

L'ENGAGEMENT MUTUEL THERAPEUTE / PATIENT DANS LA REGULATION EMOTIONNELLE ET LA REPARATION DU SOI

© Guy TONELLA, 2010

Publié dans :
Le corps et l'analyse : Revue des Sociétés Francophones d'Analyse Bioénergétique,
vol. 11, SOBAB, Bruxelles

Dans cette présentation, je souhaiterais montrer que les pathologies préverbales, et particulièrement les structures schizoïdes, orales, états limites, psychopathiques et narcissiques, se sont construites à partir d'états de vitalité et d'états émotionnels dysrégulés. Cette dysrégulation est inscrite dans la mémoire implicite, et s'actualise dans le processus thérapeutique sous forme de « procédures » relationnelles affectivo-sensori-motrices. Cette dysrégulation devient de fait l'objet même du processus thérapeutique. La fonction thérapeutique est alors décrite comme fonction régulatrice, impliquant le thérapeute dans sa propre subjectivité, dans ses propres éprouvés corporels, dans ses capacités interactives et dans ses capacités réparatrices. La relation thérapeutique qui permet d'atteindre de tels objectifs n'est plus de nature « analytique » mais de nature « intersubjective ».

UN CAS CLINIQUE : JEREMY

Jeremy est l'un de ces patients dont les états de vitalité et les états émotionnels sont profondément dysrégulés. Il a 26 ans, est état limite, très limite. Il a commencé sa thérapie il y a maintenant deux ans et demi. Il est ingénieur spatial ; ses collègues l'ont surnommé « le savant fou » en raison de ses compétences à résoudre des problèmes complexes mais de ses difficultés à communiquer avec eux. Il n'a pas de copains, pas de copine, pas d'amis. Il vit chez ses parents, mais après vingt quatre ans d'une stratégie de suradaptation à leur comportement, il s'est senti devenir fou. Depuis deux ans il a opté pour une stratégie inverse, de rejet de ses parents et de repli : il ne leur parle plus, ne mange plus avec eux et les évite totalement. Son frère, de quatre ans son cadet, est anorexique, hospitalisé à plusieurs reprises, proche de la schizophrénie semble-t-il. Lorsqu'il leur arrive de se retrouver ensemble pour quelques jours dans la maison familiale, son frère communique avec Jeremy par ordinateur depuis sa chambre voisine.

Ses parents n'ont jamais nommé Jeremy par son prénom. Sa mère lui a raconté que, bébé, il refusait de la regarder. Jeremy a beaucoup de mal à me regarder, excepté dans des moments très particuliers.

La mère de Jeremy fut une enfant non désirée. Sa propre mère lui lança au visage à plusieurs reprises lorsqu'elle était enfant puis adolescente : « Ton père m'a prise de force, je ne te voulais pas, et voilà ce que ça a donné ! » La mère de Jeremy le lui racontera à son tour plusieurs fois lorsqu'il était enfant puis adolescent. Jeremy me la décrira comme une mère angoissée, malheureuse, triste et haineuse. Il m'a plusieurs fois parlé de cette impression qu'elle aurait pu lancer au visage du monde, parlant de Jeremy, son bébé : « Regardez ce bébé, là bas, tout seul, il est malheureux, il est comme moi ! Mais personne ne voit que je suis malheureuse ! »

Jeremy a certainement reçu quotidiennement, bébé, des transfusions visuelles, tactiles, vocales, gestuelles, langagières des états émotionnels de sa mère, faits d'angoisse, de tristesse et de haine. Il a assimilé par ses appareils sensoriel et émotionnel les propres états sensori-émotionnels de sa

mère. Cette assimilation s'est convertie en un corps étranger indigeste, un introject pathogène, un alien occupant son corps et son esprit et susceptible de « le rendre fou » et parfois violent. Cet état de tristesse et de haine l'a dorénavant habité, devenant progressivement une immense menace, « une bombe à retardement qui pourrait exploser » me dira-t-il. Il s'est d'abord protégé de cette menace en se dissociant de sa réalité corporelle-émotionnelle. Il s'est ensuite protégé de cette menace persistante en s'isolant du monde extérieur, par le repli, se privant de toutes forme d'attachement. Il a développé le fantasme par la suite, que s'il entrait en contact avec sa réalité intérieure et/ou avec la réalité extérieure, sa bombe exploserait.

Lorsque se réactivent, en séance, ses impressions d'enfance, de tristesse, d'angoisse, de haine et de peur de devenir fou, l'émotion est sur le point d'envahir Jeremy comme un tsunami dévastateur. Des larmes coulent sur ses joues mais il *fait* des efforts surhumains pour réprimer son émotion, comme *il faisait*, enfant. Il me dira : « Il ne fallait pas que ça m'envahisse. Je luttais à chaque fois que je sentais que ça venait. Je me contractais, je contractais le ventre et la nuque. Mais au fil du temps, plus j'ai fait ça, et plus c'est devenu dangereux. C'est devenu une bombe à retardement. Pour que cette bombe n'explode pas, il fallait que je reste loin d'elle, loin de mon corps. Il fallait aussi que je reste loin des autres ... Etre proche des autres pouvait aussi faire exploser la bombe ... » La proximité était susceptible déclencher le détonateur ultra sensible.

Jeremy lutte contre cette bombe à retardement depuis les premiers mois de sa vie.

Il a suivi, enfant, une psychothérapie avec une psychologue scolaire, puis, jeune adulte, un début de psychothérapie verbale d'orientation analytique : il ne s'est pas senti compris ni dans l'une ni dans l'autre situation. Le travail verbal ne l'amenait nulle part, la non expressivité et la sensation de distance affective de ses psychothérapeutes lui faisaient revivre « quelque chose de connu et d'inhumain ».

Quelle stratégie thérapeutique devais-je choisir ? Devais-je m'impliquer affectivement dans la relation ? Devais-je plutôt m'orienter vers un travail non verbal, corporel, et lequel ? Devais-je ne pas analyser ce qu'il m'exprimait et me manifestait ? Jeremy m'amènera à réfléchir sur l'évolution de mon modèle thérapeutique, évolution déjà largement entamée à partir notamment des contributions de Robert Lewis (1976, 1984, 1986, 1998) et de mon expérience avec de jeunes adultes schizophrènes dans le contexte d'un service psychiatrique (Tonella, 1989, 2002, 2006, 2007), et à les confronter aux investigations neurobiologiques actuelles.

Nous savons aujourd'hui par l'imagerie cérébrale que les personnes présentant une pathologie préverbale ont toutes un dysfonctionnement des aires cérébrales chargées de la régulation des expériences vitales et émotionnelles.

Je vous propose : (1) de comprendre le fonctionnement neurobiologique préverbal normal, (2) de comprendre les dysfonctionnements neurobiologiques préverbaux et leurs manifestations cliniques, (3) de proposer un modèle thérapeutique, notamment en ce qui concerne l'engagement du thérapeute.

LE FONCTIONNEMENT NEUROBIOLOGIQUE PREVERBAL

Dans la vie quotidienne comme en psychothérapie, le processus de changement s'articule autour d'un « Soi implicite », autour d'un « Soi explicite » et de leurs connexions réciproques.

1 - Le « Soi implicite » est l'émanation de processus sous-corticaux (amygdale, insula, striatum, hippocampe) qui : (1) Traitent conjointement les informations sensorielles, émotionnelles et motrices, et (2) Y répondent par des réactions somatiques et comportementales impliquant la variation de la fréquence cardiaque, de la tonicité musculaire, de l'expressivité et de la posture, etc. Ces processus sont non conscients et non verbaux. La recherche actuelle montre la

prédominance des processus engagés par l'hémisphère droit dans la régulation de ces variations homéostatiques de l'organisme : (1) Le cerveau droit est fondamentalement impliqué dans la régulation implicite des fonctions vitales et des états émotionnels, notamment de peur et de stress, (2) Le cerveau droit, implicite, utilise un mode de codage (d'enregistrement en mémoire) analogique, digital, configurationnel non verbal (Watt, 1990), de type affectivo-sensori-moteur. Ceci signifie que des situations futures analogiquement identiques à des situations passées réactivent des mécanismes affectivo-sensori-moteurs inscrits dès les premières semaines de vie dans la mémoire implicite, dans le Soi implicite, et non des représentations mentales. Ces situations anciennes réactivées dans le présent ne sont donc pas accessibles par le langage verbal ;

2 - Le « Soi explicite » est l'émanation de processus corticaux, essentiellement le cortex préfrontal, orbitofrontal. La recherche actuelle montre la prédominance des processus engagés par l'hémisphère gauche dans la régulation cognitive des expériences émotionnelles : (1) Le développement de cette régulation cognitive est largement dépendant des repères offerts par la mère lorsqu'elle explique les événements vécus par l'enfant, et : (2) Le cerveau gauche, explicite, utilise un mode de codage (d'enregistrement en mémoire) lexical, catégoriel, de type sémantique et langagier. Les informations encodées dans cette « mémoire sémantique » peuvent ainsi être ultérieurement évoquées verbalement.

3 - Il existe enfin, entre processus sous-corticaux (Soi implicite) et processus corticaux (Soi explicite) des connexions, des réseaux synaptiques en boucles rétractives, pour réguler les processus émotionnels sous-corticaux par les processus cognitifs corticaux et, inversement, réguler les processus cognitifs par les processus émotionnels. Ces connexions favoriseront l'articulation entre l'émotionnel et le cognitif, le verbal et le non verbal, ou, lorsqu'elle viendront à manquer, produiront une certaine dissociation entre sphère corporelle-émotionnelle et sphère cognitive-représentationnelle, pouvant se traduire par : « J'ai peur mais je ne sais pas pourquoi ».

Du point de vue de l'ontogenèse, le développement du cerveau droit précède celui du cerveau gauche. Le cerveau droit est le dépositaire durant les deux premières années de la vie de l'ensemble des communications interactives mère-bébé et de leurs effets (Dobbing & Sands, 1973). L'hémisphère droit est de fait : (1) le dépositaire des patterns inconscients d'attachement (Henry, 1993, Schore, 1994, 2000 ; Siegel, 1999) continuellement réactivés tout au long de la vie, et (2) le dépositaire des savoir-faire implicites et inconscients mis en jeu lors des actions et des interactions (ce sont les « Modèles Internes Opérants » décrits par Bowlby, 1969), et : (3) le dépositaire de ce que Damasio (1995) appelle les « marqueurs somatiques », sortes de fichiers neuronaux de réactions corporelles et émotionnelles inscrites en mémoire et constamment réactivables par le futur lorsque nous devons décider et agir.

L'hémisphère droit est dominant durant les trois premières années de la vie (Chiron et coll., 1997), période qualifiée d'« amnésie infantile » par Freud, puisqu'il n'existe pas encore de possibilité neurobiologique d'encodage sémantique des événements. Cependant, puisque durant ces trois premières années, l'encodage en mémoire est affectivo-sensori-moteur et interactionnel, les événements peuvent être rappelés en mémoire sous forme affectivo-sensori-motrice et interactive.

Au cours du développement préverbal précoce, l'enfant grave donc dans les circuits de son hémisphère droit les expériences de vitalité et les expériences émotionnelles conduisant à la structure de son Soi, ceci avant que la maturation de l'hémisphère gauche ne permette leur encodage sémantique et leur restitution verbale ultérieure. Il en fabrique des modèles de fonctionnement et d'interaction implicites, non verbaux et non conscients.

Parce que ces modèles s'inscrivent dès l'origine dans la mémoire implicite, non verbale et non consciente, ils constituent la matrice de l'inconscient. Parce qu'ils restent vivaces au fond de soi

et source de subjectivation, ils constituent la matrice de l'identité. En fait, ils constituent nos identifications primaires.

LES DYSFONCTIONNEMENTS NEUROBIOLOGIQUES PREVERBAUX ET LEURS IMPLICATIONS CLINIQUES

Les états de vitalité et les états émotionnels vécus répétitivement durant les deux premières années et *non régulés* par la figure d'attachement provoquent des dysfonctionnements neurobiologiques, encodés dans la mémoire implicite, à l'origine des comportements pathogènes ultérieurs. C'est pour cette raison que les pathologies préverbaux reflètent toute une organisation inefficace du cerveau droit, et plus particulièrement de la zone orbitofrontale droite (Schore, 1994, 1996, 1997, 2001b). Il est de fait que toutes les recherches actuelles concordent pour dire que les pathologies précoces ont pour origine l'échec des processus de régulation interactionnelle (Daniel Stern, 1985 ; Ed Tronick, 1997 ; Beatrice Bebee, 2000 ; Allan Schore, 2003).

C'est le cas de Jeremy qui pendant la première année de thérapie, ne pourra tolérer aucun de ses états émotionnels profondément dysrégulés, ne se manifestant que par des somatisations chroniques et récurrentes et, en séance, par des apnées, des tics et des spasmes, par des tremblements de tout son corps, seul dans son monde. Mais il me dira qu'il percevait tout ce que mon corps « émettait ». Finalement, quand il acceptera que je le prenne dans mes bras, il éclatera en sanglots, encore et encore, pendant des mois, se délivrant d'une détresse que nous ne pouvons imaginer.

Ces personnalités manifestent une « incapacité à s'autoréguler, à recevoir, encoder et traiter leurs expériences émotionnelles » (Grotstein, 1990, p. 157), notamment les états tels que l'excitation, la panique, la terreur, la rage et la honte.

Elles présentent également une difficulté dans l'élaboration mentale de leurs expériences émotionnelles (Fonagy et Target, 1997), c'est-à-dire dans le processus de symbolisation. Jeremy me dit : « Je pense par intuitions, par impressions ; je sens mes pensées, mais elles ne parlent pas. C'est comme ça que je travaille aussi : j'ai des impressions, des intuitions, je transforme les signaux que je reçois du satellite, je programme des algorithmes, je condense les signaux, je tâtonne, je ne sais pas pourquoi mais je sens que c'est comme ça que je dois faire et peu à peu les signaux se transforment en images. Mais quand les autres me demandent comment j'ai fait, je ne sais pas le traduire en pensée avec des mots. Quand j'essaye, c'est comme un énorme entonnoir où des millions d'informations que j'ai à l'intérieur de moi doivent se résumer à quelques mots, je n'y arrive pas. » Il ne peut faire ce passage de la procédure agie à la représentation symbolisée puis parlée, ce passage de la mémoire implicite à la mémoire sémantique.

Lorsque sa mère lui demandait, enfant, « Qu'est-ce qu'il se passe ? » et qu'il répondait « Je suis triste parce que tu ne veux pas que je joue au lego », sa mère lui répondait de manière désaffectée : « Bon, tu es triste. » Elle n'entrait pas en résonance avec son état affectif, ce que Stern appelle l'« accordage ». Alors Jeremy a cessé de parler, de penser avec des mots. A quoi bon puisque l'échange verbal est destiné initialement à préserver, certes d'une autre manière, un échange affectif. Cette anecdote illustre la présence d'une mère désaccordée ne pouvant réguler les états affectifs de son enfant, le renvoyant à sa solitude, à n'exister que dans un monde virtuel qui n'a pas à s'explicitier. C'est dire que le développement du processus de pensée, de symbolisation, de représentation, d'utilisation du langage verbal, est également profondément lié aux interactions affectives d'attachement, mère-enfant ou thérapeute-patient.

C'est ainsi que fonctionne avec moi Jeremy. Il éprouve des impressions qui se traduisent dans sa pensée sous forme de climats. Je dois les mettre en forme, à partir de mes propres résonances, des images qu'elles suscitent en moi. Alors il commence à former lui-même des images et il me demande de les dessiner. Le premier dessin représentant une personne fut un œuf. Nous en sommes aujourd'hui à deux œufs, lui et moi, « qui s'envoient des signaux » se traduisant par des images, puis que nous cherchons ensemble à traduire avec des mots, « ce langage des adultes » me dit-il. Ce fonctionnement s'appuie sur un mode de traitement non verbal, inaccessible aux centres du langage situés dans l'hémisphère gauche (Joseph, 1982), il ne peut que s'exprimer sous forme non verbale, sensori-émotionnelle ou iconique, mais toujours interactionnelle, sous forme : (1) d'actualisation et, (2) de transfert.

(1) *L'actualisation*. Le patient actualise son système d'attachement insécurisé inconscient et modélise ainsi d'emblée la relation patient-thérapeute. Il actualise son expérience d'un Soi dysrégulé en relation avec un autre (le thérapeute) dont il est présumé au départ, de manière inconsciente et agie, que le Soi ne peut être que désaccordé.

Puisque les évènements précoces de dysrégulation vitale et émotionnelle se sont gravés dans le cerveau en maturation (Matsuzawa et coll., 2001), puisque l'expérience pathogène s'est fixée à la structure limbique (Schore, 1996, 1997a, 2001b), puisque les expériences préverbaux dysrégulés sont conservés dans l'hémisphère droit, l'ensemble de ces expériences dysrégulés constituent des parties clivées du Soi inaccessibles au langage. Ces états dysrégulés, imprimés dans la structure, dit Perry, deviennent ainsi des « traits » (Perry et coll., 1995). Nous ne sommes pas loin de la conception reichienne et lowenienne des « traits de caractère », mais cette fois, implicites, structurels et constitutionnels du Soi et non fonctionnels, produits par le Moi, comme ceux décrit par Reich puis Lowen.

(2) *Le transfert*. Les parties clivées du Soi et les affects primitifs négatifs qui les accompagnent, conservés dans l'hémisphère droit et inaccessibles au langage verbal, sont projetées sur le thérapeute, sous forme d'irruptions émotionnelles, de comportements ou de fantasmes incontrôlables, mécanismes décrits comme identifications projectives. Schore (1994) les décrit comme « des « interactions transféro-contretransférentielles non verbales (...), des communications (...) d'hémisphère droit à hémisphère droit. » (2003, p. 50), impliquant le regard, la posture corporelle, le ton de la voix, l'expression faciale, les micro-mouvements. Stern (1998), Schore (2001c), Bebee (2002) et Tronick (2007), parmi d'autres, insistent sur le fait qu'il existe de grandes similarités entre les mécanismes interactifs affectifs parent-enfant et thérapeute-patient puisque dans les deux cas ce sont les hémisphères droits qui traitent et modélisent les impressions/expressions émotionnelles.

UN MODELE THERAPEUTIQUE IMPLIQUANT L'ENGAGEMENT DU THERAPEUTE

Quelles incidences l'ensemble de ces observations peut-il avoir sur notre modèle thérapeutique ?

LES OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

Il ne s'agit plus d'identifier une problématique sexuelle, selon le modèle théorique de Freud, Reich et Lowen, mais une problématique développementale du Soi (Emde, 1990), d'identifier les points d'interruptions de ce développement (Stolorow & Lachmann, 1980), d'achever ce développement interrompu (Gedo, 1979), et de réparer ce Soi clivé et dysrégulé (Schore, 2003). Ceci est très proche des conceptions défendues par R. Lewis 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 avec l'interprétation verbale.

La technique thérapeutique est donc centrée sur l'expérience sensori-émotionnelle et sensorimotrice, implicite et présymbolique. Bach (1998) précise en effet que ces patients « continuent de répondre sur le plan sensorimoteur (...) précisément parce que c'est à ce niveau que la régulation mutuelle la plus précoce s'est dérégulée. » (p. 188) D'autre part, ajoute Sands (1997) : « le matériel peut demeurer non symbolisé parce qu'il fut encodé dans des conditions traumatiques ou parce qu'il concerne une période préverbale de la vie (...) Parce que de telles expériences restent dans une forme somatosensorielle ou iconique, elles ne peuvent qu'être communiquées de la même manière. » (p. 702)

Ceci suggère clairement que : (1) la fonction thérapeutique n'est pas orientée vers l'augmentation de l'intensité des états de vitalité et des états émotionnels, contrairement à notre modèle de base traditionnel, et que (2) la fonction thérapeutique ne repose pas sur l'analyse et l'interprétation verbale des états corporels, des vécus émotionnels, des pensées et des comportements, contrairement à notre modèle de l'analyse caractérielle. A contrario, Alvarez (1997) soutient que l'interprétation verbale par le thérapeute des états corporels-émotionnels dysrégulés du patient est nocive parce qu'elle provoque les réactions défensives du patient, « tentatives désespérées pour surmonter un état de désespoir et de terreur. » (p. 754)

Lorsque ces expériences traumatiques sont réactivées, Bion (1977) a suggéré que le thérapeute devait y répondre 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, comme ce fut le cas pour Jeremy lorsque sa mère lui répond d'une voix neutre, sans écho affectif : « Bon, tu es triste ». L'écho maternel affectif répond à l'enfant sur un mode affectif et rend assimilable par l'enfant l'affect qu'il ne parvient pas à métaboliser, seul. C'est ce que je devrais essentiellement faire à chaque séance avec Jeremy pendant les deux premières années, à propos de son désespoir et de sa haine.

Cette fonction 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 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 de savoir si le thérapeute est en mesure d'autoréguler ses propres états négatifs 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 dans le système du patient, renforçant ce système. » (Ryle, 1994, p. 111) D'autre part, et cela échappe à la perception consciente du thérapeute, son comportement expressif implicite peut être teinté de reproche, d'irritation ou de mépris, le ton de sa voix critique ou « donneuse de leçons » : bien que ces manifestations soient brèves et discrètes, le cerveau droit

du patient les détecte. Le thérapeute peut également refuser de recevoir ces projections, mettre de côté le transfert négatif, 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.

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 dysrégulatrice 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 « 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 haineux, il peut désespérer et abandonner » (Feldman, 1997, p. 232).

UNE METHODOLOGIE THERAPEUTIQUE

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

Nous avons en analyse bioénergétique une grande expérience de ce qu'est l'exploration et la transformation d'états corporels et émotionnels. En général, en fonction de ce qui s'exprime implicitement ou explicitement en début de séance, nous proposons au patient de s'approcher de ses états internes, rythmes, sensations et affects, ces états qui émanent de sa mémoire implicite et s'imposent à la dyade.

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 permet en général une prise de conscience perceptive de ces processus.

Lorsque l'expérience sensori-émotionnelle est suffisamment contenue et régulée, assimilable, le transfert du mode non verbal vers le mode verbal (du cerveau droit vers le cerveau gauche) peut être amorcé, activant la production de symboles imagés ou linguistiques, propres à construire une représentation de l'expérience et 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 » (2003/2008, p. 81). Cela se fait cependant pendant que le patient ressent et perçoit les sensations/émotions générées par l'expérience, et non après, ce qui risquerait d'induire un clivage entre l'expérience corporelle et l'expérience cognitive (clivage entre cerveau droit et cerveau gauche). Combien de patients ne peuvent éprouver et penser dans une continuité temporelle ?

Comment accompagner le rythme du patient parfois très lent, comme chez Jeremy, lors du cheminement du non verbal vers le verbal ? Le thérapeute peut offrir parfois sa propre perception, prêtant au patient quelques images et quelques mots simples ponctuant l'expérience en cours, transmettant au patient qu'il a perçu et ressenti en écho les états intérieurs de ce dernier, et qu'il chemine à ses côtés.

Tout au long de ces diverses séquences, les systèmes régulateurs orbitofrontaux couplés du thérapeute et du patient remplissent leur fonction modulatrice des états sensori-émotionnels, régulant la dynamique de l'attachement et de l'interaction en cours. Cette dynamique est susceptible « ouvrir une fenêtre » dans le système limbique, amorçant une expérience affective régulatrice inédite et, avec la répétition, une « procédure limbique » nouvelle et réparatrice, encodée dans la zone orbitofrontale, décontextualisable et reproductible. Elle peut « ouvrir un entonnoir, dit Jeremy, où les millions d'informations présentes dans mon corps sont traitées,

condensées, retraduites, devenant des pensées vivantes ». Ce travail est celui de l'instauration ou de la restauration du Soi en tant que continuité psychocorporelle.

En tout état de cause : (1) la fonction thérapeutique est centrée sur les dysrégulations homéostatiques et émotionnelles, et (2) la fonction thérapeutique est amenée à réparer les déficits de régulation et restructurer les représentations interactives encodées dans la mémoire procédurale et implicite (Amini et coll., 1996).

L'IMPLICATION DU THERAPEUTE

Plusieurs auteurs établissent un parallèle entre les qualités cliniques d'un thérapeute 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 thérapeute ou du parent se font en résonance à ceux du patient ou de l'enfant, (2) Cette synchronie est entièrement non verbale et la résonance mutuelle se produit fondamentalement entre états tonico-sensori-émotionnels plutôt qu'entre états mentaux, et (3) Thérapeute et patient cherchent à cocréer un contexte dans lequel le thérapeute peut agir comme un régulateur des états corporels, sensoriels, toniques et émotionnels du patient (Amini et coll., 1996 ; Schore, 1994, 1997b).

La relation transféro-contretransférentielle 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 cocrée par le patient et le thérapeute, caisse de résonance entre deux systèmes-Soi.

Cet état de résonance est engagé quand la subjectivité du thérapeute est accordée de manière empathique à l'état interne du patient. Le processus de résonance amplifie les états de vitalité et d'affectivité des deux membres de la dyade, dans la durée et l'intensité. Pour Sander (1992), les « moments de rencontre » entre le patient et le thérapeute, les « now moments » dont a parlé Stern (2001, conférence IIBA, Stresa, Italie), se produisent lorsque s'installe une adéquation entre deux systèmes en résonance, accordés l'un à l'autre, quand « deux cerveaux droits ou « deux psychismes de l'hémisphère droit » traitant les émotions inconsciemment dans la dyade thérapeutique, communiquent et sont en résonance » (Schore, 2003/2008, p. 78).

Lorsque le thérapeute entre en résonance, il active un mécanisme d'identification introjective. En s'identifiant à la détresse du patient, il la ressent maintenant à l'intérieur de lui, dans son propre corps, par le biais des manifestations physiologiques qu'elle provoque en lui : 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 (Damasio, 1994/2006, p. 215) et que Lewis qualifie de « contretransfert somatique » (Lewis, 1992), manifestations à partir desquels s'opèrent les réponses régulatrices : aux niveaux corporel, affectif et psychologique.

Par le biais de ses réponses contretransférentielles autorégulées, le thérapeute transmet au patient sa propre expérience subjective. C'est le processus d'intersubjectivation dans lequel le thérapeute décrit au patient les effets que son transfert inconscient ont 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, et (2) De contrôler seul sa propre vitalité et ses

affects dysrégulés, ce qui est bien sûr voué à l'échec. En s'engageant *réellement* dans la relation, 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 promeuvent « la connaissance relationnelle implicite » non verbale (Stern et coll., 1998) et sont 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.

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

Siegel (1995) 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 déclanchant 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). L'intensification des états affectifs négatifs participe à la désorganisation du Soi, qui peut implorer (dissociation) ou exploser (projection, passage à l'acte). Les affects négatifs éprouvés par le patient ne sont donc pas intensifiés par une technique thérapeutique mais régulés par le thérapeute.

Le désaccordage ou la désynchronisation du thérapeute d'avec les états psychobiologiques du patient génère la rupture de l'alliance thérapeutique. 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 narcissiques. Le travail de perlaboration de ces hiatus est une entreprise dyadique de réparation interactive (Tronick, 1989) et dépend beaucoup de ses capacités à tolérer et à gérer les états négatifs du patient qu'il a lui-même déclanché inconsciemment (Beebe & Lachmann, 1994).

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 reprend cette situation, s'accordant aux affects négatifs qu'elle a déclanchée, de manière à favoriser leur régulation psychobiologique (Beebe & Lachmann, 1994 ; Schore, 1994 ; 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. Il en est de même du thérapeute s'engageant dans le processus de réparation interactive avec son patient.

EN RESUME

J'ai cherché à montrer : (1) que les évènements préverbaux traumatiques ou entraînant un déficit d'adaptation à la réalité extérieure et des états de souffrance importants étaient inscrits dans la mémoire implicite, non verbale et non consciente, (2) que l'objectif thérapeutique portait sur la régulation des états de vitalité et des états émotionnels dysrégulés, (3) que la technique thérapeutique était centrée sur l'exploration non verbale, sensori-émotionnelle et sensori-motrice, de ces états dysrégulés, ce qui nous est familier en analyse bioénergétique, et (4) que la relation thérapeutique n'utilisait pas le mode « analytique » (telle que l'analyse caractérielle des résistances et des défenses individuelles), mais le mode « intersubjectif » impliquant la résonance corporelle et émotionnelle, l'accordage, la synchronisation et la cocréation en tant que dimensions régulatrices, réparatrices et transformatrices au sein de la dyade thérapeute-patient.

Notre formation en analyse bioénergétique nous pourvoit d'une multitude de techniques d'interventions aux niveaux sensori-émotionnel et sensori-moteur. Elle nous offre largement l'occasion de développer notre sensibilité à l'égard des traces et des traits laissés dans la structure corporelle du patient, de développer également notre empathie à l'égard des signaux non verbaux émis par le corps du patient et par son comportement actif de communication. Mais elle continue souvent à promouvoir un cadre théorique et méthodologique centré sur l'analyse caractérielle des enjeux sexuels inconscients, sur un mode « analytique » donc. L'ensemble des investigations contemporaines et la clinique même, suggèrent qu'en ce qui concerne les pathologies préverbales, l'enjeu n'est pas d'ordre sexuel mais d'ordre homéostasique : l'enjeu est celui des états de vitalité et des états émotionnels dysrégulés, à l'origine de la dysrégulation psychodynamique de l'ensemble du Soi.

Jeremy m'a dit en début de séance la semaine dernière que finalement il se rendait compte qu'il pensait comme un enfant et que peut-être il devait l'accepter pour évoluer, et, peu à peu, commencer à penser comme un adulte. Puis il m'a dit en fin de séance qu'il avait le week-end, été sexuellement ému en voyant une jeune fille. En conquérant d'avantage d'équilibre homéostasique, se traduisant par davantage de sécurité et de confiance en ses capacités de contact avec le monde extérieur, en sortant donc de son monde virtuel, il semble que chez Jeremy le désir amoureux émerge. Lorsque Jeremy s'est assis pour la première fois en face de moi, silencieux et ne pouvant me regarder, c'est ceci que j'ai éprouvé qu'il ne pouvait me dire : « Prêtes-moi ton corps pour écrire ma vie. »

BIBLIOGRAPHIE

- Alvarez, A.** : (1977), Projective identification as a communication: Its grammar in borderline psychotic children, *Psychoanalysis Dialogues*, 7, 753-768
- 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
- Auerbach, J. S.** : (1990), Narcissism : Reflexions on others' images of an elusive concept, *Psychoanalytic Psychology*, 7, 545-564
- 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.** : (2000), Co-constructing mother-infant distress: The micro-synchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter, *Psychoanalytic inquiry*, 20, 421-440
- Beebe, B., Lachman, F.** : (1994), Representations and internalization in infancy: Their principles of salience, *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165
- Beebe, B., Lachman, F.** : (2002), *Infant research and adult treatment*, Hillsdale, NJ: Analytic Press
- Bion, W. R.** : (1977), *Seven servants*, New York: Jason Aronson
- Bowlby, J.** : (1969), *Attachement et perte*, Vol. 1 : L'attachement, PUF, Paris, 1978
- Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R., Lounes, R., & Dulac, O.** : (1997) The right brain hemisphere is dominant in human infants, *Brain*, 120, 1057-1065
- Damasio, A. R.** : (1994), *L'erreur de Descartes*, 2006, Paris: Odile Jacob
- Damasio, A. R.** : (1995), Towards a neurobiology of emotion and feelings : Operational concepts and hypothesis, *The Neuroscientist*, 1, 19-25
- Dobbing, J., Sands, J.** : (1973), Quantitative growth and development of human brain, *Archives of Disease in Childhood*, 48, 757-767
- Doess, M.** : (2004), Physical contact and construction of a therapeutic intersubjective bond, *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, Vol.14, n°1, pp. 01-18
- Feldman, M.** : (1997), Projective identification: The analyst's involvement, *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 227-241
- Fonagy, P. & Target, M.** : (1997), Attachment and reflective function: Their role in self-organization, *Development and Psychotherapy*, 9, 679-700
- Gedo, J.** : (1979), *Beyond interpretation*, New York: International Universities Press
- Goyer, P. F., Konicki, P. E., & Schulz, S.C.** : (1994) Brain imaging in personality disorders, K. R. Silk (Ed.), *Biological and neurobehavioral studies of borderline personality disorders*, Washington DC: American Psychiatric Press, 109-125
- Grotstein, J. S.** : (1987), The borderline as a disorder of self-regulation, J. S. Grotstein, J. Lang & M. Solomon (Eds.), *The borderline patient: Emerging concepts in diagnosis*, London: Analytic Press, 347-383
- Grotstein, J. S.** : (1990), Invariants in primitive emotional disorders, L. B. Boyer & P. L. Giovacchini (Eds.), *Master clinicians on treating the regressed patient*, Northvale, NJ: Jason Aronson, 139-163
- Henry, J. P.** : (1993), Psychological and physiological responses to stress: the right hemisphere and the hypothalamo-pituitary-adrenaline axis, as inquiry into problems of human bonding, *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 28, 369-387
- Joseph, R.** : (1982), The neuropsychology of development: Hemispheric laterality, limbic language, and the origin of thought, *Journal of Clinical Psychology*, 44, 630-673
- Lapierre, D., Braum, C. M., & Hodgins, S.** : (1995), Ventral frontal deficits in psychopathy: Neuropsychological test findings; *Neuropsychologia*, 33, 139-151
- Lewis, J. M.** : (2000), Repairing the bond in important relationship: a dynamic for personality maturation, *American Journal of Psychiatry*, 157, 1375-1378
- 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.

- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J.** : (1985), Security in infancy, childhood, and adulthood : a move to the level of representation, I. Bretherton, E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research, Monographs of the Society for Research Child Development*, 50 (1-2, serial n° 209), 66-104
- Matsui, M., Gur, R. C., Turetsky, B. I., Yan, M. X.-H., & Gur, R. E.** : (2000), The relation between tendency for psychopathology and reduced brain volume in healthy people, *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 13, 155-162
- Matsuzawa, J., Matsui, M., Konishi, K., Gut, R. C., Bilker, W. & Miyawaki, T.** : (2001), Age-related changes of brain grey and white matter in healthy infants and children, *Cerebral Cortex*, 11, 335-342
- McKenna, C.** : (1994), A malignant transference: A neurobiologic model, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 22, 111-127
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakely, T. L., Baker, W. & Vigilante, D.** : (1995), Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain. How “states” become “traits”, *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291
- Rauch, S. C., Savage, C. R., Alpert, N. M., Miguel, E. C., Baer, I., Breiter, H. C., Fischman, A. J., Manzo, P. A., Moretti, C., & Jenike, M. A.** : (1995), A positron emission tomographic study of simple phobic symptom provocation, *Archives of General Psychiatry*, 452, 20-28
- Ryle, A.** : (1994), Projective identification: A particular form of reciprocal role procedure, *British Journal of Medical Psychology*, 67, 107-114
- Sands, S.** : (1997), Protein or foreign body? Reply to commentaries, *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 691-706
- Sander, L.** : (1992), Letter to the editor, *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 582-584
- Schore N. A.** : (1994), *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*, Mahwah, NJ: Erlbaum
- Schore N. A.** : (1996), The experience-dependant maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology, *Development and Psychopathology*, 8, 59-87
- Schore N. A.** : (1997a), Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders, *Development and Psychopathology*, 9, 595-631
- Schore N. A.** : (1997b), Interdisciplinary developmental research as a source of clinical models, M. Moskowitz, C. Monk, C. Kaye & S. Ellman (Eds.), *The neurobiological and developmental basis for psychotherapeutic intervention*, Northvale, NJ: Aronson
- Schore N. A.** : (2000), Attachment and the regulation of the right brain, *Attachment and Human Development*, 2, 23-47
- Schore N. A.** : (2001a), The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Schore N. A.** : (2001b), The effect of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269
- Schore N. A.** : (2001c), *Regulation of the right brain: A fundamental mechanism of attachment, trauma, dissociation, and psychotherapy, Parts 1 and 2*, Papers presented at the Conference on Attachment, Trauma, and dissociation: Developmental, Neuropsychological, Clinical, and Forensic Considerations, University College of London Attachment Research Unit and the Clinic for the Study of Dissociative Disorders, Sponsors, London
- Schore N.A.** (2003), *Affect regulation and the repair of the self*, Norton and Company, New York
- Semple, W. E., Goyer, P., McCormick, R., Morris, E., Compton, B., Bzerridge, M., Miraldi, F., & Schulz, S. C.** : (1992), Increased orbital frontal cortex blood flow and hippocampal abnormality in PTSD: A pilot PET study, *Biological Psychiatry*, 31, 129A
- 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: Towards a neurobiology of interpersonal experience*, New York: Guilford Press
- Starkstein, S. E., Boston, J. D., & Robinson, R. F.** : (1988), Mechanisms of mania after brain injury: 12 case reports and review of the literature, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 87-100
- Stern, D. N.** : (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 1989, Paris : PUF
- Stern, D. N.** : (2001), *Communication*, Congrès international de l'Institut International d'Analyse Bioénergétique, Stresa, Italie
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, P. P., Sander, L., & Tronick, E. Z.** : (1998), The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult therapy, *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308
- Stolorow, R. D. & Lachman, F. M.** : (1980), *Psychoanalysis of developmental arrests*, New York: International Universities Press
- Tonella, G.** : (2002), Théorie clinique de la régression en analyse bioénergétique, *Revue Gestalt*, Paris, n° 23, Décembre 2002, 85-94
- Tonella, G.** : (2006), Körperpsychotherapie und Psychose, Marlock G., Weiss H. (Eds), *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart, New York, Schattauer, 734-740
- Tonella, G.** : (2007), Trauma et Résilience: le Corps Convoqué, *Résilience*, J. Aïn (Ed), Erès, Toulouse, 55-89

- Tonella, G., Jacomini, V., Girard, M., Granier, F., Escande, M.:** (1989), L'émergence de la douleur/souffrance en psychothérapie à médiation corporelle et motrice chez le psychotique, *Psychologie Médicale*, 21,6, 698-700
- Tronick, E. Z. :** (1989), Emotions and emotional communication in infants, *American Psychologists*, 44, 112-119
- Tronick, E. Z. & Weinberg, M. K. :** (1997), Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness, L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development*, New York: Guilford Press, 54-81
- Tronick, E., & Harrison, A. M. :** (2007), Contributions to understanding therapeutic change: Now we have a playground, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 3, 853-872
- Watt, D. E. :** (1990), Higher cortical functions and the ego : explorations on the boundary between behavioral neurology, neuropsychology, and psychoanalysis, *Psychoanalytical Psychology*, 7, 487-527