profond subsiste. W. Reich (1933) et à la même époque H. Wallon (1934), plus tard Ajuriaguerra et Zazzo, puis Lowen (1958, 1965, 1975, 1985), nous avaient déjà alertés à ce propos.

Ces tensions affectent bien sûr la vitalité, réduisent les échanges intra-organiques et, très vite, inhibent les échanges relationnels. Ces tensions peuvent donner lieu à des symptômes fonctionnels (douleurs articulaires, lombalgies chroniques, mal aux mâchoires, etc.) ou à des symptômes psychosomatiques (état de stress, maux de tête, hypertension, troubles de l'appétit ou du sommeil, troubles sexuels, etc.). Ces tensions s'accompagnent de troubles psychiques et de difficultés de relation.

Ces hypertensions chroniques héritées de l'enfance sont de l'histoire solidifiée. Elles « parlent » au thérapeute durant le processus thérapeutique. Mais le patient, lui, peut-il en parler ? Pas toujours lorsqu'elles datent de l'époque préverbale car il ne les perçoit pas ou n'en perçoit pas la fonction. Pourquoi ? Parce qu'elles sont le produit des constellations sensori-émotionnelles

construites durant la période préverbale, inscrites dans la mémoire implicite, creuset de l'inconscient. Nous pouvons alors parler de constellations tonico-sensori-émotionnelles inscrites dans la mémoire implicite non verbale et non consciente.

Fabrice est né d'une aventure amoureuse, son père ne l'a pas reconnu. Sa mère se marie deux ans plus tard et cet homme reconnaît Fabrice et lui donne son nom. Mais rien n'est parlé dans la famille. Comme sa mère, Fabrice est atteint d'une maladie orpheline dégénérant en cancer ; la maladie est diagnostiquée dès son enfance et opérée à l'adolescence. Les générations précédentes ne pouvant encore bénéficier d'un traitement ont été décimées. Rien n'est parlé dans la famille. Son beau-père est maniaco-dépressif et fait régulièrement des séjours en clinique, mais rien n'est parlé en famille. Fabrice vient me voir à 28 ans. Il est seul dans la vie, la vie n'a pas de sens pour lui, il a secrètement peur de mourir. Il se sent profondément angoissé, mais il a très peu accès à ses sensations et à ses états émotionnels. Son corps est muet, il retient sa respiration, son visage est impassible, seuls ses yeux et le plissement entre ses yeux indiquent une intense activité mentale et un état d'alerte permanent. Il parle très peu, tout se passe à l'intérieur de lui : une forteresse pleine, pleine d'angoisse, de peur, de solitude, d'amertume, de rage assassine mais il ne le sait pas encore. C'est un enfant de 5 ans que je perçois en face de moi, muré, désespéré, à la limite de l'autisme. Je sens que je dois aller le chercher, le prendre par la main, le regarder longuement. Il me dit un jour que s'il se laisse aller il a peur de perdre la tête. Je prendrais sa tête entre mes mains et il commencera à trembler de tout son corps, secoué par des spasmes ; l'enfant de 5 ans, puis de 3, de 2 ans s'éveille à la vie et sort du cauchemar de n'être personne. Il me regardera à son tour longuement, me prendra la main évitant encore des sanglots, me dira un jour, d'une voix presque honteuse : « J'ai envie d'un câlin ». Lové contre moi, il s'endormira ... comme un enfant rassuré. Cinq années ont passé, la route est encore longue mais il ne s'en lasse pas, moi non plus. Il a eu entre temps une petite fille de 3 ans et un bébé d'1 an. Il les aime profondément, c'est un papa câlin. Il n'ose pas encore vérifier s'ils ont hérité de son gène défaillant. Il commence à sentir en séance la violence qui l'habite affleurer à la surface de son ventre. Il compte sur moi, m'a-t-il dit, pour s'en débarrasser. Il ne sait pas encore qu'il aura d'abord à en vivre les affres avant d'en récupérer sa puissante énergie.

- Les constellations sensori-émotionnelles dessinent les images inconscientes du corps

F. Dolto fut la première à décrire les images inconscientes du corps (1984) et leur étayage sur les vécus corporels, sensoriels et émotionnels. Nasio (2007) dans « Mon corps et ses images » a repris cette réflexion. Il commente : « Les images inconscientes du corps infantile déterminent nos comportements corporels involontaires, nos mimiques, gestes et postures ; elles infléchissent les courbes de notre silhouette, marquent les traits du visage, avivent la lueur de notre regard et modulent le timbre de notre voix ; elles décident de nos goûts, de nos attirances et répulsions, et dictent notre façon de nous adresser à l'autre et, si cet autre est notre partenaire amoureux, de notre façon d'approcher et d'accueillir son corps (...) Ces images commandent nos choix esthétiques et, plus généralement, décident de nos rêves et de nos actes ». (pp.29-30)

Les constellations sensori-émotionnelles sont empreintes dans le cerveau, elles sculptent le corps, elles se fixent dans les images et les fantasmes, et se conservent ainsi. Elles ressurgissent dans un état, dans un rêve, dans un geste, dans une rencontre, et perdurent. Les rêves qui habitèrent Fabrice étaient noirs. Il n'aurait jamais de relation amoureuse ou sexuelle avec une fille ou une femme, cela n'en valait pas la peine, tout était faux dans ce monde. Il n'aurait pas d'enfant dans un monde pollué et saccagé par la folie des hommes. Il se suiciderait jeune adulte avant que la mort ne le possède. Un seul fantasme d'adolescent l'avait réjoui : il était un chanteur de rock and roll beau et célèbre dans le monde entier et les filles tombaient à ses genoux. Mais il avait aussitôt chassé de son esprit cette vision réparatrice d'un narcissisme saccagé, car il était mort de honte, s'estimant inattractif et transparent.

Heureusement, de nouvelles constellations sensori-émotionnelles sont créées en thérapie, vivifiantes, ressourçantes, stimulantes, ré-éprouvées mille fois, s'inscrivant dans le cerveau, dans le corps, dans l'image, dans le geste interactif, perdurant. Elles se substituent alors aux constellations habituelles, archaïques, les recouvrent, les dominent, et produisent le changement attendu. Leur formation illustre le travail en jeu dans une analyse bioénergétique.

- **Les constellations sensori-émotionnelles modélisent nos futures relations d'attachement et notre sexualité**

Les expériences sensorielles et émotionnelles du très jeune enfant vont imprégner son cerveau durant au moins les 3 premières années, au niveau des structures nerveuses et au niveau hormonal. Cette imprégnation subsistera ultérieurement au sein de la structure nerveuse de l'enfant et plus tard de l'adulte. Elle sera à la base de nos futures relations, y compris des amis que nous choisissons ou des compagnes/compagnons que nous choisissons. *Cette imprégnation est à la base de nos comportements d'attachement et d'interaction avec les autres.*

La mère de Michel est décédée lorsqu'il avait 2 ans. Son père s'est remarié mais il a été pour son fils une figure d'attachement extrêmement importante dans l'entre deux de la perte et du remariage, objet pourvoyeur de sécurité et d'« amour inconditionnel » ressent Michel. Jeune adulte, il ne parvient pas à s'attacher à une femme bien qu'il éprouve dans cette relation du plaisir sexuel ; un sentiment d'insécurité domine irrationnellement. Il découvre par la suite qu'il peut s'investir affectivement dans une relation avec un autre homme ; le sentiment de sécurité domine. Doit-il choisir l'homosexualité ou l'hétérosexualité ? Il entreprend une psychanalyse pour résoudre son dilemme. Son analyse est un échec dans le sens où il ne sent pas compris : sa difficulté est interprétée dans le cadre du conflit oedipien non résolu. Sa psychothérapie suivante l'amène à prendre conscience de ce qui l'imprègne profondément : la perte de sa mère l'a empreigné, *sensoriellement et émotionnellement*, d'une insécurité profonde associée à tout futur attachement à une figure féminine, alors que l'amour de son père l'a empreigné, *sensoriellement et émotionnellement*, d'une sécurité permanente et constante associée à tout futur attachement à une figure masculine. Cette compréhension, fondée sur les effets d'empreinte limbique des premiers objets d'attachement, l'a apaisé et lui a permis de choisir la voie homosexuelle, relâchant le sentiment de culpabilité qui lui était associé.

II – LA REGULATION DES ETATS SENSORI-EMOTIONNELS DE L'ENFANT

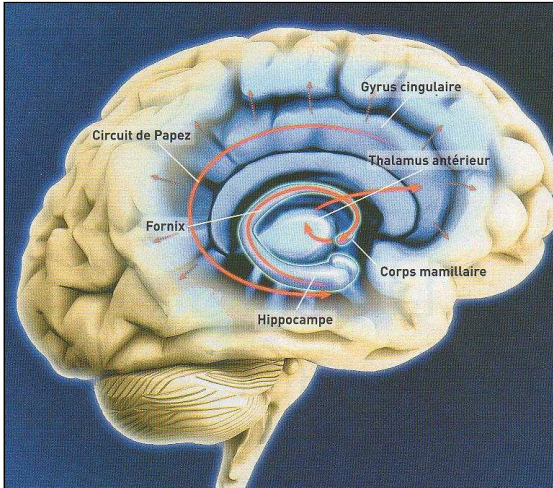
A la naissance, la mère aide son bébé à construire des instruments d'autorégulation : régulation des états émotionnels intenses que le bébé ne parvient pas, seul, à réguler et intégrer. L'absence de régulation laisse le bébé dans un état de désarroi et d'angoisse profonds. Il développe un état d'insécurité et d'alerte et, devenu adulte, il devra demander à un psychothérapeute de l'aider à construire cette capacité autorégulatrice et ce sentiment intérieur d'auto-sécurité manquants.

Je vous parlerai donc d'un type de thérapeute et d'un type de psychothérapie qui aident à construire cet état de sécurité intérieure indispensable, fondé sur l'expérience corporelle : je vous parlerai de l'analyse bioénergétique.

Je voudrais au préalable vous présenter quelques données scientifiques publiées ces dernières années, étayant la clinique.

Schore (2001) a mené des recherches essentielles, ces dernières années, sur la communication mère-enfant. Il a observé in vivo la relation mère-bébé, il a également utilisé l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM).

Je vais présenter les principaux résultats qui nous intéressent ici :

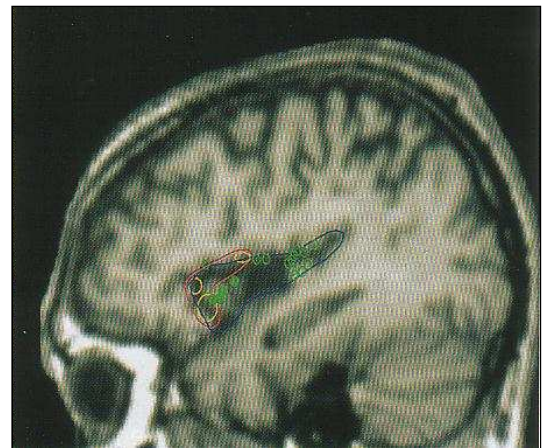


1 - Le système limbique, structure centrale du cerveau, a pour fonction de réguler les états émotionnels et, en partie, les états sensoriels (Rinaman, Levitt et Card, 2000).

Or, durant les 3 premières années, le système limbique de l'enfant est immature. Il a donc besoin d'un adulte, sa mère en général, pour réguler et intégrer ses états intérieurs, ses sensations et ses émotions, particulièrement lorsqu'il est anxieux, stressé ou désespéré.

2 – Que se passe-t-il entre la mère et son enfant ?

Schore (2001) montre que la communication mère – bébé est une communication cerveau droit – cerveau droit. Pourquoi le cerveau droit ? Parce qu'il permet de communiquer de manière non verbale (un bébé, ça ne parle pas) et parce qu'il est directement relié au système limbique. L'enfant envoie des signaux non verbaux à sa mère qui les capte par son cerveau droit et les transmet à son système limbique. Celui-ci les identifie. Elle répond alors à l'enfant par des signaux non verbaux ajustés aux besoins de l'enfant. Il les capte à son tour par son cerveau droit qui les transmet à son système limbique. Ils ont pour effet de réguler ses états sensoriels et émotionnels. Nous parlons là d'une mère *empathique*, attentive et sensible aux états intérieurs de son bébé, capable de les réguler et de ne pas laisser son enfant dans un état de sous-stimulation ou de sur-stimulation.



3 – Qu'est-ce qu'une mère empathique ?

C'est une mère capable de recevoir et d'interpréter correctement les signaux que lui envoie son enfant : lorsqu'il la regarde, lorsqu'il émet des sons, pleure ou gazouille, lorsqu'il exprime des mimiques, par les gestes qu'il fait. Des neurones appelés « neurones miroirs » (Gallese, Fadiga, Fogassi, Rizzolati, 1996), localisés dans le système limbique, sont capables de lire et de décoder les signaux sensoriels, émotionnels, gestuels émis par l'autre et ainsi ressentir ce que l'autre ressent. La mère empathique peut alors répondre à son bébé de manière ajustée, puisqu'elle peut se mettre à la place de son bébé en formant à l'intérieur d'elle une copie de ce que son bébé éprouve.

4 – Quels signaux la mère envoie-t-elle à l'enfant pour réguler ses états intérieurs ?



Lorsqu'il est surexcité, elle le prend dans ses bras, le regarde avec douceur, le berce, l'apaise. Lorsqu'il cherche à être actif, elle interagit avec lui, elle joue, elle lui présente des objets. Lorsqu'il est fatigué, elle lui chante une berceuse, elle le berce. Lorsqu'il est anxieux ou effrayé, elle lui offre un contact rassurant, le protège, le serre contre elle. Bref, elle répond à ses besoins, cherche à le protéger des expériences douloureuses ou effrayantes et favorise les expériences de plaisir et de sécurité.

5 – Quelles conséquences cela a-t-il sur le développement de l'enfant ?

L'enfant peut développer *un sentiment de sécurité* à l'intérieur de lui et oser affronter le monde, aller à sa découverte. Ses premières tentatives (attraper le bout de votre nez, vous donner son nounours, faire ses premiers pas, son premier dessin) vous remplissent de fierté et vous le lui dites. Il devient fier de lui, confiant : il développe *un sentiment de confiance*. Et comme vous l'aidez à réussir dans tout ce qu'il entreprend et que vous le consolez quand il échoue, il se sent de plus en plus capable de prendre des initiatives, d'agir. Il sait et il sent que ce qu'il fait a de la valeur. Il développe un *sentiment d'auto-estime*.

Notre environnement d'enfant n'est cependant pas toujours à cette image, et bien que nous ne soyons pas tous des enfants de Ceausescu, nous savons, à des degrés divers, ce qu'est le sentiment intérieur d'insécurité, l'absence de confiance en soi ou l'absence d'auto-estime.

6 – Comment ces états intérieurs affectent-ils nos choix futurs ?

Parce qu'ils sont inscrit dans notre mémoire limbique et sont nos références les plus profondes, nous reproduisons nos modèles d'attachement infantiles, nos constellations sensori-émotionnelles d'enfants, pour le meilleur et pour le pire. Nous reproduisons des scénarios de mal être, de détachement affectif ou de violence. Nous reproduisons des scénarios d'échec et nous nous sentons mal aimés ou parfois incapables d'aimer les autres de manière non anxieuse. Adultes, nous répétons inconsciemment nos joies et nos angoisses d'enfant, dans la réussite ou dans l'échec, dans la santé ou dans la maladie. Nos premières figures d'attachement n'ont pas su réguler nos peurs, nos peines, nos colères, nos excitations, nous offrir un modèle de contention et de régulation ainsi que leurs procédures. Elles n'ont pas su nous apprendre progressivement à autoréguler nos sensations et nos émotions. Nous manquons alors de ces *régulateurs internes*, somatosensoriels dans leur essence, qui nous amènent à l'équilibre et la sérénité suffisants pour supporter nos contradictions, nos incohérences parfois, nos anxiétés et les échecs incontournables rencontrés dans la vie.

III – LA REGULATION DES ETATS SENSORI-EMOTIONNELS DE L'ADULTE : LE PROCESSUS THERAPEUTIQUE

- Le psychothérapeute, « base de sécurité »

Le thérapeute offre en premier lieu à son patient une « base de sécurité » (Bowlby, 1969-1980). Elle se manifeste bien sûr dans ses paroles, mais essentiellement dans sa qualité de présence non verbale, limbique : l'humanité de son regard, sa juste distance, ses gestes empathiques ajustés aux besoins du patient. Il remplit la fonction d'une « mère suffisamment bonne » ou d'un « père suffisamment bon », contenant, régulant et communiquant. C'est cela qui permet au patient de commencer à se sentir en sécurité et accompagné durant son voyage thérapeutique.

- L'identité, l'inconscient et la mémoire implicite

Schore (2001) affirme que les communications entre les patients et leurs thérapeutes repose fondamentalement sur l'échange de signaux corporels transitant par le système limbique car ce sont eux qui traduisant les états intérieurs les plus profonds, les plus anciens, pour lesquels il n'y a parfois ni images ni mots. Le thérapeute, comme la mère empathique, se laisse toucher intérieurement par ces signaux. Ses neurones miroirs les reflètent. Il les comprend et y répond par une intervention qui correspond à ce dont le patient a besoin à ce moment pour sa propre régulation émotionnelle, pour construire peu à peu cet état intérieur de sécurité. *Le corps résonant du thérapeute est alors l'instrument fondamental au service de l'accordage psychobiologique.*

Le processus identitaire, revisité en psychothérapie, est d'abord encodé dans la mémoire implicite, dans cet inconscient procédural : dans des états sensori-émotionnels préverbaux réactivables dans des contextes particuliers non verbaux, dans des procédures impliquant la motilité organique (telle la respiration), l'expression posturo-gestuelle, l'interaction motrice, la relation d'attachement. Le psychanalyste américain Toronto (2001) l'exprime en ces termes : « Le privilège acharné du langage (...) a par le passé protégé commodément les cliniciens de l'extrême abondance des informations non verbales déroutantes, ou encore « sans ordre établi », utilisées consciemment et le plus souvent inconsciemment durant le travail thérapeutique. Ces dernières années, cependant, les thérapeutes se sont mis à comprendre de mieux en mieux la signification de l'expérience non verbale au cours du développement humain. L'explosion des recherches concernant le petit humain a illuminé la nature étonnamment riche et complexe du dialogue social permanent entretenu entre l'enfant et sa figure maternelle, un dialogue qui au moins de la part de l'enfant, est essentiellement non verbal » (p.40). L'analyste bioénergéticien américain R. Lewis (1998) en avait déjà tiré des conclusions ; dans un article où il s'adresse au patient, il dit : « Quand vous n'avez aucun mot pour exprimer ce que vous ressentez, dire ce qui se passe en vous, ce qui vous manque, nous écoutons comment résonnent en vous vos secrets inachevés, tels qu'ils vivent dans votre corps. Nous vous aidons à ressentir et amplifier ces résonances intérieures jusqu'à ce qu'elles deviennent mouvement vers la surface de votre être, conscience. Mais nous écoutons aussi vos mots attentivement, et ils nous touchent lorsqu'ils viennent du plus profond de votre être. Nous vous invitons à vous abandonner à ce qui est votre corps et à ce qui fait votre esprit et, ce faisant, embrasser votre vrai Soi ».

- **L'apport de l'analyse bioénergétique au processus thérapeutique identitaire**

Si l'on convient que le processus identitaire emprunte des voies d'abord corporelles et non verbales, puis verbales, alors le processus thérapeutique impliquant toujours le travail sur l'identité de soi ne peut qu'emprunter l'une *et* l'autre des voies corporelles et verbales.

Une psychothérapie bioénergétique facilite l'activation des mémoires spécifiques, clefs ouvrant les portes de l'inconscient et de la conscience. Chacune d'elles, mémoire procédurale, épisodique et sémantique – corporelle et/ou psychique – a spécifiquement enregistré les constellations sensori-émotionnelles, les références posturales, les images ou les souvenirs qui ont tissé le Soi.

Chaque système de mémoire a cependant sa propre logique d'enregistrement et chacune est porteuse d'un registre inconscient particulier :

1) La mémoire procédurale est une mémoire biologique qui transforme les constellations sensori-émotionnelles en patterns somatosensoriels ; elle les inscrit dans un « *inconscient biologique* » (Cyrulnik, 2006). Une partie des informations stockées dans cette mémoire peut être amenée à la conscience par « *l'initialisation* » des procédures somatosensorielles inscrites dans le Soi. Par exemple, une séquence de travail focalisée sur la prise de conscience de la respiration, du mode respiratoire, « initie » le pattern respiratoire propre au patient.

Isabelle, au cours d'une séance, prend conscience de sa manière de respirer, de la procédure automatisée qu'elle utilise « depuis toujours » : elle maintient le ventre contracté, le diaphragme reste figé en position haute et la respiration est superficielle, contrôlant les mouvements thoraciques involontaires accompagnant chaque inspiration et chaque expiration. Lorsque je demande à Isabelle d'amplifier et d'approfondir sa respiration, des mouvements abdominaux et thoraciques apparaissent, mais avec eux, un profond sentiment de peur. Son vécu rejoint ma « *lecture du corps* » : Isabelle utilise une procédure respiratoire modélisée par la peur, comme lorsque, effrayés, nous nous figeons en position d'inspiration, bouche ouverte et yeux

écarquillés, bloquant les flux d'excitation somatiques (sensations et émotions) et contrôlant l'expérience émotionnelle menaçante. Ma « *lecture de ses états intérieurs* » confirme son intense état de peur. Cette lecture est guidée par les signaux non verbaux que je reçois d'elle habituellement : lorsqu'elle me regarde, bouge maladroitement, garde sa distance, cesse de ressentir quoi que ce soit. Ils font résonance dans mon propre corps et éveillent en moi des sensations de resserrement abdominal, de gorge serrée, de tendance à crispier mes épaules ou tendre ma nuque. Elles se prolongent par des impressions émotionnelles : je suis en état d'alerte, inquiet, sur le qui-vive. Ces résonances, proches de ce que M. Klein a défini en termes d'identification introjective, alors qu'elle ne connaissait pas l'existence des neurones miroirs, m'indiquent fréquemment la même chose : Isabelle a peur, plus que cela, Isabelle est terrorisée et désemparée. Isabelle ne fut pas un bébé désiré et fut ballottée de maison en maison (celle de sa mère, de sa grand-mère, de sa marraine).

Les constellations sensori-émotionnelles préverbaux infiltrent les procédures somatosensorielles, les procédures sensorimotrices et posturales, les mimiques, les rythmes et les références spatiales. Nous ne sommes pas conscients des mécanismes synaptiques et biochimiques impliqués dans de telles procédures, mais en prenant conscience de ces procédures, nous pouvons apprendre à les réguler ou les modifier et ainsi, modifier les mécanismes neurobiologiques et biochimiques qu'elles impliquent. En mettant au travail l'ensemble des procédures somatosensorielles (s'activer, se reposer, se détendre, respirer, regarder, percevoir ses mouvements involontaires, bouger, etc.), la thérapie bioénergétique ramène à la conscience les constellations sensori-émotionnelles produites par la relation d'attachement infantile sécurisée/insécurisée. Elle permet, par la présence sécurisante du thérapeute, de réguler celles d'entre elles qui ne le furent pas, persistant à l'intérieur de l'organisme comme de véritables introjects menaçants. Elle offre la possibilité d'en construire d'autres, dans l'expérience présente. Ce sont ces nouvelles constellations sensori-émotionnelles, sous-tendant de nouveaux patterns somatosensoriels, éprouvés et consolidés en thérapie, décontextualisables hors de l'espace thérapeutique, qui ouvrent le chemin vers un Soi plus sécurisé, capable d'attachements plus sécurisés.

2) La mémoire épisodique, quant à elle, peut rendre compte des patterns corporels et comportementaux d'attachement inscrits sous forme « d'empreintes » sensorimotrices et de « modèles » interactionnels construits durant l'époque préverbale (Tiberghien, 1997). Ceux-ci ont tracé dans la mémoire un registre « *inconscient - pré-cognitif* » organisateur des futurs échanges, reproduisant ces modèles en deçà de la conscience perceptive. Plus tard, en psychothérapie, c'est « *en faisant* », en interagissant, que l'on peut en prendre conscience, en fabriquer enfin une perception imagée, et en dégager une signification. Cette mémoire épisodique s'appuie sur des montages sensori-moteurs très anciens mais devenus routiniers. Ils sont chargés d'histoire et en analyse bioénergétique nous travaillons particulièrement à partir de cet « *inconscient pré-cognitif* » et de ses productions corporelles et interactionnelles. Lorsque nous travaillons par exemple sur la distance (rapprochement / éloignement l'un de l'autre), nous travaillons sur des marqueurs de séparation sensori-moteurs tels que le patient les a émotionnellement construits. Lorsque nous travaillons sur l'expression émotionnelle, bien que la dimension cathartique ne soit pas à négliger, nous redonnons le droit d'exprimer sa colère, sa peine, ses peurs, ses joies, sans qu'elles ne soient désapprouvées ou culpabilisées, régulant l'intensité de leur expression de telle sorte qu'elle ne soit ni timorée et sans effets, ni explosive et inintégréable, ni aveugle et hors du lien. C'est (ré)apprendre à être vivant, expressif et présent à l'autre ; c'est (enfin) apprendre à s'autoréguler et ne plus craindre d'éprouver et d'exprimer des sentiments et des émotions. Cela implique toujours l'expression posturale, mimétique et motrice, et pas seulement l'expression verbale puisque le Soi est continuité psychocorporelle.

(Ré)apprendre à aimer est aussi faire l'expérience de tendre les bras vers l'autre et serrer l'autre dans ses bras, éprouver et exprimer des sentiments tendres. Mais le travail thérapeutique apprend également à mettre une distance et dire « non ! » lorsque l'on est agressé, lorsque l'on a été l'objet d'intrusions répétées, enfant, ou objet de manipulation ou d'abus. Explorer ses ressources motrices, construire de nouveaux gestes adaptatifs ne se fait pas par la parole mais dans l'expérience agie. Le travail thérapeutique permet aussi de déposer sa tête dans les mains de son thérapeute pour pleurer, s'abandonner, et pouvoir enfin avoir l'esprit en paix.

3) Enfin, la mémoire sémantique encode les représentations psychiques dès l'apparition du langage verbal. Les associations entre représentations forment des patterns mentaux sous-tendant notre manière habituelle de percevoir et penser le monde. Elle est à l'origine de ce registre « *inconscient psychique* » tel que Freud l'a énoncé. C'est « *en parlant* » que l'on élabore ses expériences vécues, que l'on donne une signification à ses expériences passées et présentes, que l'on construit une continuité cohérente entre ce que l'on ressent, ce que l'on pense et ce que l'on fait.

L'action thérapeutique porte sur les contenus de chacune de ces mémoires et sur leur articulation cohérente, sachant que *chaque système de mémoire possède ses propres lois de fonctionnement et ne peut être mis en jeu que selon des modalités de travail qui lui sont propres : corporelle, comportementale, interactionnelle ou verbale.*

EN RESUME

1 - Le processus thérapeutique repose sur la présence sensorielle et affective du thérapeute, sur sa capacité à percevoir, ressentir et comprendre les signaux somatiques émis par son patient, percevoir, ressentir et comprendre les états intérieurs de son patient, s'impliquer dans l'interaction avec la juste distance correspondant aux besoins du patient. La guérison repose sur cette communication non verbale qui s'établit entre eux et rétablit la plasticité sensori-émotionnelle nécessaire au changement. Cela exige du psychothérapeute une formation intense et profonde, une capacité à se laisser affecter tout en régulant ses vécus contre-transférentiels.

2 - Le processus thérapeutique repose sur la plasticité neuronale et synaptique du cerveau. Le cerveau droit et le système limbique peuvent être modifiés en construisant de nouvelles constellations sensori-émotionnelles. Elles seront ré-éprouvées et confirmées par le thérapeute au cours du processus thérapeutique. Cela implique un travail corporel concret, une immersion dans l'expérience sensorielle, émotionnelle et motrice. Mais il faut être patient car ceci prend du temps, le temps nécessaire pour chacun, et différent pour chacun.

J'ai voulu partager avec vous mes convictions de psychothérapeute, analyste bioénergéticien. Ces convictions ne m'ont pas quittées depuis 30 ans, malgré les difficultés rencontrées, parfois l'échec. Mon travail clinique avec mes patients et mon travail de formateur ne cesse de me confirmer dans l'efficacité de mes choix.

BIBLIOGRAPHIE

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. et Walls S.:** (1978), *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New Jersey, Erlbaum.
- Beaurepère R. de:** (2003), Aspects biologiques des états de stress post-traumatiques, in J6M Turin, N. Baumann, *Stress, pathologies et immunité*, Paris, Flammarion, Médecine-Sciences ; PP.135-153.
- Bowlby J.:** (1969), *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*, New-York, Basic Books, (1978), trad. fr. *Attachement et perte, T.1 : L'attachement*, Paris, PUF.
- Bowlby J.:** (1973-1980), *Attachment and loss, Vol.2, Attachment*, New York, Basic Books, trad. fr. *Attachement et perte, T.2 : La séparation, angoisse et colère*, Paris, PUF.
- Bowlby J.:** (1980), *Attachment and Loss, Vol.3, Attachment*, New York, Basic Books, trad. fr. *Attachement et perte, T.3 : La perte, tristesse et dépression*, Paris, PUF.
- Cyrulnik B. :** (2006) *De chair et d'Ame*, Odile Jacob, Paris.
- Dolto F. :** (1984), *L'image inconsciente du Corps*, Ed. du Seuil, Paris.
- Evrard P. :** (1997), Stimulation et développement du système nerveux, in J. Cohen-Solal, B. Golse, 1999, *Au début de la vie psychique. Le développement du petit enfant*, Paris, Odile Jacob.
- Gallese V., Fadiga L., Fogassi L., Rizzolati G.:** (1996), Action recognition in the premotor cortex, *Brain*, vol.119, n°2, pp. 593-609.
- Ionescu S., Jourdan-Ionescu C. :** (2001), La résilience des enfants roumains abandonnés, institutionnalisés et infectés par le virus du sida, in Manciaux (dir.), *La résilience. Résister et construire*, Genève, Médecine et Hygiène.
- Keleman S.:** (1985), *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkeley, 1997, trad. fr. *Anatomie émotionnelle*, La Chataigneraie, Edition Française M. Guilbot.
- Lewis, Robert :** (2004) Projective Identification Revisited: Listening with the limbic system. *Clinical Journal of the IIBA*, Vol.14, n°1.
- Lowen A.:** (1958), *The language of the body*, Grusse and Stratton, New York, 1977, trad. fr. *Le Langage du Corps*, Tchou, Paris.
- Lowen A.:** (1965), *Breathing, movement and feeling*, Monograph, Institute for Bioenergetic Analysis, New York.
- Lowen A.:** (1968), *Expression of the self*, Monograph, Institute for Bioenergetic Analysis, New York.
- Lowen A.:** (1975), *Bioenergetics*, Coward, Mc Geogham Inc, New York, trad. Fr. (1976) *La Bioénergie*, Tchou, Paris.
- Lowen A.:** (1985), *Narcissism, denial of the true self*, Macmillan Publishing Company, New York, 1987, trad. fr. *Gagner à en mourir, une civilisation narcissique*, Hommes et Groupes, Paris.
- Main M. et Solomon J. :** (1988), Discovery of an insecure-disoriented attachment pattern, in T. B. Brazelton et N. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*, 95-124.
- Nasio J.-D. :** (2007), *Mon corps et ses images*, Payot, Paris.
- Parkes C.M., Weiss R.S. :** (1993), *Recovery from Bereavement*, New York, Basic Books
- Reich W.:** (1933), *Charakteranalyse*, 1949, *Character Analysis*, Wilhelm Reich infant Trust fund. 1971, *L'Analyse Caractérielle*, Payot, Paris.
- Rinaman L., Levitt P., et Card J.P. :** (2000) Progressive postnatal assembly of limbic-autonomic circuits revealed by transneuronal transport of pseudorabies virus, *Journal of neuroscience*, 20, 2731-2741.
- Schore N. A.:** (2001), The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Tiberghien G. :** (1997) *La mémoire oubliée*, Liège, Mardaga.
- Wallon H.:** (1934), *Les origines du caractère chez l'enfant*, (1949) PUF, Paris.