

L'IMPLICATION AFFECTIVE ET CORPORELLE DU PSYCHOTHERAPEUTE

NECESSAIRE ? AVEC QUI ? POURQUOI ?

Guy TONELLA, © 2010

Conférence CFAB, Toulouse Avril 2010

Ces questions correspondent à des préoccupations que nous avons tous aujourd'hui, psychothérapeutes, toutes Ecoles confondues.

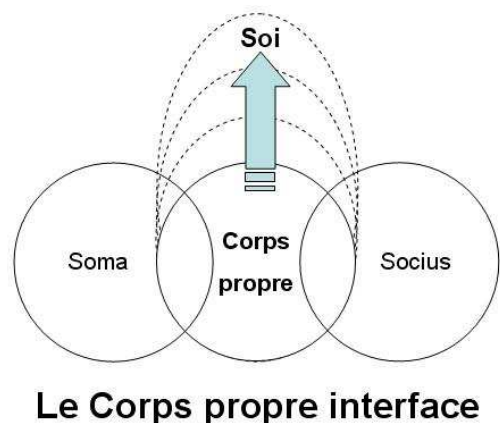
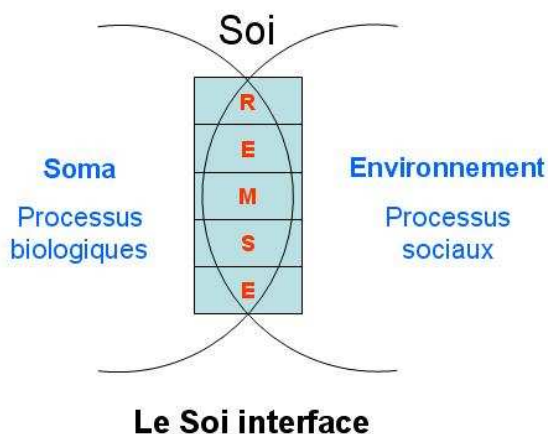
Liée à l'évolution de la structure sociale et des valeurs sociales, la psychopathologie précœdipiennne, préverbale, tend à occuper aujourd'hui le devant de la scène. Elle est axée autour des questions d'identité (qui suis-je ?), de déficit narcissique (manque d'auto-sécurité, d'auto-confiance et d'auto-estime) et de trauma préverbal (s'être senti précocement désavoué dans son être, dans sa subjectivité naissante). La demande en psychothérapie a évolué de « pouvoir comprendre » à « pouvoir être et pouvoir faire ». Ces questions impliquent les fondements du Soi, dans ses racines corporelles, émotionnelles et intersubjectives.

Nous sommes donc confrontés à ce qui a manqué au Soi en construction pour que ce Soi existe, puis qu'il sache faire, enfin qu'il sache penser afin de donner un sens à la vie. Exister, faire, penser. Cela semble si simple ! Et pourtant cela suppose un processus lent, complexe, semé d'embûches.

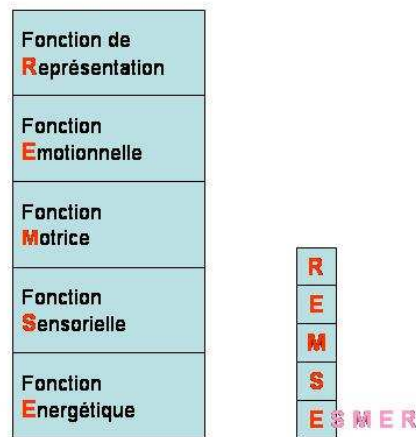
L'ORGANISATION FONCTIONNELLE DU SOI

Le Soi est un ensemble fonctionnel de cinq fonctions (énergétique, sensorielle, tonique, émotionnelle, représentative) qui émergent dans l'interface soma/environnement (Tonella, 2007) :

- chaque fonction est l'expression d'une organisation biologique sous jacente ;
- chaque fonction est transformée et subjectivée dans sa rencontre avec l'environnement social présent.



La fonction énergétique est la lampe de lancement du Soi. Elle est liée au métabolisme cellulaire et régule les états de vitalité. Des patterns rythmiques de plus en plus complexes s'ébauchent, alternant les états d'excitation et de repos, préservant l'homéostasie du Soi.



Le Soi, ses fonctions

La fonction sensorielle, par l'intermédiaire des systèmes corporels intéro-, proprio- et extéroceptif, enregistre la variation des états de vitalité. Le transfert de l'information au cortex cérébral sensoriel permet d'en prendre conscience. Nous éprouvons ainsi des sensations corporelles, des « affects de vitalité » (Stern, 1985).

La fonction tonique et motrice, avec son appareil neuromusculaire relié au cortex moteur, organise l'action et l'interaction avec le monde physique et humain. Par ses variations entre hypo- et hypertonicité, elle permet également de contenir les flux d'excitation. Elle peut donc étayer le « contenir » ou étayer « l'agir ».

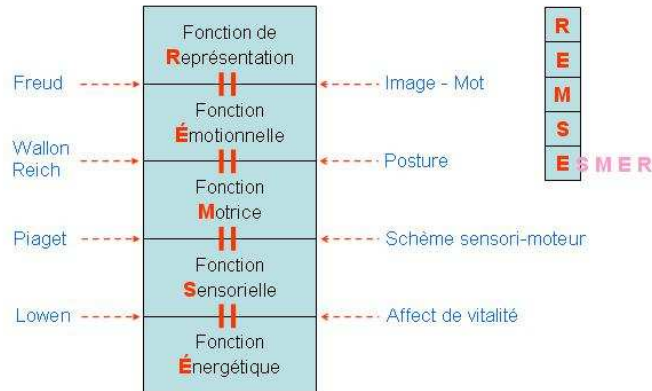
La fonction émotionnelle, avec son appareil neurovégétatif relié au système limbique, nous fait éprouver chaque situation sous forme d'échos affectifs : joie, peur, colère, tristesse, amour, honte, etc. Elle a un rôle de communication intersubjectif, un rôle d'élaboration psychique de l'information mentale et un rôle cathartique non négligeable de régulation du Soi.

La fonction représentative, liée au cortex orbitofrontal, est faite de perceptions, d'images et de contenus sémantiques. Elle assure la capacité du Soi à penser sur lui-même et sur le monde, à réfléchir sur le sens de l'histoire, la sienne propre et celle du monde.

LES LIAISONS ENTRE LES FONCTIONS DU SOI

Chaque fonction du Soi étaye la suivante et s'étaye sur la précédente (Tonella, 1995 ; Robert-Ouvray, 1993) de sorte que les variations qui se produisent dans l'une des fonctions du Soi provoquent des variations dans l'ensemble des fonctions, à l'image d'une vague qui se déplace.

Cela suppose que des *liaisons* entre les fonctions du Soi se construisent, organisant le Soi en un système intégré. La première moitié du 20^{ème} siècle ouvrit un vaste chantier qui précisa la spécificité de chacune de ces liaisons entre chacune de ces fonctions, et leur processus de subjectivation : Freud pour la liaison affect/représentation, Reich et Wallon pour la liaison émotion/motricité, Piaget pour la liaison sensation/motricité et Lowen pour la liaison énergie/sensation.



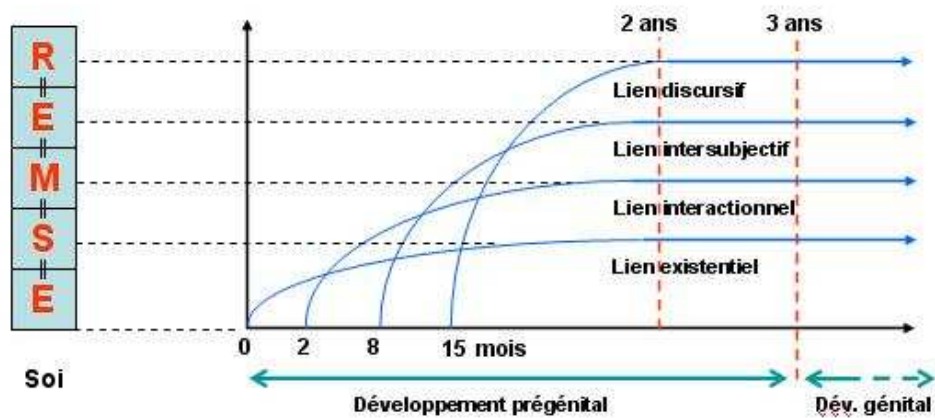
Le Soi, ses fonctions et ses liaisons

LES LIENS D'ATTACHEMENT

Le Soi est donc constitué de 5 méga-briques fondamentales interconnectées. Cependant, le jeune enfant ne peut procéder à ce travail d'intégration fonctionnelle seul. Il a besoin d'une aide extérieure qui fournisse la sécurité nécessaire à ses apprentissages, l'aide à contenir ses états d'excitation et réguler l'intensité des expériences, lui offre des modèles d'exploration et d'intégration.

C'est la fonction de la figure d'attachement (Bowlby, 1969), « base de sécurité » pour l'enfant. Celui-ci attend de cette base de sécurité – la mère en général – qu'elle soit tendre, sécurisante, contenante, régulatrice, facilitatrice et confirmante. Tous ces qualificatifs désignent ce qu'est l'amour maternel dont l'enfant a besoin pour se construire.

Au fil de ses multiples interactions avec sa figure d'attachement, le très jeune enfant développera au cours de ses trois premières années les quatre modes d'attachement et d'interaction utiles pour sa vie entière, car dotant d'un véritable lexique ses communications verbales et non verbales. Ce sont les liens d'attachement et d'interaction existentiels, interactionnel, intersubjectifs et discursifs (Tonella, 2000).



Le Soi et ses liens d'attachement et d'interaction

LA REALITE CLINIQUE CONTEMPORAINE : LES PROBLEMATIQUES PREVERBALES

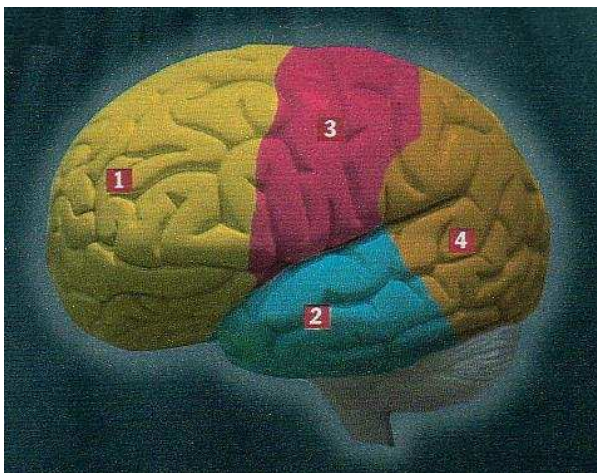
Le thérapeute se confronte de plus en plus dans sa pratique clinique à *des failles du développement préverbal du Soi*. Leurs particularités sont les suivantes :

- (1) Le Soi est constitué d'états de vitalité et d'états émotionnels dysrégulés datant de la petite enfance et menaçant de faire irruption chaque fois qu'une situation présente rappelle par analogie une situation de manque ou une situation traumatique préverbale. Cette irruption est à la fois *intrapersonnelle* (la sensation d'un tsunami émotionnel pouvant désorienter ses perceptions, paralyser son comportement ou annihiler sa propre existence) et *interpersonnelle* (la peur de l'autre, dupliquant inconsciemment la mère absente, invasive, rejetante ou inconstante, jamais perçue comme « base de sécurité », régulatrice et source de modèles d'identifications organisateurs du Soi) ;
- (2) Le Soi éprouve la difficulté à autoréguler ses expériences vitales et émotionnelles actuelles par manque d'un contenant et d'un régulateur interne, à pouvoir les élaborer mentalement et ainsi leur donner un sens ;
- (3) Ces difficultés génèrent un sentiment de honte et d'inadaptation intense, parfois de violence, poussant le Soi à se replier ou à développer ultérieurement une prothèse pseudo-contenante, pseudo-régulatrice et pseudo- adaptative (un faux Soi ou un caractère) ;
- (4) Le Soi reproduit des stratégies d'attachement et d'interaction insécures préverbales, inscrites dans la mémoire implicite à long terme (mémoire limbique), et réitère à l'âge adulte les échecs de la petite enfance, sans possibilité de les comprendre et de transformer ainsi les expériences toxiques de la petite enfance.

QUELLE REponse THERAPEUTIQUE Y APPORTER ?

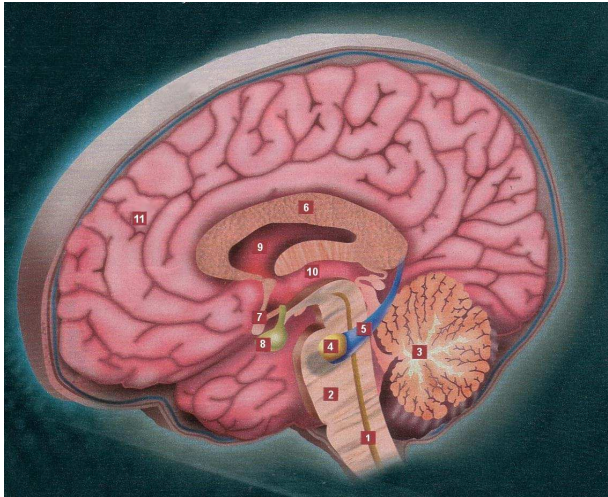
D'abord quelques rappels :

- Les expériences vécues durant au moins les deux premières années s'inscrivent uniquement sous forme de configurations non verbales, associant des sensations, des émotions et des formes comportementales d'actions et d'interactions révélatrices des « identifications primaires » (Tonella, 2007, 2009).
- Rappelons également que durant au moins les deux premières années, le cortex orbitofrontal, fabriquant les représentations mentales, n'a pas achevé sa maturation. Les expériences préverbales sont donc à cette époque sans images et sans mots (« amnésie infantile »).



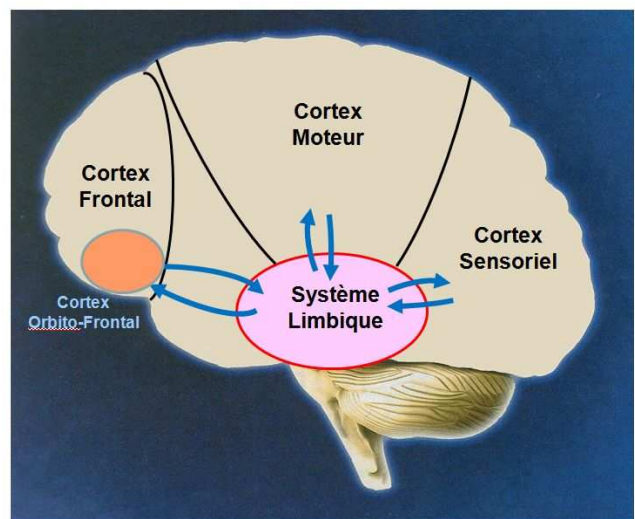
Aires du cortex cérébral

- 1 – Cortex frontal
- 2 et 4 – Cortex sensoriel
- 3 – Cortex moteur



- 1- Moelle épinière
- 2- Tronc cérébral
- 3- Cervelet
- (Système limbique de 4 à 10)**
- 4- Amygdale
- 5- hippocampe
- 6- Corps calleux
- 7- Hypothalamus
- 8- Hypophyse
- 9- Insula
- 10- Thalamus
- 11- Cortex frontal et préfrontal

- Ces expériences préverbaux sont donc encodées dans le système limbique, sous-cortical, et non dans le système orbitofrontal, cortical. Cette *non association* système limbique-système orbitofrontal, normale à cette époque, constitue l'origine de la *dissociation* ultérieure entre expérience vécue et expérience représentée.
- Ces expériences préverbaux sont mémorisées à long terme dans un système spécifique : la mémoire implicite procédurale.



Liaisons entre système limbique et cortex orbitofrontal

- Cette mémoire possède un mode particulier de rappel ou réactivation mnésique : les expériences préverbaux étant encodées sous forme de patterns corporels, comportementaux et interactionnels ne peuvent donc être rappelés en mémoire, actualisés, que sous forme corporelle, comportementale et interactionnelle.

La technique psychothérapeutique verbale étant un processus dépendant du cortex orbitofrontal, elle n'a pas d'accès direct aux niveaux sous-corticaux, notamment aux expériences dissociées de la représentation et du langage. Elle n'a pas, de ce fait, le pouvoir d'activer et de réguler les expériences vitales et émotionnelles préverbaux, dysrégulées, toxiques, non encore sémiotisées, encodées dans la mémoire implicite. On le voit, la technique psychothérapeutique habituelle, verbale et analytique, est impuissante à réactiver ces souvenirs pour qu'ils puissent devenir conscients, être détoxiqués, puis élaborés en représentations, intégrés, enfin déposés dans le musée personnel de son histoire.

L'obstacle a tenté d'être surmonté en proposant des « médiateurs » (dessin, modelage, musique, etc.) visant à réactiver le niveau sous-cortical, notamment limbique-émotionnel. Ces médiateurs peuvent effectivement réactiver les expériences émotionnelles préverbaux, dissociées de la conscience de soi actuelle, mais la non (ou faible) participation corporelle, notamment de la tonicité musculaire, n'offre pas l'occasion au Soi de développer simultanément une enveloppe tonique contenante et régulatrice pour ces états émotionnels réactivés. Le Soi, en tant que

continuité psychocorporelle en (re)construction ne peut qu'être sollicité dans son entièreté. Le travail verbal tout autant que le travail médiatisé rencontrent ici leurs limites.

Les techniques corporelles, interactives et intersubjectives, en revanche, réactivent directement l'ensemble des niveaux sous-corticaux et sollicitent la mémoire procédurale : elles activent les patterns sensorimoteurs, émotionnels, comportementaux et expressifs construits et automatisés depuis la petite enfance, et à travers eux, actualisent les expériences préverbales pathogènes non conscientes qui en sont à l'origine. Ces patterns peuvent alors devenir conscients, être régulés, sémiotisés, représentés et parlés, certainement transformés.

UN MODELE THERAPEUTIQUE INCLUANT L'IMPLICATION CORPORELLE ET AFFECTIVE DU THERAPEUTE

LES OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

Les problématiques préverbales ne résultant pas d'un conflit sexuel ne peuvent être interprétées selon le modèle théorique libidinal-sexuel développé par Freud ou Lowen. Elles constituent une *problématique développementale du Soi* (Emde, 1990). Elles impliquent la construction du Soi : de sa structure, de sa fonctionnalité et de son intégration. Il s'agit donc, pour les psychanalystes de l'attachement et les neuropsychanalystes, d'identifier les points d'interruptions de ce développement (Stolorow & Lachmann, 1980), d'achever ce développement interrompu (Gedo, 1979), et de réparer le Soi clivé et dysrégulé (Schore, 2003). Cette même perspective fut amorcée entre autres par R. Lewis (1976, 1984, 1986, 1998) en analyse bioénergétique depuis une trentaine d'années.

Les observations cliniques, quelques soient leurs modèles théoriques de référence, sont aujourd'hui unanimes pour affirmer que le processus thérapeutique concernant ces patients repose sur une alliance thérapeutique d'ordre affectif : cet engagement interpersonnel répond au besoin du patient de rencontrer un thérapeute affectivement accordé à lui et capable de réguler ses états vitaux et émotionnels dysrégulés n'ayant pu accéder à la représentation intérieure, et non un thérapeute travaillant à partir des représentations mentales, des associations verbales, ou travaillant essentiellement avec l'analyse et l'interprétation verbale.

La technique thérapeutique est centrée sur l'expérience sensori-émotionnelle et sensori-motrice, implicite et présymbolique « précisément parce que c'est à ce niveau que la régulation mutuelle la plus précoce s'est déréglée » (Bach, 1998, p. 188). D'autre part, ajoute Sands (1997) : « Parce que de telles expériences restent dans une forme somatosensorielle ou iconique, elles ne peuvent qu'être communiquées de la même manière » (p. 702). Ces dernières réflexions issues de la psychanalyse de l'attachement confirment la pratique bioénergétique centrée sur l'exploration des états vitaux, émotionnels et sensorimoteurs.

Bion (1977) propose que le thérapeute réponde alors aux expériences de manque ou aux expériences traumatiques préverbales réactivées par une « fonction contenante ». Cette fonction est celle que la mère n'a pu accomplir : contenir les émotions de détresse de son nourrisson au lieu de les lui retourner sans grand changement, d'une manière inintégrable pour lui. L'écho thérapeutique affectif répond alors au patient, comme à l'enfant, sur un mode affectif et rend assimilable par le patient l'affect qu'il ne parvient pas à métaboliser, seul.

La mise en jeu de cette fonction thérapeutique contenante n'est pas aisée et peut soulever des résistances chez le thérapeute, résistances contre le fait de recevoir, d'accepter et de contenir un

matériel parfois hautement toxique (terreur, honte, haine, désespoir, rejet, etc.). Ces états risquent inévitablement de réactiver ses angoisses, liées à sa propre problématique d'attachement. Alvarez (1999) insiste cependant : « Les patients ont le droit de nous apporter les mauvais objets qui séjournent dans leurs bagages émotionnels, de les explorer et de les éprouver avec nous. » (p. 214). La question est alors de savoir si le thérapeute est en mesure d'autoréguler ses propres états négatifs réactivés contretransférentiellement pour agir en tant que régulateur des états négatifs du patient.

Dans le cas contraire, la réponse contretransférentielle défensive de la part du thérapeute sera de désactiver sa sensibilité corporelle et émotionnelle (cerveau droit) et d'activer son mode intellectuel (cerveau gauche). Il amorcera une analyse de la résistance du patient ou une interprétation verbale. L'une ou l'autre sera perçue comme : « émanant d'une position de pouvoir occupée par l'analyste, (et pourra) facilement être assimilée à la fonction persécutrice préexistant chez le patient, la renforçant. » (Ryle, 1994, p. 111) Le thérapeute peut également refuser de recevoir ces projections, opérer une « déflexion » des états négatifs projetés sur lui par le patient, évitant de rencontrer ce qui le gêne dans le corps du patient : la négativité résonant avec la sienne propre.

Dans tous ces cas, il ne peut détoxifier les projections sensori-émotionnelles et sensori-motrices du patient et les lui restituer sous une forme assimilable. Il duplique l'attitude maternelle dyrégulatrice et condamne ces projections corporelles à rester massives ou confuses, sans accès au processus de conscience et d'intégration. Cela induit des doutes chez le patient qui, dit Feldman, « ne peut fléchir tant qu'il n'aura pas la preuve de son impact sur le corps et la psyché de l'analyste. Si cela échoue régulièrement, confirmant ainsi une relation précoce avec un objet non disponible et haïeux, il peut désespérer et abandonner » (1997, p. 232).

UNE METHODOLOGIE THERAPEUTIQUE

La méthodologie thérapeutique repose sur le fait que le thérapeute est un facilitateur dans l'accès du patient à ses expériences corporelles et émotionnelles dysrégulées.

Si je prends en exemple le modèle que je connais le mieux, celui de l'analyse bioénergétique, nous proposons au patient de s'approcher de ses états internes, rythmes, sensations et affects, ces états qui émanent de sa mémoire implicite. Nous régulons l'intensité et la durée de l'expérience vitale et émotionnelle réactivée en sollicitant les modes interactifs qui semblent les plus appropriés à ce moment : corporel, gestuel, mimétique, ludique, etc. La valeur de l'expérience thérapeutique réside alors dans la capacité de la dyade à éprouver les flux et reflux abrupts ou subtils des expériences sensori-émotionnelles et à les réguler selon les rythmes d'accordage, de désaccordage et de réaccordage qui scandent toute dyade. Ceci génère une prise de conscience perceptive du processus en cours, exigeant parfois d'être contenu et régulé dans son intensité.

Lorsque l'expérience sensori-émotionnelle est suffisamment éprouvée et perçue, le transfert du mode non verbal vers le mode verbal (du cerveau droit vers le cerveau gauche) peut être amorcé, activant la production d'images ou de pensées. Le processus de représentation symbolique de l'expérience est en cours et avec lui le travail de la pensée cherchant à lui donner un sens. « L'hémisphère gauche objectif, dit Schore, peut maintenant cotraiter les communications subjectives du cerveau droit et relier les domaines non verbaux implicites et verbaux représentationnels explicites » (2003, p. 81). Une association intégrative entre l'expérience corporelle (« je ressens » : cerveau droit) et l'expérience cognitive (« je comprends » : cerveau gauche) se construit, pont et passeur entre corps et psychisme, réalisant une continuité d'expérience, là où n'était jusqu'alors que dissociation originaire corps/psychisme.

Ce processus est celui d'une co-crédation thérapiute/patient, au sens où Winnicott l'entendait. Les systèmes régulateurs orbitofrontaux couplés du thérapiute et du patient remplissent alors leur fonction modulatrice des états sensori-émotionnels, régulant la dynamique de l'attachement et de l'interaction en cours. Cette dynamique amorce une expérience affective régulatrice inédite et, avec la répétition, une « procédure limbique » nouvelle et réparatrice, pouvant cette fois être encodée dans la zone orbitofrontale, devenant ainsi pensable, décontextualisable et reproductible. « Elle peut, me dira Jeremy, ouvrir un entonnoir où les millions d'informations présentes dans mon corps sont traitées, condensées, retraduites, devenant des pensées vivantes » (Tonella, 2010 b). Ce travail est celui de l'instauration ou de la restauration du Soi en tant que continuité psychocorporelle, permettant un jeu souple entre l'éprouvé, le pensé, l'agi et l'interagi.

En résumé : (1) la fonction thérapiute est centrée sur les dysrégulations homéostasiques et émotionnelles, (2) la fonction thérapiute est amenée à réparer les déficits de contenance et de régulation, élaborer et restructurer les expériences interactives encodées dans la mémoire procédurale et implicite (Amini et coll., 1996), et (3) la fonction thérapiute est amenée à proposer de nouvelles expériences constructives, de nouveaux modèles d'attachement, d'interaction et de transformation.

L'IMPLICATION DU THERAPEUTE : LA RELATION INTERSUBJECTIVE

Plusieurs auteurs établissent un parallèle entre les qualités cliniques d'un thérapiute efficace et les caractéristiques d'un parent accordé psychobiologiquement à son enfant. En d'autres termes : (1) Les crescendos et decrescendos des états de vitalité et des états affectifs du parent se font en résonance à ceux de l'enfant de la même manière que les crescendos et decrescendos des états de vitalité et des états affectifs du thérapiute se font en résonance à ceux du patient, (2) Cette synchronie est entièrement non verbale et la résonance mutuelle se produit fondamentalement entre états tonico-sensori-émotionnels. Elle précède et rend possible la synchronie entre états mentaux, et (3) Thérapiute et patient cherchent à cocréer un contexte dans lequel le thérapiute peut agir comme un régulateur des états corporels, sensoriels, toniques et émotionnels du patient (Amini et coll., 1996 ; Schore, 1994, 1997b).

La relation transfert-contretransfert s'apparente alors à une communication entre deux Soi reliés par un sentiment d'attachement, dans laquelle les corps et les psychismes sont temporairement coactivés et couplés, désactivés et découplés, réactivés et recouplés. Ils se connectent et se corégulent, se déconnectent et s'autorégulent, se reconnectent et régulent à nouveau mutuellement les activités qui les relient. Tel est le champ intersubjectif que cocréent patient et thérapiute.

Cet état de résonance est engagé quand la subjectivité du thérapiute est accordée de manière empathique à l'état interne du patient. Lorsque le thérapiute entre en résonance, il active un mécanisme d'identification introjective. En s'identifiant à la détresse du patient, il la ressent à l'intérieur de lui, dans son propre corps, par le biais des manifestations physiologiques qu'elle provoque en lui, certes souvent à un degré moindre : modifications de ses états de vitalité et de ses états émotionnels, variations sensori-toniques, toutes ces manifestations que Damasio qualifie de « marqueurs somatiques » du Soi (1994, p. 215) et que Lewis qualifie de « contretransfert somatique » (1992), manifestations à partir desquels s'opèrent les réponses régulatrices thérapiutes : aux niveaux corporel, affectif et psychologique.

En retour, par le biais de ses réponses contretransférentielles autorégulées, le thérapiute transmet au patient sa propre expérience subjective. C'est le processus d'intersubjectivation dans lequel le

thérapeute décrit au patient les effets que le transfert inconscient de ce dernier a sur lui : ses modifications physiologiques, ses impressions sensorielles, kinesthésiques, émotionnelles, et l'état d'esprit dans lequel il se trouve à présent. En fournissant au patient cet état des lieux, il l'aide à prendre conscience des stratégies d'attachement pathologiques que le patient met en œuvre depuis sa mémoire implicite inconsciente ; ces stratégies qui tentent : (1) de contrôler le thérapeute et ses réponses anticipées comme non régulatrices, (2) de contrôler seul sa propre vitalité et ses affects dysrégulés, ce qui est bien sûr voué à l'échec.

En s'engageant dans la relation à partir de ses propres états sensori-émotionnels en écho à ceux de son patient, le thérapeute agit : (1) comme un miroir réfléchissant, participant à la prise de conscience du patient, et (2) comme un régulateur interactif des éprouvés de vitalité et des affects dysrégulés du patient. Cette recherche d'accordage et de synchronisation transférentielle-contretransférentielle promeut « la connaissance relationnelle implicite » non verbale (Stern et coll., 1998) et est à la base des changements thérapeutiques implicites et procéduraux. La communication intersubjective s'annonce de toute évidence comme un processus bidirectionnel, faite de transactions sensori-émotionnelles réciproques très rapides transitant au sein d'un « champ interpersonnel » commun (Tonella, 2010 a).

LES RUPTURES D'ACCORDAGE DE LA PART DU THERAPEUTE ET LES REPARATIONS INTERACTIVES

Ces expériences réparatrices interactives existent dans le cadre même du développement normal. La figure parentale « suffisamment bonne » qui a induit une réponse de stress chez le nourrisson réaborde cette situation, s'accordant alors aux affects négatifs qu'elle a déclenchés, de manière à favoriser leur régulation psychobiologique (Beebe & Lachmann, 1994 ; Schore, 1994, 2003 ; Lewis, 2000). Tronick (1989) décrit la « réparation interactive » en tant que processus intersubjectif par lequel la mère qui a induit une émotion négative stressante chez son nourrisson l'aide ensuite à transformer son émotion négative en émotion positive : l'enfant passe alors des larmes au rire, la détresse fait de nouveau place à la joie de vivre. Il en est de même du thérapeute s'engageant dans le processus de réparation interactive avec son patient.

Siegel (1995, 1999, 2007) montre que la rupture soudaine de l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire de l'attachement sécure thérapeute-patient, similaire aux ruptures d'échanges précoces avec la figure maternante, déclenchant des dysrégulations et des désaccordages, provoque l'entrée dans la conscience d'expériences traumatiques stockées dans la mémoire procédurale. Le patient est propulsé dans une activation émotionnelle rapide et instable et un état corporel désorganisé ou sidéré reflétant l'hyperactivation ou l'hypoactivation des régions limbiques (McKenna, 1994).

Il en est ainsi de la rupture de l'alliance thérapeutique : elle est générée par le désaccordage ou la désynchronisation du thérapeute d'avec les états psychobiologiques du patient. Dans ce cas, le thérapeute émet des « signaux » ressemblant aux comportements toxiques parentaux ayant produit des désaccordages affectifs intenses, générant notamment des sentiments de honte et d'humiliation toujours présents chez les états limites et les personnalités présentant un déficit narcissique primaire souvent recouvert par des défenses narcissiques secondaires. Le travail de perlaboration de ces hiatus est une entreprise dyadique de réparation interactive (Tronick, 1989) et dépend d'abord des capacités du thérapeute à tolérer et à gérer les états négatifs du patient qu'il a lui-même déclenché inconsciemment (Beebe & Lachmann, 1994). En effet, la non tolérance de ces états négatifs par le thérapeute et leur possible déflexion, parfois leur intensification sur le mode cathartique, participe à la désorganisation du Soi du patient qui peut implorer et se dissocier, ou exploser et projeter, passer à l'acte.

Tant pour l'enfant que pour le patient adulte, l'acquisition d'une procédure de réparation concerne le « comment on fait ». Il revient au parent ou au thérapeute de l'enseigner dans l'expérience interactive.

La procédure elle-même concerne : (1) la reconnaissance des signaux verbaux ou non verbaux indiquant le désaccordage et les sentiments négatifs qu'ils engendrent, (2) la possibilité d'exprimer ces sentiments négatifs, (3) leur détoxification par le thérapeute, c'est-à-dire leur transformation en expérience positive de maturation, (4) le rétablissement d'une communication mutuelle accordée.

Cette procédure est réglée par plusieurs principes : (1) la régulation réparatrice des désaccordages et des sentiments négatifs qu'ils suscitent est engagée par le thérapeute chaque fois que les désaccordages surviennent, (2) elle devient de ce fait attendue par le patient, permettant d'éprouver la prévisibilité, la cohérence et l'adaptation réciproque, (3) en devenant prévisible, un système de règles partagées se crée, constituant une procédure systémique. De ce fait, l'autorégulation réparatrice est d'abord une propriété systémique avant d'être une propriété individuelle, (4) la capacité à la réparation crée un sentiment optimiste : une relation peut être maintenue lorsque se développe une tension interpersonnelle, et cette tension peut être apaisée. Plus la capacité réparatrice sera grande et plus la tolérance à la rupture sera grande.

L'ensemble de ces procédures sera progressivement intériorisé et inscrit à son tour dans la mémoire procédurale.

EN RESUME

Les pathologies préverbaux concernent la précarité ou l'endommagement des fondations du Soi. Il en résulte des dysrégulations des états de vitalité et des états émotionnels. Ces dysrégulations se manifestent au niveau intra-individuel par : (1) des hypo ou hypertensions physiques (au niveau des tissus conjonctifs, des fascias, de la musculature blanche et de la musculature rouge), (2) des déséquilibres énergétiques entre les différentes parties du corps (régions énergétiquement sur-stimulées ou sous-stimulées), et au niveau interindividuel par : (3) des comportements difficilement accordés et synchronisés, comportements demandeurs de réparation, et (4) des patterns d'attachement anxieux (évitant, ambivalent ou désorganisé-désorienté).

Toutes ces manifestations, qu'elles s'observent en thérapie à la lecture intra-individuelle ou à la lecture interindividuelle, constituent l'actualisation de tentatives d'autorégulation prématurées pathologiques. Ces dernières ont pu se former dès les premiers mois de la vie et se fixer progressivement en tant que schémas posturaux, schémas tonico-émotionnels, schémas relationnels, schémas de penser le monde. L'ensemble de ces schémas perturbe de toute évidence et en conséquence le développement psychosexuel, notamment la traversée du conflit œdipien et l'accession à une relation génitalisée, mature et non anxieuse.

J'ai cherché à montrer : (1) que les évènements préverbaux traumatiques ou entraînant un déficit de vitalité et d'émotions positives étaient inscrits dans la mémoire implicite, non verbale et non consciente, (2) que l'objectif thérapeutique portait sur la régulation de ces états de vitalité et de ces états émotionnels dysrégulés ou déficitaires, (3) que la technique thérapeutique était centrée sur l'exploration non verbale, sensori-émotionnelle et sensori-motrice de ces états, états d'abord contenus par le thérapeute ou la dyade, et (4) que la relation thérapeutique n'utilisait pas le mode « analytique » mais le mode « intersubjectif ». La relation thérapeutique intersubjective repose pour l'essentiel sur la qualité du lien d'attachement patient-thérapeute dont les propriétés sont : la sécurité, l'accordage affectif, la synchronisation et la capacité mutuelle de réparation. Ces propriétés seront progressivement intériorisées par le patient, lui permettant de reprendre le cours

de son développement vital, affectif, psychique et relationnel, interrompu durant l'époque préverbale.

Cette compréhension et ces perspectives cliniques sont actuellement partagées par les psychanalystes de l'attachement, les neuropsychanalystes et les analystes bioénergéticiens. Les différences, cependant, concernent l'accent mis en analyse bioénergétique :

- sur la formation des psychothérapeutes à la communication implicite : par le développement de la sensibilité à l'égard des traces préverbales inscrites dans la structure corporelle du Soi et de l'empathie à l'égard des signaux corporels et comportementaux implicites, se situant en deçà des images et des mots, émis par le Soi du patient ;
- sur la formation des psychothérapeutes à proposer des expériences s'adressant directement au niveau sensori-moteur, au niveau émotionnel et au niveau interactionnel. Ces expériences favorisent le développement des fonctions de contenir, réguler, exprimer et mettre en forme dans l'interaction dyadique patient/thérapeute, étapes précédant et fournissant le matériau au travail de la pensée, et engageant au processus de symbolisation et de recherche du sens de Soi, présent ;
- sur la formation des psychothérapeutes à s'impliquer dans la relation corporelle et émotionnelle à chaque fois que l'éprouvé d'un manque narcissique primaire ou l'éprouvé traumatique préverbal refait surface et demande réparation, moment constitutif de la reprise de construction du Soi.

L'implication affective et corporelle du psychothérapeute est donc une réponse aux besoins du patient, que ce besoin se situe au niveau de « comment être », de « comment faire » ou parfois de « comment comprendre ». Elle met certainement davantage le thérapeute à l'épreuve au niveau contretransférentiel, mais cela ne justifie pas l'hégémonie du langage verbal en psychothérapie, hégémonie qui a longtemps été de mise dans nos sociétés occidentales.

BIBLIOGRAPHIE

- Alvarez, A.** (1999) Widening the bridge. Commentary on papers by Stephen Seligman, Robin C. Silverman, and Alicia F. Lieberman, *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 205-217
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., et coll.** (1996) Affect, attachment, memory : Contributions towards psychobiologic integration, *Psychiatry*, 59, 213-239
- Bach, S.** (1998) On treating the difficult patient, C. S. Ellman, S. Grand, M. Silvan & S. J. Ellman (Eds.), *The modern Freudians: Contemporary psychoanalytic technique*, Northvale, NJ: Jason Aronson, 185-195
- Beebe, B., Lachman, F.** (1994) Representations and internalization in infancy: There principles of salience, *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165
- Bion, W. R.** (1977) *Seven servants*, New York: Jason Aronson
- Bowlby, J.** (1969) Attachement et perte, Vol. 1 : *L'attachement*, PUF, Paris, 1978
- Damasio, A. R.** (1994) *L'erreur de Descartes*, 2006, Paris: Odile Jacob
- Emde, R. N.** (1990) Mobilizing fundamental modes of development: empathic availability and therapeutic action, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 881-913
- Feldman, M.** (1997) Projective identification: The analyst's involvement, *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 227-241
- Gedo, J.** (1979) *Beyond interpretation*, New York: International Universities Press
- Lewis, P.** (1992) The creative arts in transference-countertransference relationships, *The arts in Psychotherapy*, 19, 317-323
- Lewis, R.** (1976) Infancy and the head: The psychosomatic basis of premature ego development, *Energy and character*, Vol 7, n°3, 18-26.
- Lewis R.** (1984) Cephalic shock as a somatic link to the false self personality, *Comprehensive Psychotherapy*, 4, 1984, Trad. fr. 1996, Le choc céphalique, une réaction somatique sous-tendant le faux "self", *Les Lieux du corps*, n°3, Ed. Morisset, Paris, 39-55.
- Lewis R.** (1986) Getting the head to really sit on one's shoulders : a first step in grounding the false self, *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, Vol.2, n°1, 56-77.
- Lewis R.** (1998) The trauma of cephalic shock: clinical case study, *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, Vol.9, n°1, 1-18.
- Lewis J. M.** (2000) Repairing the bond in important relationships: A dynamic for personality maturation, *American Journal of Psychiatry*, 157, 1375-1378
- McKenna, C.** (1994) Malignant transference: A neurobiologic model, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 22, 111-127
- Ryle, A.** (1994) Projective identification: A particular form of reciprocal role procedure, *British Journal of Medical Psychology*, 67, 107-114
- Robert-Ouvray, S.** (1993) *Intégration motrice et développement psychique*, EPI
- Sands, S.** (1997), Protein or foreign body? Reply to commentaries, *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 691-706
- Schore N. A.** (1994) *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*, Mahwah, NJ: Erlbaum
- Schore N. A.** (1997) Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders, *Development and Psychopathology*, 9, 595-631
- Schore N.A.** (2003) Affect regulation and the repair of the self, Norton and Company, New York, (2008) *La régulation affective et la réparation du Soi*, Montréal: les Éditions du CIG
- Siegel, D. J.** (1995) Memory, trauma and psychotherapy: A cognitive science view, *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 4, 93-122
- Siegel, D. J.** (1999) *The developing mind*, Guilford Press
- Siegel, D. J.** (2007) *The mindful brain*, Mind your brain
- Stern, D.N.** (1985) *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF
- Stern et coll.** (1998) Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy, *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921
- Stolorow R. D. et Lachmann, F. M.** (1980) *Psychoanalysis of developmental arrests*, New York: *International Universities Press*
- Tonella, G.** (1995) Symptôme psychosomatique et intégration psychocorporelle, *Les Lieux du Corps*, n°2, Morisset, Paris, 59-84
- Tonella, G.** (2000) **The Interactive Self**, *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, vol.11, fall 2000, USA, 25-59
- Tonella, G.** (2007) Trauma et résilience, *Les Résiliences*, Ed. Joyce Aïn, Erès, 55-89
- Tonella, G.** (2007) Les expériences corporelles à l'origine de l'identité de soi, *Identités*, Ed. Joyce Aïn, Erès, 33-49

- Tonella, G.** (2009) Memoria corporal e identificações primarias, *Anais 2009 XIV Encontro Paranaense, IX Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais*, Curitiba, Centro Reichiano, Trad. Fr. : Mémoire corporelle et identifications primaires, chez l'auteur
- Tonella, G.** (2010 a) L'engagement mutuel thérapeute/patient dans la régulation émotionnelle et la réparation du Soi, *Le corps et l'Analyse, Revue des sociétés francophones d'analyse bioénergétique*, Bruxelles (à paraître)
- Tonella, G.** (2010 b) Une mémoire pour le corps, *Réminiscences*, Ed. Joyce Ain, Erès (à paraître)
- Tronick, E. Z.** (1989) Emotions and emotional communication in infants, *American psychologist*, 44, 112-119