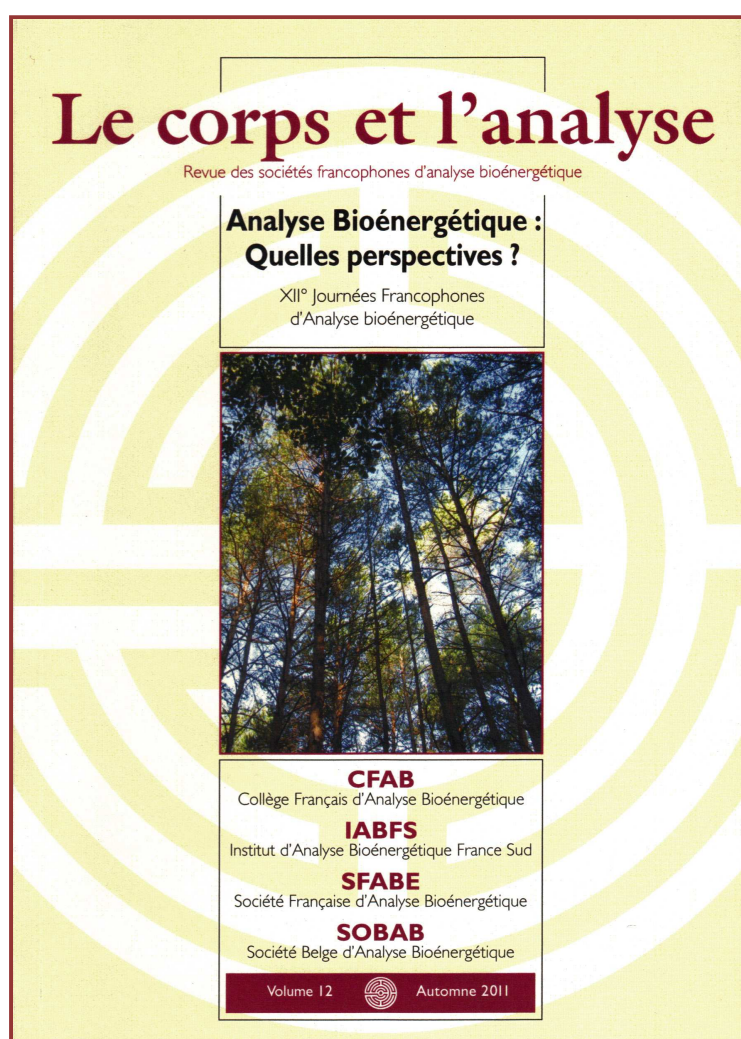


RELATION INTERSUBJECTIVE ET RELATION ANALYTIQUE : LEURS DIFFERENCES ET LEURS SPECIFICITES



© Guy TONELLA, 2011

Publié dans :
Revue Francophone d'Analyse Bioénergétique
"Le Corps et l'Analyse", Vol. 12, 2011, 113-140

L'évolution actuelle des pratiques thérapeutiques intervient dans un contexte marqué par :

- (1) les observations directes de la relation mère-bébé : elles portent entre autres sur les propriétés du système d'attachement permettant le développement structurel et fonctionnel du Soi préverbal ;
- (2) les investigations neurobiologiques : elles concernent la maturation fonctionnelle du cerveau, les spécificités du cerveau droit et du cerveau gauche et l'existence de mémoires spécifiques, implicite procédurale et explicite sémantique ;
- (3) l'évolution conjointe du modèle social et des formes psychopathologiques montrant une croissance progressive des pathologies préverbales traumatiques et de déficit narcissique.

En quoi ces paramètres sont-ils susceptibles de modifier la conception de la relation thérapeutique, historiquement fondée sur la « technique analytique » ? En quoi promeuvent-ils une autre modalité relationnelle répondant aux problématiques préverbales : la « relation intersubjective » ?

LES LIMITES ACTUELLES DE L'APPROCHE ANALYTIQUE

LA REALITE CLINIQUE CONTEMPORAINE

Le thérapeute se confronte de plus en plus dans sa pratique clinique à *des failles du développement préverbal du Soi* plutôt qu'à *des problématiques conflictuelles oedipiennes du Moi*. Les particularités concernant *les failles préverbales* sont les suivantes :

- (1) Le Soi est constitué d'états de vitalité et d'états émotionnels dysrégulés, difficiles à contenir, menaçant de faire irruption chaque fois qu'une situation présente est analogiquement et non consciemment semblable à une situation déficitaire ou traumatogène préverbale. Cette irruption est à la fois *intrapersonnelle* – la sensation d'un tsunami émotionnel pouvant désorienter les perceptions, suspendre la capacité à penser, désorganiser ou paralyser le comportement – et *interpersonnelle* – la peur de l'autre, dupliquant inconsciemment la mère absente, invasive, rejetante ou inconstante, jamais perçue comme « base de sécurité », c'est-à-dire régulatrice et source de modèles d'identifications organisateurs du Soi – (Tonella, 2009¹, 2009²) ;
- (2) Le Soi éprouve la difficulté à *autoréguler* ses expériences vitales et émotionnelles préverbales, à pouvoir les *élaborer mentalement* et ainsi leur donner un sens. Cette difficulté est sous-tendue neurobiologiquement par une dissociation entre les niveaux sous-corticaux (système limbique) et les niveaux corticaux (cortex orbitofrontal) et une dissociation cerveau droit (encodant les expériences sensori-émotionnelles) et cerveau gauche (rationnalisant les expériences sensori-émotionnelles). Les sensations et les émotions subsistent de ce fait non régulées et sans représentation (sans contrôle rétroactif orbitofrontal, régulateur de l'intensité émotionnelle) (Tonella, 2008³) ;

¹ TONELLA GUY, « Mémoire corporelle et identifications primaires », *Anais XIV Encontro Paranaense, IX Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais*, éd. Centro Reichiano, Curitiba, Brazil, 2009.

² TONELLA GUY, « Les expériences corporelles à l'origine de l'identité de soi », Aïñ, J. (Ed), *Identités*, éd. Erès, Toulouse, p. 33- 49.

³ TONELLA GUY, « Le Soi: ses attachements, ses fonctions et ses interactions », Heinrich-Clauer, V. (Ed.), *Handbuch Bioenergetische Analyse*, éd. Psychosozial, Gießen, p. 59 – 112.

- (3) Ces états récurrents dysrégulés et in-sensés génèrent un sentiment de honte et d'inadaptation intense, poussant le Soi à se replier (capsules autistiques) et/ou à développer ultérieurement une prothèse pseudo-contenante, pseudo-régulatrice et pseudo- adaptative (*faux Soi*) ;
- (4) Le Soi, ayant développé des stratégies d'attachement et d'interaction pathogènes et insécures inscrites dans la mémoire implicite à long terme (mémoire limbique), reproduit ces stratégies de manière non consciente et réitère à l'âge adulte les échecs de la petite enfance, sans possibilité de les comprendre et de transformer les expériences toxiques répétitives (Tonella, 2008⁴).

LES CARACTERISTIQUES DE LA TECHNIQUE ANALYTIQUE

Historiquement, la technique analytique impliquant l'ensemble corps-psyché cherche à ramener dans la conscience physique et psychique les événements de l'histoire qui ont contribué à *refouler* des sensations, des émotions et des représentations. Ces refoulements s'appuient sur des mécanismes psychiques décrits par Freud et sur des mécanismes physiques décrits par Reich.

La technique de l'« analyse caractérielle » mise au point par Reich et développée ultérieurement par Lowen s'appuie sur le relâchement de la contraction musculaire chronique, cette dernière *refoulant* les flux d'excitation producteurs de sensations, d'émotions et de mouvements, ceci *désactivant* leur représentation consciente. Reich montrera qu'une tension musculaire est d'abord mobilisée consciemment afin de réprimer la satisfaction d'un désir interdit par le milieu environnant. Puis que, l'interdit subsistant, la tension musculaire devenant habituelle cesse d'être perçue (processus comparable à l'effet du conditionnement opérant). Enfin, l'absence de perception de la tension musculaire efface de la conscience physique et psychique ce contre quoi elle s'oppose (le désir) ainsi que le motif de cette opposition (l'interdit en provenance du monde extérieur). « *La rigidité de la musculature est le côté somatique du processus de refoulement et la base de son maintien* (Reich⁵, La fonction de l'orgasme) et « *Toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine* » (Reich⁶, idem). Il faut donc, dit Reich : (1) prendre de nouveau conscience de la tension musculaire chronique, la percevoir physiquement, (2) la relâcher, (3) prendre conscience physiquement du flux d'excitation libéré (éprouver les sensations, mouvements, émotions qui s'en libèrent), (4) prendre conscience psychiquement des représentations qui les accompagnent (la signification de ce désir), (4) prendre conscience (se souvenir) de l'interdit parental qui en est à l'origine, et (5) se réapproprier ce désir (en l'éprouvant et en le pensant) afin de l'intégrer au sein de l'économie adulte actuelle. Cette technique thérapeutique répond donc strictement au mécanisme de *refoulement*, mécanisme appliqué simultanément au flux d'excitation corporel et à sa représentation mentale déjà formée.

Neurobiologiquement, ce processus est dépendant de *liaisons neuronales* entre cerveau droit qui encode les informations corporelles (sensations, émotions, mouvements) et cerveau gauche, particulièrement le cortex orbitofrontal qui construit la signification de telles informations corporelles. Le processus analytique repose sur le travail en mémoire explicite impliquant chez le patient un effort de perception consciente, un effort de représentation mentale incluant les affects qui y sont liées, puis de sémantisation de l'expérience afin de la traduire en mots et de participer activement à son « analyse ». Il suppose donc un cerveau ayant atteint une maturité fonctionnelle présentant des liaisons rétroactives cerveau droit/cerveau gauche et des liaisons rétroactives entre niveau sous-cortical (tronc cérébral et système limbique) et niveau cortical (cortex frontal).

⁴ TONELLA GUY, « Le Soi, une continuité psychocorporelle. Mémoire procédurale et thérapie psychocorporelle », 11^{ème} congrès de l'Association Européenne de Psychothérapie Corporelle, éd. *Corpo Narrante*, IIAB, Rome, 2009.

⁵ REICH WILHELM, *La fonction de l'orgasme*, 1940, éd. L'Arche, Paris, 1952, p. 237.

⁶ REICH WILHELM, idem, p. 236.

Cliniquement, la technique analytique s'appuie pour beaucoup sur la proposition d'exercices physiques mettant à l'épreuve la sensation, notamment musculaire, et l'émotion. Le fait de proposer des mises en situation ou des exercices *individuels* fait appel aux capacités individualisées du Soi : il mobilise en premier lieu les ressources du *Moi individué*, capable de comprendre les consignes, de s'impliquer individuellement dans l'expérience, d'éprouver l'expérience, de la traduire en perceptions, en images, puis en représentations pensées et, enfin, en s'adressant au thérapeute, de l'analyser en utilisant le langage verbal. Dans ce contexte, le Moi, quelque que soit son degré réel d'organisation et de maturité, doit activer son cortex gauche orbitofrontal. L'activation corticale orbitofrontale est génératrice d'une inhibition sous-corticale limbique rétroactive : en s'auto-organisant, ce qui implique la perception, la représentation et la pensée, on s'éloigne de l'expérience émotionnelle, « on en prend une certaine distance ». Cette régulation orbitofrontale permet de ne pas rester englué dans l'expérience sensori-émotionnelle et favorise son élaboration mentale, sa cognition, ainsi que son « analyse ».

En résumé, l'« analyse », telle que l'analyse caractérielle, a pour objectif de ramener de l'inconscient dans la conscience :

- l'ensemble des composants psychocorporels d'une *expérience refoulée* : sensations, émotions, mouvements et représentations du contexte d'origine (désir infantile et interdit parental). Elle est rendue possible par le fait que des liaisons neuronales entre données corporelles et données mentales *préexistent*, bien qu'elles soient désactivées. Les situations thérapeutiques proposées peuvent alors faciliter leur réactivation selon le schéma proposé par Reich et rappelé plus haut ;
- les composants corporels (sensations, émotions, mouvements) d'une *expérience non symbolisée*, pour lesquelles les représentations correspondantes ne sont pas encore élaborées. Le traitement analytique des composants corporels (attention psychique, échanges verbaux thérapeute-patient, interprétations) facilite cette élaboration reposant sur des réseaux de neurones *préexistants* reliant aires sous-corticales et aires corticales, c'est-à-dire sur une continuité associative entre niveaux sous-corticaux et niveaux corticaux, entre cerveau droit et cerveau gauche.

LES LIMITES DE LA TECHNIQUE ANALYTIQUE

Les problèmes commencent lorsque n'existe pas, ou pas suffisamment, cette continuité entre corps et psychisme, entre cerveau droit/cerveau gauche et/ou aires sous-corticales limbique/aires corticales orbitofrontales. Lorsque, d'un point de vue neurobiologique, ces assemblées de neurones entre niveau sous-cortical et niveau cortical font défaut, l'« espace transitionnel » qu'elles devraient générer, assurant d'un point de vue psychologique la liaison entre l'émotion et sa traduction en représentation, fait également défaut. Cet état de fait neurobiologique est à la base du concept psychologique de « dissociation » : le patient, seul, ne peut « associer » (ou plus exactement prolonger) ses expériences corporelles avec/par des représentations. La méthode analytique est ici dans une impasse : on ne peut *analyser* et parler un vécu qui n'accède pas à la représentation. Cet espace transitionnel menant de l'espace corporel à l'espace pensé reste à construire : dans cet escalier menant du corps à la pensée un palier est manquant.

Il en est ainsi pour nombre de patients dissociés (schizoïdes, borderlines, narcissiques). La réactivation d'états émotionnels dysrégulés favorisée par l'expérience physique risque de les submerger et d'inonder la dyade thérapeutique. En cherchant à les analyser ou les co-analyser, le thérapeute demande au patient d'emprunter un chemin inexistant. En maintenant cet objectif analytique, le thérapeute le confronte à sa dissociation. L'impression est alors, chez le patient comme chez le thérapeute, que le travail analytique amorcé l'est en rupture d'avec l'expérience corporelle et qu'il ne dégage aucune perspective nouvelle. Alors que ces états émotionnels

dysrégulés réactivés devraient être l'objet même de l'attention thérapeutique, ils risquent, en devenant *objets d'analyse*, d'être regardés de manière abstraite, de nouveau objet dissociés de l'expérience présente.

Ce n'est pas, en fait, l'exercice proposé par le thérapeute et réactivant une émotion préverbale dysrégulée (haine, désespoir, honte, etc.), qui mène à cette impasse thérapeutique. L'impasse est plutôt due à la modalité proposée : celle de l'*exercice individuel*, sans interactivité directe thérapeute-patient. Ce contexte est susceptible de dupliquer, analogiquement, une situation ancienne angoissante et insupportable, vécue dans la solitude et la détresse, hors du champ d'attachement interpersonnel dont un Soi immature a besoin. « L'humanisation naît du lien » me dit Jeremy. Il veut souligner par là que l'humanisation est d'abord dans l'écho affectif mutuel, au sein de la dyade, avant d'être dans la compréhension mentale. Lorsque l'écho affectif régulateur fait absence, aucun sens ne peut émerger : le sens reste à l'état larvé, noyé dans l'intensité de l'affect non régulé, non contenu, non configuré.

Cette situation interroge la capacité du thérapeute à s'ouvrir aux échos affectifs générés en lui par le patient, à entrer en résonance affective, cherchant à détoxifier et à configurer l'expérience dyadique. Il ne s'agira certainement pas d'interpréter la situation en termes de transfert ou de résistance à l'« exercice », ce qui ramènerait le patient à accroître sa dissociation pour penser et rationaliser. Il ne s'agira pas non plus de proposer au patient de poursuivre par un nouvel « *exercice individuel* » l'expression intense de l'état émotionnel dysrégulé réactivé, ce qui conduirait à une expérience de retraumatisation.

Il s'agit donc, à chaque fois que nécessaire, d'abandonner un travail individuel à visée analytique pour amorcer un travail interactif, intersubjectif contenant, régulateur et intégrateur de l'émotion réactivée. Seule cette expérience amorcera un processus frayant et construisant un chemin du limbique sous-cortical droit vers le cortical orbitofrontal gauche. Elle sera en ce sens réparatrice et subjectivisante, construisant un espace intermédiaire entre l'espace corporel et l'espace mental, un espace de transition dans lequel les matériaux corporels (sensations et émotions) pourront être configurés puis figurés, préalables nécessaires à la représentation mentale plus abstraite, organisée par le langage.

Les limites de la situation « analytique » tiennent donc à cela : les expériences émotionnelles *préverbales*, encodées dans le système limbique, ne connaissent pas l'*autre* et ne s'inscrivent pas encore dans une *relation d'objet*. Elles se forment dans un « *champ* » familial modelé par des constellations sensori-émotionnelles qui y circulent et que le bébé ne peut encore attribuer ni à l'un ni à l'autre. Ce champ est celui de la relation d'attachement et des propriétés qui la constituent (rythmicité, synchronisation, accordage, régulation, configuration et figuration, etc.). La *relation d'attachement précède la relation d'objet* : nous savons aujourd'hui que la relation d'attachement suffisamment sécurisée stimule la croissance des neurones reliant cerveau droit/cerveau gauche et la croissance des neurones reliant aires sous-corticales et aires corticales. Nous savons d'autre part que les propriétés de la relation d'attachement préverbale encodées dans la mémoire à long terme agissent comme des enzymes organisateurs de la relation d'objet et ses multiples *représentations d'objet*.

En conséquence, les états de vitalité et les états émotionnels préverbaux sont corrélés au « champ », au « système » d'attachement thérapeute-patient, et non aux personnes qui le constituent. Lorsqu'ils s'actualisent en thérapie, ils ne s'adressent pas à l'*autre* et ne reconnaissent pas l'*autre*, si ce n'est par un artifice cognitif (la partie mature et cognitive du Moi capable d'établir cette distinction). On ne peut parler de *transfert sur la personne* du thérapeute et l'*analyse du transfert* ne peut encore faire sens.

Par contre, l'exploration mutuelle, au sein de la dyade, des constellations sensori-émotionnelles qui resurgissent ici et maintenant comme des fantômes incarnés et vivaces, l'exploration du

champ interpersonnel et *des propriétés qui le constituent tel que le patient le vit ici et maintenant au travers des multiples identifications projectives* qu'il y déverse, constituent le vif du sujet. Peu à peu, ces explorations, régulées et configurées par la participation active du thérapeute, assureront le passage progressif de *l'actualisation systémique au sens personnel*. Le thérapeute est ici un « passeur » et un « catalyseur » plutôt qu'un « analyseur ». Sa qualité de présence, sa résonance affective, sa capacité à l'écho affectif, bref, tout ce qui concerne la *communication implicite* plutôt qu'explicite est à l'origine des premières transformations.

Est-ce parce qu'elle était essentiellement fondée sur la technique analytique et l'exploration intra-individuelle que Lowen, à l'aube de ses quatre-vingts ans, admit avec un sentiment de déception, que *l'analyse* bioénergétique, telle qu'il l'avait développée, n'atteignait pas les résultats escomptés : « Après avoir travaillé pendant de nombreuses années avec ces exercices, j'ai du admettre le fait que la forme de thérapie que j'exerçais, ne produisait effectivement pas les changements attendus par les patients, ces changements qui nous aident à nous sentir plus épanouis... » (IIBA Journal, p. 142)

Est-ce parce qu'il manquait au processus thérapeutique tel que Lowen le développa cette dimension interpersonnelle, centrée sur la relation d'attachement, sur l'interaction, sur l'« intersubjectivité » ?

LE MOI ET LE SOI

N'est-ce pas aussi parce, avec l'évolution socioculturelle de ces cinquante dernières années, les problématiques de trauma et de déficits du Soi⁷ semblent peu à peu rivaliser en quantité avec les problématiques de conflits du Moi ?

L'analyse caractérielle repose sur l'analyse du Moi et de ses refoulements (Reich⁸, 1933, Lowen⁹, 1958). Or le Moi, capable de penser et de comprendre en prenant en compte la pensée de l'autre, ne peut être opérationnel qu'aux environs de 2 ans :

- (1) Un Moi capable de prendre en compte ses propres états mentaux et ceux des autres émerge avec la maturation de l'aire corticale orbitofrontale achevée vers 20 mois ;
- (2) La reconnaissance de soi dans le miroir, synonyme de l'existence d'un Moi, advient entre 18 et 24 mois ;
- (3) La maturation et l'harmonisation de la tonicité musculaire, soutenant la formation d'une cuirasse musculaire commandée par le Moi et ses opérations de refoulement, s'achève vers 24 mois.

Les problématiques antérieures à l'âge d'environ 2 ans sont celles d'un *Soi éprouvant ensemble*, immergé dans un système d'attachement dont il ne ressent que les effets sans en distinguer les causes. Ce n'est qu'après la deuxième année qu'un *Moi pensant par lui-même* devient progressivement capable de percevoir et de comprendre les causes des effets qu'il ressent, de déclencher mentalement des opérations défensives psychologiques (cuirasse caractérielle) et corporelles (cuirasse musculaire), opérations adaptatives répondant consciemment aux exigences de l'environnement.

Le Moi et ses opérations caractérielles ne pouvant débiter avant l'âge d'environ 2 ans, l'analyse caractérielle ne s'applique pas aux structures de personnalité préverbaux. Il existe certes des

⁷ Pour une définition du Soi, se reporter à l'article : G. TONELLA, « Trauma et résilience : le corps convoqué », *Résilience, réparation, élaboration ou création ?*, J. Aïn (Ed.), éd. Erès, Toulouse, p. 55-89, 2007.

⁸ REICH WILHELM, *L'analyse caractérielle*, 1933, éd. Payot, Paris, 1952.

⁹ LOWEN ALEXANDER, *Le langage du corps*, 1958, éd. Tchou, Paris, 1977.

structures préverbales (schizoïdes, orales, limites) mais elles constituent la structure même du Soi (et non du Moi), structure incomplète ou déformée par un traumatisme cumulatif ou structure vacillante luttant contre le déficit de vie. La ligne de démarcation entre les pathologies structurelles ou fonctionnelles du Soi et les pathologies conflictuelles caractérielles du Moi s'établit suivant le degré de maturation et de fonctionnalité atteint par le système nerveux central et périphérique lorsque le traumatisme, le déficit ou le conflit a lieu.

D'autre part, les expériences préverbales traumatiques et déficitaires sont déposées dans un système de mémoire spécifique, alors que les problématiques névrotiques conflictuelles sont déposées dans un autre système de mémoire (Tonella¹⁰, 2010). Chaque système de mémoire possède son mode particulier de rappel (réactivation mnésique) :

- avant 2 ans, l'expérience s'inscrit uniquement en mémoire implicite procédurale, sous forme de configurations non verbales, associant des sensations, des émotions et des formes comportementales d'actions et d'interactions ;
- après 2 ans, l'expérience peut également s'inscrire en mémoire sémantique, sous forme de représentations imagées et langagières affectant l'ensemble de l'organisme et des comportements.

Quelles conséquences en tirer du point de vue de la méthodologie thérapeutique ?

- (1) Ce qui est inscrit en mémoire implicite préverbale, avant 2 ans, n'est réactivable qu'exclusivement sous forme simultanément corporelle, comportementale et interactive ;
- (2) Les déficits d'autocontenance, d'autorégulation et d'auto-élaboration décrivent un état de *dissociation* préverbale plus ou moins marquée du Soi (et non de *refoulement*). Ils sont à l'origine d'un déficit de construction du Moi chez l'adulte et à l'origine des problèmes qu'il rencontre dans l'action, l'interaction et la pensée symbolisatrice ;
- (3) L'acquisition des capacités à autocontenir, autoréguler et auto-élaborer durant le processus thérapeutique est d'abord fondée sur la qualité du système d'attachement patient-thérapeute dont les propriétés essentielles sont : la rythmicité, l'accordage, la synchronisation, la configuration, la figuration et la capacité mutuelle de réparation ;
- (4) Ce processus implique une relation thérapeutique intersubjective plutôt qu'une relation thérapeutique analytique : il s'agit de générer des propriétés relationnelles manquantes, sans lesquelles aucun travail analytique ne peut se faire ;
- (5) La relation thérapeutique intersubjective se crée fondamentalement dans l'échange implicite (corporel et interactionnel) de Soi à Soi, bien qu'utilisant les ressources existantes du Moi, c'est-à-dire ses capacités d'échange explicite (pensé et verbalisé).

UN MODELE THERAPEUTIQUE IMPLIQUANT LA RELATION INTERSUBJECTIVE

Le processus thérapeutique concernant les problématiques préverbales ne pouvant reposer sur l'analyse du caractère et plus généralement sur la technique analytique, comment reconsidérer les objectifs thérapeutiques et le mode de relation leur correspondant ?

Les problématiques préverbales ne résultent pas d'un conflit sexuel et ne peuvent être interprétées selon le modèle théorique libidinal-sexuel développé par Freud, Reich puis Lowen.

¹⁰ TONELLA G., "Une mémoire pour le corps", *Réminiscences, entre mémoire et oubli*, J. Aïn (Ed.), éd. Erès, Toulouse, 2010, p. 53-76.

Elles constituent une problématique développementale du Soi (Emde¹¹, 1990) impliquant en premier lieu la construction du Soi : construction de sa structure et de ses fonctions. Il s'agit donc d'identifier les points d'interruptions de ce développement (Stolorow & Lachmann¹², 1980), d'achever ce développement interrompu (Gedo¹³, 1979), et de réparer le Soi clivé et dysrégulé (Schore¹⁴, 2003). Cette perspective fut amorcée par R. Lewis¹⁵ (1976, 1984, 1986, 1998) en analyse bioénergétique depuis déjà une trentaine d'années.

Ces problématiques présentant une dissociation corps-psychisme, le patient ne peut élaborer ses expériences corporelles, notamment les expériences émotionnelles préverbaux dysrégulés. Il ne parvient pas ou insuffisamment à les contenir, à les configurer puis à les traduire en représentations analysables. La fonction du thérapeute est alors d'être un relai pour son patient : (1) en laissant résonner en lui les états de vitalité et les états émotionnels de son patient, (2) en utilisant son propre espace transitionnel psychocorporel pour, avec le patient, les configurer et les figurer, (3) en utilisant l'échange dyadique pour en proposer des traductions afin de les amener à la représentation imagée puis à la représentation parlée.

Pourtant, le thérapeute ne pourra être relai pour son patient que s'il parvient à développer au sein de la dyade thérapeutique les propriétés intersubjectives qui firent défaut dans la relation d'origine mère-enfant : rythmicité, synchronisation, régulation, contenance, configuration et figuration, ces propriétés dyadiques/intersubjectives/systemiques étayant progressivement des procédures de symbolisation dyadiques/subjectives/personnelles.

LA RELATION INTERSUBJECTIVE

Si la « relation d'objet » porte sur *les propriétés des figures d'attachement* et d'interaction de son histoire d'enfant, la « relation intersubjective » porte sur *les propriétés du lien d'attachement* lui-même.

L'encodage des propriétés du lien d'attachement précède en partie l'encodage des propriétés de la figure d'attachement, ceci parce que la perception « de l'autre » (se présentant d'abord sous forme de « pré-objet » ou d'« objet partiel ») ne se constitue que peu à peu, alors que l'impact émotionnel produit « par l'autre », même non perçu comme cause de l'impact, est immédiat : l'émotion produit d'emblée des effets hormonaux et neuronaux organisateurs ou désorganiseurs du Soi, fonctionnellement et structurellement, sans que ce qui l'a produite ne soit nécessairement connu.

Le retour récurrent de certains éprouvés sensori-émotionnels, dans la vie comme en thérapie, peut être vécu comme irrationnel, démesuré, hors d'une logique consciente de cause à effet. Ils ne peuvent être reliés à aucun souvenir précis parce qu'ils appartiennent encore et exclusivement au système d'attachement préverbal, non conscient, non symbolisé, et sans cesse réactivé. Ces

¹¹ EMDE, R. N., "Mobilizing fundamental modes of development: Empathic availability and therapeutic action", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 1990, p. 881-913.

¹² STOLOROW & LACHMANN, *Psychoanalysis of developmental arrests*, éd. New York: International Universities Press, 1980.

¹³ GEDO, J., *Beyond interpretation*, éd. New York, International University Press, 1979.

¹⁴ SCHORE ALLAN, *La régulation affective et la réparation du Soi*, 2003, éd. du CIG, Montréal, 2008.

¹⁵ LEWIS ROBERT, "Infancy and the head: The psychosomatic basis of premature ego development", *Energy and character*, Vol 7, n°3, 1976, 18-26.

LEWIS ROBERT, « Le choc céphalique, une réaction somatique sous-tendant le faux "self" », 1984, *Les Lieux du corps*, n°3, éd. Morisset, Paris, 1996, p. 39-55.

LEWIS ROBERT, "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, 1986, p. 56-77.

LEWIS ROBERT, "The trauma of cephalic shock: clinical case study", *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, Vol.9, n°1, 1998, 1-18.

éprouvés sont inscrits dans la mémoire procédurale à long terme et leur retour se produit à chaque fois qu'une circonstance actuelle, analogique (impliquant une forme identique à celle du passé), se présente. Les circuits neuronaux sous-corticaux sont alors sollicités et déclenchent les mêmes éprouvés sensori-émotionnels et les mêmes comportements émotifs.

Comment, alors, élaborer ces éprouvés sensori-émotionnels récurrents et dysrégulés et leur donner un sens pour les intégrer en les transformant ? J'ai commencé à aborder cette question dans un article précédent :

« Plusieurs auteurs établissent un parallèle entre les qualités cliniques d'un thérapeute efficace et les caractéristiques d'un parent accordé psychobiologiquement à son enfant (...) 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.¹⁶, 1996 ; Schore¹⁷, 1994, Schore¹⁸, 1997).

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 Soi (...)

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. » (Tonella¹⁹, 2010)

LES PROPRIETES DE LA RELATION INTERSUBJECTIVE

Je voudrais poursuivre cette réflexion en précisant huit propriétés du système thérapeutique fondant la relation intersubjective :

1 – La rythmicité : elle est la propriété même du tissu vivant, au niveau cellulaire comme au niveau global de l'organisme (cf. Reich²⁰, 1933, ses concepts de pulsation et d'ondulation rythmique des flux d'excitation). Dès la naissance, cette propriété est soumise aux contraintes de l'environnement immédiat car les patterns somatosensoriels et interactionnels de l'enfant se construisent dans l'espace intersubjectif mère-enfant. Certains bébés sont lents au réveil et délicats dans leurs interactions, d'autres ont un éveil rapide et des demandes interactives immédiates. La mère y est-elle sensible et peut-elle négocier avec ses propres rythmes personnels et avec ses propres fantasmes ? « *Ce bébé ne doit pas être un trainard comme son père, me dit un jour une mère, alors je le houspille* ». A quel rythme une mère berce-t-elle son enfant ? Comment répond-elle aux demandes d'échanges visuels de son bébé : en respectant sa capacité d'attention et préservant ses besoins de pauses, en le sollicitant à maintenir son attention, en détournant précocement son regard de celui de son bébé ? Comment ces réponses

¹⁶ AMINI F., LEWIS T., T., LANNON R. et coll., "Affect, attachment, memory : Contributions towards psychobiologic integration", *Psychiatry*, 59, 1996, p. 213-239.

¹⁷ SCHORE ALLAN, *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*, éd. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1994.

¹⁸ SCHORE ALLAN, "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*, éd. Northvale, NJ: Aronson, 1997.

¹⁹ TONELLA GUY, « 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*, vol. 11, 2010, éd. SOBAB : Bruxelles, p. 51-61.

²⁰ REICH WILHELM, *L'analyse caractérielle*, 1933, éd. Payot, Paris, 1952.

affectent-elles le rythme physiologique du bébé, sa rythmicité respiratoire, sa rythmicité tension/détente, la rythmicité de ses échanges affectifs ?

La dimension rythmique des patterns somatosensoriels et interactionnels construits durant la petite enfance accompagne à un niveau implicite non conscient l'expressivité de l'adulte : non seulement au niveau de sa physiologie et de ses comportements, mais également au niveau de la rythmicité de sa pensée, de son élocution, de sa fréquence verbale, de pauses sollicitant des réponses de la part de son interlocuteur.

Je suis aujourd'hui convaincu que cette propriété rythmique peut constituer une racine importante de la *sensation de vivre depuis toujours à partir d'un faux self* (cf. l'hypothèse du masochisme primaire de Winnicott²¹, 1950-55). Ce peut être vivre sur un rythme trop rapide ou trop lent, d'une manière trop resserrée ou trop dilatée (cf. Keleman²² et son Anatomie Emotionnelle, 1985). La rythmicité adoptée est une réponse au système d'attachement, selon qu'il exige d'accélérer/ralentir ou d'amplifier/réduire ses états de vitalité et ses états émotionnels. Le cerveau droit du bébé est doté d'une réceptivité précoce à la rythmicité auquel il doit s'adapter dès les premières semaines et la mémoire procédurale l'y inscrit à long terme.

Cette rythmicité organique affecte les échanges interpersonnels au sein de la dyade thérapeutique : elle scande la communication implicite parfois *piano*, parfois *allegro*, parfois sans pause, parfois sans notes, parfois *solo*, sans place pour un *duo*. Elle implique tous les espaces organiques (pelvien, thoracique, du cou-cavité buccale, et crânien) ainsi que les quatre diaphragmes régulateurs des flux liquides et respiratoires (plancher pelvien, diaphragme, diaphragme cervico-thoracique, diaphragme crânien), c'est-à-dire régulateurs des flux d'excitation, des flux émotionnels et des flux de pensées. La rythmicité organique régule la rythmicité interpersonnelle.

Nous avons, en thérapie bioénergétique, de multiples ressources techniques permettant ce travail d'autorégulation rythmique individuelle et interpersonnelle. Ces techniques répondent aux dissonances dont nous prenons conscience au sein de la dyade thérapeutique. Ces réponses impliquent tout autant le thérapeute à la recherche avec son patient d'une nouvelle écriture musicale. Cela suppose que le thérapeute ne soit pas chef d'orchestre mais partenaire symphonique, capable de moduler son propre instrument afin de l'accorder à celui du patient au lieu de lui offrir d'emblée le « bon modèle » instrumental et rythmique, ce que le patient à pathologie préverbale vivrait comme une nouvelle nécessité d'adaptation en faux self. Soyons donc capable de folie musicale, en recherche d'une partition qui soit œuvre intersubjective et non œuvre de celui « qui sait » !

2 – La synchronisation : les états tonico-sensori-émotionnels, les crescendos et decrescendos des états de vitalité et des états affectifs de l'enfant ou du patient reçoivent-ils des réponses ajustées dans le temps, ni trop tôt ni trop tard, de la part du parent ou du thérapeute (cf. Beebe²³, 2000)? Cet aspect de la synchronisation est capital : un manque répétitif de synchronisation entre la mère et l'enfant provoque chez le très jeune enfant un état de détresse inscrit dans sa mémoire à long terme. Cette expérience crée un point d'irritation (une future intolérance à la frustration) s'exprimant de multiples manières : le besoin et le désir ne sont plus exprimés, ou bien ils s'expriment sans être orienté (sans l'attente d'une réponse), ou bien encore ils s'expriment de manière exigeante, voire impérative ou violente (seule manière imaginée d'obtenir une réponse suffisamment synchrone). Parfois, à l'inverse, dans le cas d'une synchronisation positive exagérée (l'anxiété maternelle surprotectrice), le jeune enfant n'aura jamais besoin d'explicitement

²¹ WINNICOTT DONALD, « L'agressivité et ses rapports avec le développement agressif », 1950-1955, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, éd. Payot, Paris, 1969, p. 80-97.

²² KELEMAN STANLEY, *Anatomie émotionnelle*, 1985, éd. La Chataigneraie, M. Guilbot, 1997.

²³ BEEBE BEATRICE, "Co-constructing mother-infant distress: The micro-synchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter", *Psychoanalytic inquiry*, 20, 2000, p. 421-440.

son besoin et son désir ; ceux-ci ne subsisteront, à l'âge adulte que sous une forme implicite, non élaborée psychiquement. Quelque soit l'origine de l'asynchronisation, ces enfants devenus adultes y seront hypersensibles ; ils anticiperont sous forme projective l'incapacité du thérapeute à leur répondre de manière synchrone, ni trop tôt, ni trop tard.

Dans ces cas de figure, la réponse thérapeutique ne peut jamais être dans l'attente ou le silence, mais dans l'ajustement synchronisé, susceptible d'instaurer un processus de resynchronisation nécessaire à la reprise évolutive permettant le véritable échange intersubjectif. D'autre part, la synchronisation entre états tonico-sensori-émotionnels au sein de la dyade thérapeutique précède et rend possible la contenance puis la configuration des éprouvés sensori-émotionnels qui, à leur tour, rendent possible la synchronisation entre états mentaux, avec leurs possibles traductions verbales.

3 – La contenance : lorsque des expériences traumatiques sont réactivées, Bion²⁴ (1977) propose que le thérapeute y réponde par une « fonction contenant ». 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 maternel affectif répond à l'enfant sur un mode affectif et rend assimilable par l'enfant les affects qu'il ne parvient pas à métaboliser, seul.

Lorsque ces états vitaux et émotionnels dysrégulés sont réactivés au sein de la dyade thérapeutique, ils se présentent comme flux sensori-émotionnels récurrents, bruts et désorientés. Ils demandent d'abord à être contenus par le thérapeute. Un contenant offre un contour, délimite et rassemble un contenu fluctuant et non orienté : ce peut être le regard humanisant du thérapeute, sa voix, ses bras, son corps, toutes ces *réponses implicites* contenant, organisant et orientant les flux sensori-émotionnels bruts réémergeant.

Ceci suggère clairement qu'en présence de personnalités dissociées la fonction thérapeutique n'est pas orientée vers l'augmentation de l'intensité des états de vitalité et des états émotionnels mais vers leur contenance, précédant leur possible régulation.

4 – L'accordage affectif : le parent ou le thérapeute est accordé aux états affectifs de l'enfant ou du patient lorsque l'écho affectif qu'il renvoie à l'enfant ou au patient participe à la régulation de ses états de vitalité et de ses états émotionnels et que l'enfant ou le patient se sentent reçus et « compris ». L'accordage peut être unimodal ou transmodal selon que les signaux émis par l'enfant ou le patient et les réponses faites par la mère ou le thérapeute utilisent ou non le même mode de communication (Stern²⁵, 1985). Il peut être immédiat ou différé, en fonction du délai de réponse de la mère ou du thérapeute à l'issue du signal émis par l'enfant ou le patient, amplifié ou atténué en fonction de la conscience que la mère ou le thérapeute a des besoins de l'enfant ou du patient (le stimuler ou le calmer), ou en fonction de motifs inconscients qui guident leurs réponses.

Il s'avère utile de repérer au sein de la dyade thérapeutique comment le patient dramatise dans des séquences interactives symptomatiques des modes d'accordage/désaccordage appartenant à sa mère. Il les actualise par des comportements anticipant de la part du thérapeute un certain style de holding / « laisser tomber », d'écho / désintérêt, de proximité / distance, d'engagement / désengagement affectif, de contact / absence de contact, d'activité / passivité.

L'accordage n'est donc pas une interprétation de l'état du patient, mais un écho, une résonance, une vibration affective permettant de se mettre à son diapason, sans nécessairement jouer la même note.

²⁴ BION W. R., *Seven servants*, éd. New York: Jason Aronson, 1977.

²⁵ STERN DANIEL, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 1985, éd. PUF, Paris, 1989.

5 – La régulation des états sensori-émotionnels : le parent ou le thérapeute ont pour fonction de réguler les états de vitalité ou les états émotionnels de leur enfant/patient, de manière à ce que ces états puissent être contenus, tolérés et orientés vers l'attention psychique, pour une possible élaboration et intégration (Schore²⁶, 2003). Les éléments vécus et non intégrés ne peuvent enrichir le Soi en ne pouvant être intégré dans le niveau de complexité supérieur (du niveau sensori-moteur au niveau cognitif par exemple). Ils privent ainsi le Soi d'une nouvelle « connaissance », c'est-à-dire d'une nouvelle ressource adaptative.

Le développement de procédures régulatrices au sein de la dyade thérapeutique se transforme peu à peu en principe de régulation attendue et continue. Dans un premier temps, les séquences de régulation sont attendues par le patient ; dans un second temps, elles deviennent prévisibles, permettant d'éprouver mutuellement la prévisibilité, la cohérence et l'adaptation réciproque (Beebe & Lachmann²⁷, 2002). En devenant prévisibles, un système de règles partagées se crée, constituant une procédure systémique. De ce fait, l'autorégulation est d'abord une propriété systémique avant de devenir une propriété individuelle.

6 – La configuration d'éprouvés sensori-émotionnels : configurer signifie organiser les parties en un tout délimité par un contour et pouvant alors devenir figure. Les éprouvés sensori-émotionnels qui n'ont été encodés dans la mémoire procédurale que sous forme implicite et analogique durant au moins les 2 premières années doivent utiliser un mécanisme de traduction permettant de les transformer en souvenirs digitaux, c'est-à-dire en représentations mentales associées au langage parlé. Ce mécanisme de traduction consiste pour le patient, lorsque nécessaire, à projeter dans le psychisme du thérapeute, par identification projective, les expériences sensori-émotionnelles qui ont besoin du psychisme de l'autre pour être configurées puis pensées (la fonction alpha de Bion).

Le thérapeute va exercer un processus de guidage interactif permettant au patient d'extraire, à partir de ses diverses sensations et affects, des figures significatives émergeant du fond perceptuel. Ce travail de sélection, de triage et d'ordonnement s'effectuera d'abord sur le fond de paires perceptuelles (plaisir/déplaisir, chaud/froid, doux/rugueux, excitant/déprimant, etc.). Ces liens d'opposition permettront de se dégager d'un vécu de juxtaposition et de passer de *l'indice corporel* (un indice sensoriel) au *signal corporel* (une modification tonique) puis au *signe émotionnel* (une mimique) *déjà potentiellement chargé de signification*. Ce travail de passage d'un niveau de complexité au suivant peut nécessiter l'implication du thérapeute : par effet de résonance (grâce à ses neurones miroirs), il ressent, il associe, il pense, puis il parle. C'est par ce détour que le patient éprouvant va configurer ce qu'il éprouve et parfois le figurer avant de pouvoir le penser et lui donner un sens. Le thérapeute joue donc une fonction essentielle : celle de stimuler et d'accompagner la dynamique des traductions successives des processus corporels en processus primaires puis en processus secondaires. La configuration induit une mise en tension de *l'attention physique* puis une *orientation vers la figuration corporelle* précédant *le processus de pensée et de parole*.

Avec la configuration, nous sommes encore dans la transition entre l'espace corporel du vécu et l'espace mental de sa représentation : l'expérience vient de prendre une forme mais elle n'a pas encore pris de sens. Le passage de la forme au sens nécessite un autre palier, celui de la figuration.

7 – La figuration : elle précède la représentation mentale et la prépare. Chez l'enfant, des scripts sensori-moteurs reprenant l'expérience vécue peuvent être nécessaires et préalables au processus de mentalisation. Au cours du développement de l'enfant, ces figurations ont été décrites en tant que « *modèles internes opérationnels* » (Bowlby²⁸, 1969), en tant que « *proto-représentations* »

²⁶ SCHORE ALLAN, *La régulation affective et la réparation du Soi*, 2003, éd. du CIG, Montréal, 2008.

²⁷ BEEBE B. & LACHMANN F. M., *Infant research and adult treatment*, éd. Hillsdale, NJ : Analytic Press, 2002.

²⁸ BOWLBY JOHN, *Attachement et perte. Vol. 1 : L'attachement*, 1969, éd. PUF, Paris, 1978.

(Pinol-Douriez²⁹, 1984), ou en tant que « *représentations d'action généralisée* » (Stern³⁰, 1985). Dans le cadre de la thérapie d'adultes, Lowen les a modélisées en tant que situations, parfois « exercices » affectivo-sensori-moteurs, facilitant le processus somatopsychique, du corps vers la pensée. Il les décrira dans de nombreuses monographies et dans la plupart de ses ouvrages (entre autre 1958³¹, 1965³², 1968³³, 1975³⁴).

La figuration d'expériences consiste à proposer au patient de rendre compte des constellations sensori-émotionnelles qui l'habitent sous une forme *mimétique*, *motrice*, *gestuelle* (des gestes signifiants et évocateurs) ou *interactionnelle* (des interactions évocatrices). Cette mise en forme figurative induit une mise en tension de l'*attention psychique* et une *orientation pour la pensée*, aboutissant finalement à la *représentation mentale*, porteuse d'un sens au sein de la dyade.

Le processus de figuration consiste donc en un travail de traductions successives permettant d'organiser :

- le registre des processus sensori-émotionnels (le rassemblement des états sensoriels et émotionnels, contenus et orientés vers le partenaire dyadique)
- le registre des processus sensorimoteurs (la transformation des états sensori-émotionnels en figurations mimétiques, posturales, gestuelles, motrices, interactives)
- le registre des processus primaires (leurs mises en forme imagées, constitutives des formalisations imaginaires ou fantasmatiques)
- le registre des processus secondaires (la pensée formelle, rationnelle et logique)

Ce processus facilite le développement de la « *capacité réflexive* » (Fonagy & Target³⁵, 1997, Fonagy³⁶, 1999). Cette capacité correspond à la découverte que soi-même et l'autre fonctionnent non seulement en termes d'états sensori-émotionnels mais également en termes d'états mentaux. Ce processus amène dans un premier temps à voir le monde, son monde, au travers du regard de l'autre, et peu à peu, à se rendre compte que l'autre peut aussi penser pour soi. C'est ainsi que l'on finit par penser que l'autre pense aussi pour lui, que l'autre a aussi un monde représentationnel qui lui appartient, avec ses pensées, ses intentions et ses désirs, pouvant être différents des siens. Ce long processus de cheminement conduit ainsi à développer une « *théorie de l'esprit* » (Baron-Cohen et coll³⁷, 1985, Baron-Cohen³⁸, 1991) et une capacité à utiliser l'autre pour élaborer ce qui peut difficilement l'être, seul.

8 – La réparation : les tentatives de recherche commune de rythmicité, de synchronie, d'écho affectif accordé et de configuration peuvent parfois échouer, suscitant des réactions sensori-émotionnelles anxiogènes, de désorganisation et de désorientation. Ces expériences ne sont pas néfastes pour le développement si elles font l'objet de réparation au sein de la dyade.

« Des 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 déclenchés, de

²⁹ PINOL-DOURIEZ MONIQUE, *Bébé agi – Bébé actif*, éd. PUF, Paris, 1984.

³⁰ STERN DANIEL, *idem*, 1985.

³¹ LOWEN ALEXANDER, *Le Langage du Corps*, éd. Tchou, Paris, 1958.

³² LOWEN ALEXANDER, "Breathing, movement and feeling", *Monographie de l'Institute for Bioenergetic Analysis*, New York, 1965.

³³ LOWEN ALEXANDER, "Expression of the self", *Monographie de l'Institute for Bioenergetic Analysis*, New York, 1968.

³⁴ LOWEN ALEXANDER, *La Bioénergie*, 1975, éd. Tchou, Paris, 1976.

³⁵ FONAGY P. & TARGET M., "Attachment and reflective function: Their role in self-organization", *Development and Psychotherapy*, 9, 1997, p. 679-700.

³⁶ FONAGY P., « La compréhension des états psychiques, l'interaction et le développement du self », *Devenir*, 11, 4, 1999, p. 7-22.

³⁷ BARON-COHEN S., LESLIE A-M & FRITH U., "Does the autistic child have a "theory of mind"?", *Cognition*, 1985, 21, p. 37-46.

³⁸ BARON-COHEN S., "Precursors to a theory of mind: Understanding attention in others", A. Whiten (éd.), *Natural Theories of Mind*, éd. Oxford, Basil Blackwell, 1991.

manière à favoriser leur régulation psychobiologique (Beebe & Lachmann³⁹, 1994 ; Schore, 1994⁴⁰, 2003⁴¹ ; Lewis⁴², 2000). Tronick⁴³ (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 » (Tonella, 2010)

Le travail de perlaboration de ces hiatus est une entreprise dyadique de réparation interactive (Tronick⁴⁴, 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 & Lachmann⁴⁵, 1994). Cette procédure implique : (1) la reconnaissance des signaux verbaux ou non verbaux à l'origine du 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 (par exemple la rage en force, la honte en droit d'éprouver, fantasmer, exprimer), (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 de devenir une propriété individuelle, (4) la capacité à la réparation crée un sentiment optimiste que la relation peut être maintenue lorsque se développe une tension interpersonnelle, créant l'espoir d'une correction optimum. Plus la capacité réparatrice sera grande et plus la tolérance à la rupture sera grande.

CONCLUSION

L'*analyse* est un processus au service du Moi et s'adresse spécifiquement au Moi, même si l'analyse concerne l'ensemble des expériences du Soi, ses vécus sensoriels, toniques et émotionnels. Dans son application thérapeutique, elle s'adresse spécifiquement aux *refoulements psychiques et physiques*, refoulements de flux d'excitations et de fantasmes/représentations cognitives les prolongeant, cet ensemble constituant le désir dont le prototype est le désir sexuel. Elle détermine une modalité thérapeutique définie en tant que *relation analytique*.

La *subjectivisation* est un processus d'humanisation au service du Soi tout au long de la période préverbale, avant que le Moi ne devienne entité fonctionnelle à partir d'au moins 2 ans. Dans son application thérapeutique, elle s'adresse spécifiquement aux expériences sensori-émotionnelles du Soi *dissociées* auxquelles le Moi n'a pas accès, expériences privées d'images et de mots et inaccessibles par l'image et le mot. Ces *expériences privées* et aliénantes du Soi exigent, pour s'humaniser en prenant sens, un bain systémique enzymatique constitué des huit propriétés que j'ai énoncé (peut-être y en a-t-il d'autres à découvrir). Elles sont en quête d'une modalité thérapeutique réparatrice définie en tant que *relation intersubjective*.

³⁹ BEEBE B. & LACHMANN F. M., "Representation and internalization in infancy: Three principles of salience", *Psychoanalytic Psychology*, 11, 1994, p. 127-165.

⁴⁰ SCHORE ALLAN, *op. cit.*, 1994.

⁴¹ SCHORE ALLAN, *op. cit.*, 2003.

⁴² LEWIS J. M., "Repairing the bond in important relationship: a dynamic for personality maturation", *American Journal of Psychiatry*, 157, 2000, p. 1375-1378

⁴³ TRONICK E. Z., "Emotions and emotional communication in infants", *American Psychologists*, 44, 1989, p. 112-119.

⁴⁴ TRONICK E. Z., *idem*, 1989.

⁴⁵ BEEBE B. & LACHMANN F. M., *idem*, 1994.

Reprendre le chemin du développement là où l'interruption s'est produite consiste donc en un processus interpersonnel d'intersubjectivation, précurseur du processus personnel de subjectivisation : devenir le *sujet de ses besoins et de ses désirs* ressentis, pensés, exprimés et partagés quand cela est possible, sachant que chaque nouvelle conquête d'une partie de soi remodèle l'ensemble du Soi (Moi inclus).

Le Soi global associe dans ses extrêmes la pulsation rythmique cellulaire à la symbolisation langagière, l'expérience du corps à l'expérience de la pensée. Entre ces deux extrêmes œuvrent des processus configuratifs et figuratifs, véritables procédures transitionnelles productrices de liens intermédiaires intégrateurs (*cf.* la récente réponse de Damasio⁴⁶, 2010, au *binding problem*, ou problème du lien de cohérence entre les différentes composantes de l'expérience du Soi). Le Soi ressemblent fort à une architecture en escalier menant de palier de complexité en palier de complexité jusqu'à à l'étage le plus complexe, celui de la métacognition : qu'est-ce qui fait que je pense ce que je pense ? Ainsi en est-il du système vivant humain complexe (Morin, 1990⁴⁷, 2008⁴⁸) : le processus d'humanisation renvoie inconditionnellement au processus de subjectivisation. « *On ne s'humanise que lorsque l'on devient système ouvert à l'autre, mais seulement quand l'autre est là pour soi* » me dira Jeremy resté, si longtemps, « système fermé », proche de l'autiste. De quoi a-t-il manqué ? De ces enzymes relationnels que sont les propriétés qui constituent l'échange intersubjectif : rythmicité, synchronisation, régulation, contenance, configuration, figuration et réparation.

Nous utilisons, thérapeutes bioénergéticiens, depuis toujours me semble-t-il, un mode de relation oscillant entre « analytique » et « intersubjectif », en fonction des patients et de leurs problématiques, et ceci bien avant que ne se soit développé le concept de « relation intersubjective ». Mais il me semble également que nous ne l'avons pas suffisamment théorisé pour que notre approche figure en tant que modèle psychothérapeutique précurseur, étayé et pertinent à l'heure où se profile une neuropsychanalyse très proche de nos conceptions et se rapprochant de nos pratiques, bien que le pas à franchir de la parole au corps lui soit encore délicat.

BIBLIOGRAPHIE

- AMINI F., LEWIS T., T., LANNON R. et coll., "Affect, attachment, memory : Contributions towards psychobiologic integration", *Psychiatry*, 59, 1996, p. 213-239.
- BARON-COHEN S., "Precursors to a theory of mind: Understanding attention in others" A. Whiten (éd.), *Natural Theories of Mind*, éd. Oxford, Basil Blackwell, 1991.
- BARON-COHEN S., LESLIE A-M & FRITH U., "Does the autistic child have a "theory of mind"?", *Cognition*, 1985, 21, p. 37-46.
- BEEBE B. & LACHMANN F. M., "Representation and internalization in infancy: Three principles of salience", *Psychoanalytic Psychology*, 11, 1994, p. 127-165.
- BEEBE B., "Co-constructing mother-infant distress: The micro-synchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter", *Psychoanalytic inquiry*, 20, 2000, p. 421-440.
- BEEBE B. & LACHMANN F. M., *Infant research and adult treatment*, éd. Hillsdale, NJ : Analytic Press, 2002.

⁴⁶ DAMASIO ANTONIO, *L'Autre moi-même. La construction du cerveau conscient*, éd. Odile Jacob, Paris, 2010.

⁴⁷ MORIN E., Introduction à la pensée complexe, ESF, Paris, 1990.

⁴⁸ MORIN E., La complexité humaine, Flammarion, Paris, 2008.

- BION W. R., *Seven servants*, New York: Jason Aronson, 1977.
- BOWLBY J., *Attachement et perte. Vol. 1 : L'attachement*, 1969, éd. PUF, Paris, 1978.
- DAMASIO A., *L'Autre moi-même. La construction du cerveau conscient*, éd. Odile Jacob, Paris, 2010.
- EMDE, R. N., "Mobilizing fundamental modes of development: Empathic availability and therapeutic action", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 1990, p. 881-913.
- FONAGY P. & TARGET M., "Attachment and reflective function: Their role in self-organization", *Development and Psychotherapy*, 9, 1997, p. 679-700.
- FONAGY P., « La compréhension des états psychiques, l'interaction et le développement du self », *Devenir*, 11, 4, 1999, p. 7-22.
- GEDO, J., *Beyond interpretation*, New York, éd. International University Press, 1979.
- KELEMAN S., *Anatomie émotionnelle*, 1985, éd ? La Chataigneraie, M. Guilbot, 1997.
- LEWIS J. M., "Repairing the bond in important relationship: a dynamic for personality maturation", *American Journal of Psychiatry*, 157, 2000, p. 1375-1378.
- LEWIS R., "Infancy and the head: The psychosomatic basis of premature ego development", *Energy and character*, Vol 7, n°3, 1976, 18-26.
- LEWIS R., « Le choc céphalique, une réaction somatique sous-tendant le faux "self" », 1984, *Les Lieux du corps*, n°3, éd. Morisset, Paris, 1996, p. 39-55.
- LEWIS R., "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, 1986, p. 56-77.
- LEWIS R., "The trauma of cephalic shock: clinical case study", *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, Vol.9, n°1, 1998, 1-18.
- LOWEN A., *Le langage du corps*, 1958, éd. Tchou, Paris, 1977.
- LOWEN A., "Breathing, movement and feeling", *Monographie de l'Institute for Bioenergetic Analysis*, New York, 1965.
- LOWEN A., "Expression of the self", *Monographie de l'Institute for Bioenergetic Analysis*, New York, 1968.
- LOWEN A., *La Bioénergie*, 1975, éd. Tchou, Paris, 1976.
- MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, ESF, Paris, 1990.
- MORIN E., *La complexité humaine*, Flammarion, Paris, 2008.
- PINOL-DOURIEZ M., *Bébé agi – Bébé actif*, éd. PUF, Paris, 1984.
- REICH W., *L'analyse caractérielle*, 1933, éd. Payot, Paris, 1952.
- REICH W., *La fonction de l'orgasme*, 1940, éd. L'Arche, Paris, 1952.
- SCHORE A., *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*, éd. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1994.
- SCHORE A., "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*, éd. Northvale, NJ: Aronson, 1997.
- SCHORE A., *La régulation affective et la réparation du Soi*, 2003, éd. du CIG, Montréal, 2008.
- STERN DANIEL, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 1985, éd. PUF, Paris, 1989.
- STOLOROW R. D. & LACHMANN F. M., *Psychoanalysis of developmental arrests*, éd. New York: International Universities Press, 1980.
- TONELLA G., « Trauma et résilience : le corps convoqué », *Résilience, réparation, élaboration ou création ?*, J. Aïn (Ed.), éd. Erès, Toulouse, p. 55-89, 2007.
- TONELLA G., « Le Soi: ses attachements, ses fonctions et ses interactions », Heinrich-Clauer, V. (Ed.), *Handbuch Bioenergetische Analyse*, éd. Psychosozial, Gießen, 2008, p. 59-112.
- TONELLA G., « Le Soi, une continuité psychocorporelle. Mémoire procédurale et thérapie psychocorporelle », 11^{ème} congrès de l'Association Européenne de Psychothérapie Corporelle, éd. *Corpo Narrante*, IIAB, Rome, 2009.
- TONELLA G., « Mémoire corporelle et identifications primaires », *Anais XIV Encontro Paranaense, IX Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais*, éd. Centro Reichiano, Curitiba, Brazil, 2009.
- TONELLA G., « Les expériences corporelles à l'origine de l'identité de soi », Aïn, J. (Ed), *Identités*, éd. Erès, Toulouse, 2009, p. 33- 49.
- TONELLA G., « 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*, vol. 11, éd. SOBAB : Bruxelles, 2010, p. 51-61.
- TONELLA G., "Une mémoire pour le corps", *Réminiscences, entre mémoire et oubli*, J. Aïn (Ed.), éd. Erès, Toulouse, 2010, p. 53-76.
- TRONICK E. Z., "Emotions and emotional communication in infants", *American Psychologists*, 44, 1989, p. 112-119.
- WINNICOTT D. W., « L'agressivité et ses rapports avec le développement agressif », 1950-1955, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, éd. Payot, Paris, 1969, p. 80-97.