

Institute International
d'Analyse Bioénergétique (Ed.)

Analyse Bioénergétique 2017 (27)

Evolution des concepts de Relation thérapeutique,
Transfert et Contre-Transfert en Analyse Bioénergétique



Psychosozial-Verlag

Vincentia Schroeter, Margit Koemeda-Lutz, Mãe Nascimento (Ed.)
Analyse Bioénergétique 2017 (27)

edition psychosozial

Vincentia Schroeter, Margit Koemeda-Lutz,
Maê Nascimento (Ed.)

Analyse Bioénergétique

**Evolution des concepts de Relation
thérapeutique, Transfert et Contre-Transfert en
Analyse Bioénergétique**

**Le Journal Clinique de l'Institut International
d'Analyse Bioénergétique (27/2017)**

Psychosozial-Verlag

La traduction des articles de ce Journal a été réalisée par Daisy Rassart et une équipe de membres de l'IIBA qui ont collaboré à titre volontaire : Maryse Doess (CFAB), Marie-Hélène Dubois (SOBAB), Michèle Dupuis-Godin (SOQAB), Réjean Simard (SOQAB), Guy Tonella (CFAB) et Claudia Ucros (SOBAB).

Les propositions d'articles pour le prochain volume de *Bioenergetic Analysis* doivent être soumises à l'Editeur (vincentiaschroeter@gmail.com) entre le 1^{er} juin et le 1^{er} septembre 2016.

Information bibliographique de Die Deutsche Nationalbibliothek (La Bibliothèque Nationale Allemande) La Deutsche Nationalbibliothek liste cette publication dans la Deutsche Nationalbibliografie ; les données bibliographiques détaillées sont disponibles sur <http://dnb.d-nb.de>.

2017 Psychosozial-Verlag, Gießen, Germany
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0). This license allows private use and unmodified distribution, but prohibits editing and commercial use (further information can be found at: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). The terms of the Creative Commons licence only apply to the original material. The reuse of material from other sources (marked with a reference) such as charts, illustrations, photos and text extracts may require further permission for use from the respective copyrights holder.

Cover image: Wassily Kandinsky, *La fin de l'année*, 1922
Cover design & layout based on drafts by Hanspeter Ludwig, Wetzlar
Typesetting: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin, www.me-ti.de

<https://doi.org/10.30820/0743-4804-2017-27-FR>
ISBN (Print) 978-3-8379-2704-7
ISSN (Online) 2747-8882 · ISSN (Print) 0743-4804

Table des matières

Lettre de l'Editeur	7
L'intersubjectivité dans la construction des limites	9
Entre le oui et le non <i>Patrizia Moselli</i>	
Contenir, soutenir et être réceptif	19
Des défis somatopsychiques <i>Scott Baum</i>	
Les souvenirs traumatiques	49
La compréhension des neurosciences <i>Homayoun Shahri</i>	
De la structure corporelle aux corps en résonance	73
Évolution de la relation thérapeutique en Analyse bioénergétique <i>Fina Pla</i>	
Trouble de la personnalité borderline, honte et contre-transfert somatique	115
<i>Ingrid Cryns</i>	

Lettre de l'Editeur

Bienvenue pour ce 27^{ème} volume de Analyse Bioénergétique. Nous avons 5 articles à lire dans l'esprit de créer de l'inspiration, offrir de l'information et avec un peu de chance contribuer au dialogue qui accroît la psychothérapie en général et la psychothérapie corporelle en particulier.

Un point commun à ces articles est qu'ils utilisent les termes les plus modernes pour parler de la relation thérapeutique. L'article de Patrizia Moselli traite de l'intersubjectivité en la reliant à des concepts plus neufs qui valident les idées du début de Lowen sur le regard clinique. Scott Baum disserte sur la contenance et plonge profondément dans la dynamique de la relation psychothérapeutique d'un point de vue personnel et professionnel. Homayoun Shahri couvre la mémoire traumatique incluant les aspects neuroscientifiques et des vignettes cliniques qui concerne la relation thérapeutique. Lors de l'Atelier de Développement Professionnel (Professional Development Workshop – PDW) de 2016 pour les thérapeutes analystes bioénergéticiens qui cherchent à progresser dans leur domaine, j'ai eu le privilège de partager la charge professorale avec Helen Resneck Sannes et Jörg Clauer. J'ai pris beaucoup de plaisir à collaborer avec eux et à soutenir les participants enthousiastes dans leur processus de croissance. Deux des présentations des participants étaient si intéressantes que j'ai demandé à leurs auteurs de les transformer en articles pour ce journal. Les deux abordaient le contretransfert (CT) qui constitue un aspect important de la relation thérapeutique. Tandis que Fina Pla examine l'évolution du CT en Analyse Bioénergétique, Ingrid Cryns inclut aussi le CT quand elle présente en profondeur le Désordre de Personnalité Borderline (DPB). Si vous désirez soumettre un article pour publication pour 2018, veuillez s'il vous plaît l'envoyer avant le 1^{er} septembre 2017.

Je souhaite remercier les auteurs, qui ont travaillé dur, préparant parfois plusieurs épreuves afin de vous apporter à vous, lecteur, le meilleur d'eux mêmes. Les personnes ayant soutenu les auteurs et/ou ayant revu les articles sont Laura Partridge, Tarra Stariell, Virginia Hilton, Jörg Clauer, Bob Lewis ainsi que ma dynamique et infatigable équipe éditoriale Maê Nascimento et Margit Koemeda.

Maê et Margit font également double tâche, vu qu'elles traduisent les résumés. Sylvia Nunez et Maria Rosario Filoni ont également traduit des résumés. Merci à elles pour leur contributions. Ce volume est également traduit en français par un certain nombre de collègues francophones de France, Belgique et Québec sous la coordination de Claudia Ucros, avec l'objectif de présenter la publication de ce volume en français lors de notre prochaine conférence en Analyse Bioénergétique.

Cette conférence de l'IIBA se tiendra en mai 2017 lors du 60^{ème} anniversaire de la fondation de l'Institut par le Dr Alexander Lowen en 1957. La conférence se déroulera au Canada, à Toronto, et aura pour thème « Refléter en arrière et regarder vers l'avant ». Ce sera un bon mélange de conférences plénières, ateliers et échanges sociaux avec des collègues de par le monde.

J'espère que vous apprécierez l'ensemble des articles de ce volume et que vous les trouverez utiles en tant que thérapeute intéressé à la relation thérapeutique et en tant qu'Analyste Bioénergéticien désireux de trouver de l'inspiration pour votre travail clinique.

Vincentia Schroeter, PhD
San Marcos, CA. USA. November 20, 2016

L'intersubjectivité dans la construction des limites

Entre le oui et le non

Patrizia Moselli

Traduit par Daisy Rassart et Marie-Hélène Dubois

« Le thérapeute résonne intuitivement de manière empathique en fonction des états émotionnels du patient, construisant un contexte dans lequel le clinicien peut agir comme régulateur de la physiologie du patient. »

(Schore, 2003, pp. 93–94)

Résumé

Cet article examine l'intersubjectivité et la question de l'attachement enfant-mère en relation à la psychothérapie. De ce point de vue nous soutenons que les dynamiques thérapeute-client forment le cœur du travail thérapeutique. Les limites sont étudiées au travers des concepts d'Analyse Bioénergétique. A la fin de cet article sont décrites des techniques de traitement qui favorisent la création de limites saines.

Mots-clés : Intersubjectivité, limites, attachement, dyade thérapeutique

Introduction

Les recherches sur les théories de l'attachement et l'intersubjectivité nous ont fourni des éléments utiles pour entrer en contact avec le patient dans une articulation plus riche. Aujourd'hui, ces études permettent la construction de la théorie, dans « l'ici et maintenant », nous donnent la possibilité de nous regarder mutuellement et de nous regarder nous-mêmes, d'être capable de capter plus d'informations et d'avoir plus d'éléments pour chercher une synchronisation avec la personne qui est en face de nous. Cela développe davantage notre empathie et nos aptitudes professionnelles.

En psychothérapie nous rencontrons deux mondes intimes qui s'influencent réciproquement l'un l'autre. L'observateur est aussi l'observé. Chacun des deux in-

fluence - est influencé par l'autre et le lien empathique (ou son manque) travaille dans les deux directions (Finlay, 1999). Cette complémentarité ne veut pas dire que le thérapeute et le patient-client sont égaux, mais qu'ils ont une influence égale dans la construction et le partage d'un champ où il est possible de découvrir et créer le processus thérapeutique dans lequel l'un est « avec » l'autre.

La dynamique parent-enfant

A l'époque décisive dont nous faisons l'expérience, « être avec ... » constitue un des thèmes principaux chargé d'une lourde signification. D'un point de vue psychologique, « être avec ... » se révélait comme la clé de la compréhension de la condition humaine comme matrice de notre identité.

L'intersubjectivité se développe, à la fois au travers des débuts de l'observation et des recherches expérimentales concernant les premières interactions entre les enfants et les parents. Les résultats de ces recherches ont conduit à d'importantes conclusions théoriques qui influencèrent les méthodes et techniques de psychothérapie. L'origine de l'esprit est relationnelle et est basée sur la dyade mère-enfant. Par conséquent, chez l'enfant, actif dès la naissance, l'aspect intrapsychique se développe simultanément dans un champ intersubjectif.

L'expérience de la dyade mère-enfant est créative, constructive et fondée sur l'échange émotionnel. C'est au travers de la mémoire procédurale que les schémas interactifs sont représentés et préservés, devenant une constante dans toutes les expériences relationnelles du sujet. La vie est faite de relations et ne pourrait pas exister sans les deux aspects biologique et émotionnel qui se développent dès le moment de la conception. L'expérience intra-utérine de l'enfant semble être la base chimique-viscérale-sensorielle de tous ces schémas émotionnels, connectifs et moteurs, qui se développeront plus tard depuis ce que l'enfant est dès le départ, en connexion avec la mère en absorbant l'héritage parental, tant du côté fonctionnel positif que négatif et dysfonctionnel.

Vu sous cet angle, le processus d'apprentissage commence avant la naissance au-travers d'une communication constante avec la mère. La motivation de l'enfant à être en relation avec les autres est garantie par ce que H. Rudolph Shaffer appelle, « la prédisposition structurelle et fonctionnelle » (1977), garantie par la présence d'un dispositif sensoriel qui montre un enfant déjà capable de s'accorder, capable d'appliquer des modèles d'actions sensori-affectives innées. L'enfant peut ajuster le niveau de stimulation et d'intensité auquel il est soumis à travers un contact mutuel avec la mère ou à travers des comportements par lesquels il commence à se différencier (se détourner, fermer les yeux, montrer un regard sans expression) (Tronick, 2007).

La relation mère-enfant apparaît comme un tout hautement organisé, dans laquelle la capacité à s'auto-réguler pour arriver à un but commun joue un rôle

important. Ces compétences sont caractéristiques d'un Moi qui émerge, fondé sur des aptitudes proprioceptives et sur l'expérience d'être un sujet actif. L'enfant a une motivation innée pour traiter et trier les informations qui viennent de l'environnement et cette motivation est construite par les deux partenaires en relation. Des études récentes ont montré que ces schémas d'influence mutuelle entre la mère et l'enfant sont la base de l'émergence de la représentation du Soi et qu'ils en viennent ensuite à constituer les structures de l'inconscient et de la mémoire. Les enfants sont dotés dès la naissance d'aptitudes complexes qui leurs permettent d'agir avec compétence, c'est à dire de comprendre et répondre de manière sélective aux stimulations sociales. Cela indique qu'en plus d'une recherche active pour entrer en connexion avec les autres, il existe aussi une différenciation innée entre eux-mêmes et l'environnement.

Donc, dès les phases les plus primaires, nous n'avons plus la vision passive, autistique, indifférenciée de l'enfant, mais celle d'un organisme qui commence une danse précoce « du oui et du non » dans un mouvement de vie, et cela change donc aussi le point de référence de l'intervention clinique. Le but de la thérapie ne peut être uniquement réparateur. Autrement dit, la thérapie ne peut se réduire à une intervention ayant pour but de réparer les défauts des expériences des patient-clients, ou de les confronter (attention excessive aux défenses du patient), mais elle doit prendre en compte la *capacité structurelle du sujet qui interagit avec la réalité au-travers de catégorisations et élaborations personnelles*.

L'intersubjectivité et la dyade thérapeutique

Le processus de changement dans le processus du travail thérapeutique prend place à l'intérieur du système relationnel formé par la dyade patient-thérapeute, organisée sur la base de dimensions complexes que certaines approches définissent comme transfert ou autre co-construction entre le thérapeute et le patient. Nous pouvons donc regarder la thérapie comme un champ intersubjectif particulier dans lequel les deux histoires patient-client et thérapeute fusionnent. *Le cœur de la thérapie est situé et concentré au centre de gravité entre ces deux histoires et pas uniquement dans la soi-disant « pathologie » du patient*. Client et thérapeute forment un tout indissociable dans lequel transfert et contre transfert ne sont jamais totalement objectifs et purs, ils semblent être des processus spécifiques communs.

Dans « l'ici et maintenant » de la rencontre thérapeutique, alors que la relation petit à petit prend place, tous ces éléments deviennent plus évidents et permettent au thérapeute d'être encore plus conscient de l'histoire intersubjective du patient et de pouvoir porter son attention à ces parties implicites de la mémoire procédurale qui sont si importantes et peu accessibles à la conscience.

L'intersubjectivité est également basée sur l'idée que la psychothérapie est un dialogue dans lequel chaque participant façonne l'expérience de l'autre. Dès lors,

elle devient quelque chose de plus profond qu'une interprétation neutre du récit du patient faite par le thérapeute et plus qu'une action du thérapeute s'engageant à conduire le changement thérapeutique. Patient et thérapeute, ensemble, forment un système psychologique indissoluble, et ce système constitue le champ empirique de la demande analytique (Atwood, Stolorow 1984). Si l'affection est la principale motivation dans le système de relation mutuelle entre enfant et adulte, elle devient la première force motivante dans la construction du Soi. Cela ouvre à une nouvelle perspective sur l'explication des pathologies qui surgissent et se façonnent dans un contexte interactif, dans lequel les états affectifs de l'enfant sont ressentis comme menaces/échecs de la régulation de la relation et donc de l'organisation du Soi.

En fait, les défenses sont des mécanismes construits dans un contexte interpersonnel spécifique qui protègent l'enfant de la vulnérabilité et de la désorganisation.

« Les processus fondamentaux gouvernant les interactions non-verbales restent les mêmes tout au long de la vie. » (Beebe, Lachmann, 2002, p. 20) Qu'arrive-t-il, par exemple, quand dans une relation l'enfant a un sentiment particulier ou un état d'esprit particulier ?

- La mère réagit envers l'enfant.
- L'enfant observe et réagit vers elle à la réponse de la mère.
- Cela active une simulation automatique de la réponse de la mère dans l'esprit de l'enfant.
- La réponse de la mère est congruente = améliore le lien et l'enfant développe un sens du Soi.
- La réponse de la mère n'est pas adéquate = la simulation de la réaction maternelle de l'enfant est déconnectée du Soi et menace son intégrité. Le Faux-Soi se développe.
- L'enfant introduit dans son faux Soi des réactions qui ne correspondent pas à son vrai Soi (Ballardini, matériel pédagogique pour Siab).

« Les expériences affectives et interpersonnelles qui se sont montrées concluantes d'un point de vue affectif et qui ont eu lieu au bon moment sont encodées sous une forme implicite et procédurale et peuvent contribuer aux espoirs de l'enfant et de l'adulte d'être compris, être dans la réciprocité ou être sur la même longueur d'onde avec l'autre personne ». (Beebe, Lachmann 1988)

Dans cette perspective, l'intervention thérapeutique est conçue comme une technique appelée à aider le patient-client à reconnaître les schémas d'interaction sur la base desquels il a construit son identité, afin de parvenir à la compréhension cognitive-affective des origines de ces schémas, leurs fonctions et le processus des peurs sous-jacentes qui les maintiennent.

La relation thérapeute-patient, de neutre et aseptique, est, de manière incroyable, devenue une relation intersubjective, une relation de personne à personne

(Rogers, 1961). L'intersubjectivité, qui favorise le développement en psychothérapie, est l'aptitude du thérapeute à être à la fois un « contenant » qui accepte et accueille le patient-client pour ce qu'il/elle est en lui faisant miroir selon ses aptitudes empathiques, et aussi un thérapeute capable de poser des limites et des frontières qui ne seront pas perçues comme des jugements ou comme désorganisantes par le patient, mais comme des frontières rassurantes et flexibles à l'intérieur desquelles le Vrai-Soi pourra surgir. La création sécurisée d'un environnement relationnel chaleureux sont des éléments indispensables pour permettre à l'autre de développer un système mental de traitement, afin d'aborder l'existence d'une manière plus fonctionnelle et de construire des limites flexibles qui deviennent des aptitudes à répondre de manière appropriée aux mouvements de la vie. *Lorsque nous perdons nos frontières, nous percevons les autres comme intrusifs.* Le manque de limites peut nous rendre plus ouverts mais aussi plus vulnérables et impuissants, nous exposant aux jugements des autres. Des limites claires, authentiques et actives nous donnent la liberté dans le processus d'autodéfinition de notre identité. Dans le langage de Kaës, « Non l'un sans l'autre ni sans le tout qui les constitue et les contient, l'un sans l'autre mais dans le tout qui les rassemble. (p. 6)

Le corps comme contenant

L'Analyse Bioénergétique part du principe que le contenant de l'intersubjectivité est le corps : le champ dans lequel deux sujets vibrent au travers de leurs expériences émotionnelles incarnées physiquement. La relation est ressentie au travers du corps, perçue par le corps. C'est en effet au travers du contact corps à corps, peau contre peau, que l'enfant commence à apprendre les premiers schémas de communication et de compétences qui lui permettent d'interagir avec l'environnement et qui l'accompagneront durant toute sa vie.

La capacité du thérapeute à « être » dans son propre corps est une condition sine qua non afin de rester avec l'autre, étant donné que le patient-client ne réagit pas seulement à ce que le thérapeute « dit », mais aussi au ton de sa voix, sa manière de le/la regarder, ses mouvements. Ces éléments sont essentiels dans le décor pour permettre au patient de se sentir en sécurité dans une relation. Du point de vue de l'Analyse Bioénergétique, donner une attention de base à l'intersubjectivité signifie mettre l'accent sur les aspects de la mémoire procédurale encodée dans le corps du patient afin de faire renaître un potentiel pour de nouveaux contacts et de nouvelles relations.

« Lorsque cette sorte d'amour mutuel est mis en œuvre avec vos clients, un mouvement spontané du corps commence en eux. Ce mouvement est l'expression du Vrai-Soi incorporé, lequel réapparaît dans l'environnement

grâce au contact. Leur « non » commence à se changer en « oui » envers eux même et la vie. Au début ce « oui » peut n'être rien de plus que le doigt d'un enfant qui explore le contact de votre main, une respiration qui soudainement vient de la détente du diaphragme, un tremblement des lèvres, comme une indication de la succion précédemment refoulée. » (Hilton, 2007)

L'intersubjectivité et l'analyse bioénergétique

Les aspects intersubjectifs ont toujours été implicitement présents en l'Analyse Bioénergétique, laquelle, de l'héritage du travail de Reich, a dès le début considéré que l'apprentissage de la personne commençait à partir de sa relation avec un aidant. Il est évident que l'Analyse Bioénergétique tira un gros avantage de sa capacité de réfléchir à ces interactions d'une manière plus riche et plus articulée. Principalement, la partie que nous avons été capable de développer en tant qu'Analyste Bioénergéticien est la manière dont les aspects émotionnels de l'anatomie sont reflétés et s'influencent à l'intérieur d'une relation. L'utilisation des techniques ne peut être séparée d'un travail de transformation significatif à l'intérieur de la relation parce qu'elle met en lumière sur les émotions validées à l'intérieur de la relation elle-même et permet à la personne de les réutiliser au travers d'un processus d'ajustement mutuel. Les deux processus, intrapsychique et corporel, existent simultanément et peuvent enrichir et combler les déficiences de l'autre d'une perspective théorique et pratique. Ceux-ci sont des processus qui s'incluent l'un l'autre plutôt que de s'exclure. (Finlay, 1999) L'attention à l'intersubjectivité est, dès lors, une dimension qui a transformé, au fil des années, la pratique de l'Analyse Bioénergétique « classique » qui était plus difficile, en ce sens qu'elle était presque entièrement centrée sur l'aspect énergétique.

Aujourd'hui nous travaillons sur le corps avec une nouvelle compréhension de « ce qui est approprié », prenant en compte les différentes étapes du développement et le type de trauma, croyant fermement que c'est uniquement au travers du contact et d'une pleine conscience du corps de l'un qu'on peut rencontrer l'autre (ibid.) Afin de rencontrer l'autre, sans se fondre et se confondre avec lui, nous devons avoir une perception claire de nos limites : notre « Oui ou Non à la vie » alors émerge de notre sensation d'avoir des limites bien définies et cependant ouvertes et flexibles.

Les limites et la bioénergétique

Dans le processus permanent du diagnostic et dans le travail thérapeutique, il devient de plus en plus important d'être capable non seulement de faire des dia-

gnostics fondés sur l'observation du patient, ce qui nous garde proche de lui, bien que le diagnostic soit extérieur à la dyade, (pour nous, en tant qu'Analystes Bio-énergéticiens, l'observation est aussi fondée sur le corps) mais nous devons aussi faire attention à la manière dont nous vibrons à la présence du patient. Ceci est nécessaire afin d'identifier lequel, parmi les objets internalisés du client, vit à travers nous. Il est également crucial de comprendre les modèles d'attachement présents depuis la première séance. Nous cherchons à savoir si le/la patient(e) dans son histoire a été capable de construire des limites qui définissent son identité sans l'emprisonner ou s'il y a des brèches dans ces délimitations, ou encore si ces limites sont absolument insuffisantes pour mener une vie saine. Les schémas d'attachement et les limites sont deux choses différentes, évidemment, mais ils sont fortement liés car ils font partie de l'histoire individuelle du patient. En termes bioénergétiques, le concept de limite est l'interface de la charge énergétique créée entre le mouvement de l'enfant et la réponse appropriée du parent. Si la réponse du parent était « suffisamment bonne », la limite se renforcera mais sera aussi plus sensible. Les limitations essentielles se forment au cours des six premières années de vie. Une fois formée, la limite saine fournit un courant régulier de pulsation qui part du centre vers la périphérie et vice versa.

Limites faibles et limites cuirassées

Les limites peuvent être rigides ou faibles. Les flux d'énergie qui circulent dans le corps sont visibles à l'apparence et à la couleur de la peau, la brillance des yeux, la spontanéité des gestes et la tonicité ou la relaxation des muscles. Des limites faibles, poreuses, trop flexibles sont ce que nous pouvons définir comme une enveloppe « faible », ce qui signifie qu'elles sont facilement submergées par nos sentiments ou ceux des autres.

Au sujet des limites, Alexander Lowen souligne deux mécanismes de défense du type schizoïde : le mécanisme de « retrait-effondrement » menant à ce qui est appelé schizoïde « flasque », et le mécanisme de « tenir-ensemble » qui mène au schizoïde rigide. Le corps du schizoïde « flasque » est similaire à celui de « l'enfant mou ». Il est souvent en surpoids (une façon, peut-être de se donner à lui-même des limites), la peur d'être annihilé le pousse vers l'effondrement et le désorganise. Afin de ne pas se sentir persécutés, de nombreux individus développent une compensation narcissique. L'opposition, le « NON » qui n'est qu'une conséquence de l'effondrement, est à la fois musculaire et psychologique. C'est une façon d'éviter de se charger d'énergie et de retenir cette charge. Les individus qui manquent de charge énergétique sont inévitablement aliénés. Toutefois, nous pouvons avoir des limites faibles car trop rigides, inflexibles, impénétrables pour les autres et pour nos propres sentiments. Ces limites peuvent être appelées « cuirassées » et sont typiques des narcissiques.

Un traitement pour des limites saines

Pour établir des limites saines, nous avons besoin simultanément de renforcer nos impulsions fermes et agressives et d'abandonner certaines de nos défenses. Dans les paramètres de l'Analyse bioénergétique, nous travaillons à partir de cinq éléments fondamentaux afin de construire ces limites :

- l'enracinement
- le contact
- la charge/le contrôle
- la soumission à la réalité corporelle et la confrontation à nos peurs
- le développement corporel/émotionnel et l'augmentation du plaisir (Ballardini, matériel pédagogique pour la SIAB)

Dans ce cas, le principal travail en Analyse Bioénergétique sera de construire une relation significative, capable de réparer, nourrir et soigner, mais, par-dessus tout, de permettre à l'autre, au travers du mouvement, d'apprendre une nouvelle façon de charger et conserver son énergie afin de tolérer son existence et ses contacts avec les autres.

La métaphore de « ressentir » utilisée dans le traitement d'Analyse Bioénergétique signifie être capable de crier son « non » et de vivre complètement l'abandon au contact. Grâce aux types de caractères décrit par Lowen, nous pouvons observer la manière dont chaque personnalité organise ses propres limites, et quelles techniques corporelles peuvent aider l'individu à rompre la rigidité de ce caractère et de ces muscles ainsi que réellement faire face à la rencontre avec l'autre. Dans l'esprit d'un bon thérapeute bioénergéticien, il doit être clair que la technique et le mouvement ne peuvent pas remplacer sa capacité à contenir et accepter la souffrance psychique sans prendre ses distances (mode d'évitement) ni être happé par celle-ci (mode ambivalent). Un thérapeute efficace fait usage de ses « oui » et « non » en harmonie avec l'autre dans la danse thérapeutique.

« Le point culminant du processus survient (...) dans la séance thérapeutique lorsque le patient et le thérapeute en arrivent au point d'être capable de se percevoir comme des « individus » qui se rencontrent (et) découvrent que leurs cœurs battent au même rythme et que leurs corps vibrent à l'unisson, et cela (...) peut se produire grâce au contact visuel ou d'autres formes de contacts. » (Lowen, 1994, p. 117)

Résumé

Dans les premiers stades de la vie de l'enfant, le regard de la mère est essentiel. Il peut s'agir d'un regard qui le fait se sentir accueilli et accepté dans le monde,

ou qui peut l'effrayer, menaçant alors sa « motivation » à survivre. Ce regard, ainsi que les autres manières d'entrer en contact avec le nouveau-né (le toucher, l'étreindre, le réconforter), portent des messages non verbaux importants avec lesquels l'enfant apprend à ajuster ses états émotionnels, constituant ainsi une partie fondamentale de la mémoire implicite. Dans l'article, commençant par une présentation des études récentes sur l'intersubjectivité, l'auteure montre comment des études menées à partir de recherches sur le nourrisson et des neurosciences semblent valider les connaissances intuitives de Reich et Lowen, explorant les problèmes des limites, qui peuvent être considérées comme « l'interface énergétique » des caractères.

Références

- ATWOOD, G., STOLOROW, R. (1984), *Structures of Subjectivity : Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*, Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
- BEEBE, B., & LACHMANN, F. (1988), The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic Psychology* vol.5.
- BEEBE, B., LACHMANN, F. (2002), *Infant Research and adult treatment : Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
- BOWLBY, J. (1978), *Attachment and Loss*, Vol. 1, New York : Basic Books.
- FINLAY, D. J. (1999), A Relational Approach To Bioenergetics. *Bioenergetic Analysis* 10, 2.
- HILTON, R. (2007), *Relational Somatic Psychotherapy : Collected Essays of Robert Hilton*, Bioenergetics Press.
- KAES, R. (2009), *Les alliances inconscientes*. Malakoff : Dunod.
- LOWEN, A. (1970), *Pleasure : a creative approach to life*. London : Penguin Books.
- LOWEN, A. (1971), *The Language of the Body*. New York : MacMillan.
- LOWEN, A. (1975), *Bioenergetics*. New York : Coward, McCann & Georgehegan.
- LOWEN, A. (1977), *The way to vibrant health*. New York : Harper Colophon Books, Harper Row.
- LOWEN, A. (1980), *Fear of life*. New York : MacMillan.
- LOWEN, A. (1994), *Joy : Surrender to the body and to life*. New York : MacMillan.
- LOWEN, A. (2004), *Honouring the Body*, Bioenergetic Press, Alachua, Florida.
- REICH, W. (1934), *Charakteranalyse*, New York :Orgone Institute Press.
- REICH, W. (1942), *The Function of the Orgasm*. New York : Orgone Institute Press.
- REICH, W. (1942), *Children of future*, New York : Orgone Institute Press.
- ROGERS, C. R. (1961), *On Becoming a Person*. Boston : Houghton Mifflin.
- SCHAFER, H. R., (1977), *Studies in Mother-Infant Interaction*. London : Academic Press
- SCHORE A. N. (1994), *Affect regulation and the Origin of the Self*, Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- SCHORE, A. N. (2003 a), *Affect Dysregulation and the Disorders of the Self*. New York : W.W.Norton & Company
- SCHORE, A. N. (2003 b), *Affect Regulation and Repair of the Self*. New York : W.W.Norton & Company

- STERN D.N. (1971), A microanalysis of mother-infant interaction. *J.Amer. Acad. Of Child Psychiatry*
- STERN D.N., HOFER, L., HAFTW, DORE, J.(1985), Affect attunement : the sharing of feeling states between mother and infant by means of intermodal fluency. *Social Perception in Infants*, ed. T. Field, N. Fox. Norwood, NJ : Able.
- STERN D.N. (1985), *The interpersonal World of the Infant*. New York : Basic Books.
- STERN D.N. (2000), Putting time back into our considerations of infant experience : a microdia-chronic view. *Infant Mental Health Journal*, vol.21.
- STERN, D.N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York : W.W.Norton & Company.
- TRONICK, E. (2007), *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. New York : W.W.Norton & Company.
- TRONICK, E., ALS, H., ADAMSON, L. B., WISE, S., BRAZELTON, T. B. (1978), The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17.
- TRONICK, E., GIANINO, A. (1986), Interactive mismatch and repair : Challenges to the copy infant. *Zero to Three : Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 5.
- TRONICK, E. (2002), *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. New York : Norton & Company.
- WEINBERG, M. K., & TRONICK, E. (1996), Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face. *Child Development*, 65.
- WEINBERG, M. K., TRONICK, E., COHN, J. F., OLSON, K. L. (1999), Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 35.

Biographie de l'auteure

Patrizia Moselli, psychothérapeute, directrice du SIAB (Société Italienne d'Analyse Bioénergétique) et ancienne présidente de la FIAP (Fédération Italienne des Associations Psychothérapeutiques), membre du BOT du SIPSIC (Société Italienne pour la Psychothérapie), formatrice internationale du IIAB (Institut International d'Analyse Bioénergétique), membre de la Faculté et membre du BOT (IIAB). Elle est également une formatrice expérimentée dans l'approche centrée sur la personne. Elle travailla avec Carl Rogers pour faciliter les groupes de rencontres interculturelles en Italie, Irlande et Hongrie. Auteure du livre « Il guaritore ferito. La vulnerabilità del terapeuta » (dernière réimpression en 2015) sur le contre-transfert. Coéditrice de l'ouvrage « Dimensioni cliniche e modelli teorici della relazione terapeutica » (2009). Éditrice de « Il nostro mare affettivo. La psicoterapia come viaggio » (2010). Elle collabore, en tant qu'auteure, au « Dizionario Internazionale di Psicoterapia » édité par Salvini et Nardone (2013). Beaucoup de ses essais sont publiés dans des magazines italiens et internationaux, et elle est également l'auteure de plusieurs articles scientifiques.

Contenir, soutenir et être réceptif

Des défis somatopsychiques

Scott Baum

Traduit par Daisy Rassart et Réjean Simard

Résumé

Cet article traite de certains principes relatifs à l'organisation de l'espace psychothérapeutique. Il s'agit de principes centraux et fondamentaux, nécessaires pour que cet espace fonctionne correctement. Parmi ceux-ci, on retrouve : la primauté du bien-être du patient, la capacité du thérapeute à mettre en priorité le ressenti du patient, la nécessité pour le thérapeute d'être polyvalent en ce qui concerne les dynamiques de soutien et d'engagement ainsi que d'avoir une bonne compréhension des dynamiques de sa propre personnalité et de la façon dont celles-ci pourraient s'immiscer dans l'espace thérapeutique, de savoir quand cela peut s'avérer dangereux et que faire lorsque l'intrusion est destructrice.

Une perspective dérivée de principes de l'analyse bioénergétique s'est montrée utile dans l'élaboration des dynamiques de l'espace thérapeutique. Cet article décrit également les défis liés aux conditions nécessaires pour l'établissement d'un environnement fondé sur ces principes. Cette construction exige beaucoup des thérapeutes. À la fin de cet article, je suggérerai que le fait de faire face à ces défis, ainsi que le travail nécessaire pour les rencontrer, offrent un modèle pour la psychothérapie ainsi que pour les relations humaines en général.

Mots-clés : contenir ; environnement soutenant ; réceptivité du thérapeute ; analyse somatopsychique ; espace thérapeutique

Introduction

Étude de cas

Une supervisée du programme de formation en analyse bioénergétique en Chine, me parle de son patient. Les raisons pour lesquelles il consulte son thérapeute à ce

moment donné sont assez vagues. Il veut sentir son corps, ce qu'il ressent à l'intérieur de lui-même, de manière immédiate et complète. La thérapeute m'explique qu'il lui rappelle instantanément un ami, que nous connaissons tous les deux également, un homme très tendu, très renfermé sur lui-même, même lorsqu'il est en contact avec une autre personne, et dont la mère s'est suicidée lorsqu'il était jeune, tout comme la mère de ce patient.

Ce patient est venu voir cette thérapeute pour qu'elle lui fasse profiter d'une approche psychothérapeutique qui utilise également des techniques découlant d'une compréhension de la relation subtile entre la structure somatique et le processus thérapeutique en lien avec la structure psychique et ce même processus.

En l'observant, la thérapeute voit un homme vers la fin de la trentaine, grand et mince. Ses épaules sont voutées, penchées en avant, son ventre proéminent, et ses jambes, dont les genoux sont bloqués, sont raides. Son épaule gauche est visiblement plus haute que la droite. Sa tête et son cou sont enfoncés vers l'avant, de telle manière que la thérapeute compare cela à un « cou d'oie ». De manière générale, il donne l'impression de quelqu'un qui lutte pour ne pas s'effondrer.

La thérapeute lui propose des mouvements et des postures bien connus des thérapeutes bioénergéticiens afin d'intensifier l'enracinement, censés améliorer son contact avec lui-même et avec son environnement. L'objectif est de répondre à la demande du patient, à savoir de sentir davantage sa propre personne et la réalité autour de lui. Sa réaction à cette expérience de lui-même se tenant dans une posture plus alignée, activant ainsi des systèmes musculaires qui sont constamment flasques, est d'être rempli d'énergie, et en même temps bouleversé par les plus petits effets de ces mouvements lents.

Il se renferme et devient silencieux. La thérapeute lui demande ce qu'il ressent ou pense. Il répond qu'il envisage de mettre fin à la thérapie parce qu'il ne fait aucun progrès. Rien ne change. Il ajoute que, lorsqu'il se tient debout et sent le sol sous lui, il veut se sentir comme un « coq », posséder l'agressivité et l'audace de cet animal et non souffrir de l'énorme pression qu'il ressent sur ses épaules et sa nuque.

La thérapeute m'explique la difficulté qu'elle éprouve à cet instant, ne sachant choisir entre ce qui appartient au patient ou ses propres enjeux, parmi lesquels est incluse une certaine colère envers le patient. La colère ressentie par la thérapeute est le résultat du rejet de ses soins et de son aide par le patient. Nous discutons longuement à savoir si c'est le travail du thérapeute « d'amener » le patient à prendre, accepter ce qui lui est offert. Nous parlons également de la difficulté de prendre soin de quelqu'un et de vouloir que cette personne se sente mieux et devienne plus forte, et d'accepter que le thérapeute ne puisse, en réalité, ne pas y parvenir.

Je suggère à la thérapeute que la colère ressentie pourrait être composée de deux éléments. Le premier est une identification projective : le patient a parta-

gé à la thérapeute la colère de ne pas en avoir fait assez pour ses parents (ceci correspond à des données que nous avons déjà à son sujet), et que ce qu'il leur a apporté en tant qu'enfant ne les a pas fait se sentir mieux. Le second élément est la frustration ressentie par la thérapeute de ne pas être accueillie et appréciée. Nous discutons ensuite de la manière dont le premier vecteur de colère peut se révéler utile afin de partager la mise en place de ce processus relationnel avec le patient. Le second vecteur appartient à la thérapie personnelle de la thérapeute : elle éprouve du ressentiment et de la colère à l'égard de ceux qui auraient dû s'occuper suffisamment d'elle pendant son enfance, ce qu'ils n'ont pas fait.

Au cours de la séance, la thérapeute répond correctement et de manière très efficace aux besoins du patient. En réponse à ses plaintes suivant les interventions actives, la thérapeute lui expliqua qu'il s'était tenu dans ces schémas somatiques rigides pendant très longtemps et que les briser ou y faire face générerait de l'inconfort. Il est alors difficile pour lui de ressentir les changements comme naturels. Il répondit à cela qu'il n'était pas prêt à faire face aux sentiments qui suivent ces mouvements et ces changements de posture. Il décrivit un sentiment de nausée trop intense au point qu'il a de la difficulté à l'endurer.

Il fit le lien entre la nausée et ses sentiments envers sa mère. Il fit mention d'une femme avec qui il est ami depuis une dizaine d'années qui « a aussi souffert de sa famille ». Elle a un bébé et, en parlant avec elle, il se rendit compte que « ces deux premières années que l'on passe à écouter sa mère parler, en lien avec la proximité physique de sa mère, est ce qu'on appelle la langue maternelle. Si vous n'obtenez pas cet attachement, vous ne pouvez pas développer un sens d'identité ». Il expliqua que ceci lui fit comprendre ce qui lui avait manqué.

Sa thérapeute et moi-même discutâmes longuement de ce qu'impliquait le travail de thérapeute. Jusqu'à maintenant, nous en sommes arrivés à ceci : **le travail du thérapeute est de créer un espace dans lequel ce patient peut se sentir lui-même, aussi profondément et complètement qu'il le peut et le souhaite. Dans cet espace, le patient peut créer une relation avec lui-même et avec le thérapeute, bénéficiant d'une liberté maximale pour l'expression personnelle, la possibilité de se reconnaître lui-même tel qu'il est dans le moment présent, et de se développer autrement, sous des nouvelles façons d'être.** Le thérapeute l'accompagne dans ce processus, et organise l'espace en suivant les lignes directrices de principes très spécifiques.

Cet article traite de certains principes présentés dans cette étude de cas. Ces principes centraux et fondamentaux sont nécessaires pour l'organisation de l'espace thérapeutique. Cet article décrit également les défis soulevés par les conditions nécessaires pour l'établissement d'un environnement fondé sur ces principes. Cette construction exige beaucoup des thérapeutes. À la fin de cet article, je suggérerai que le fait de faire face à ces défis, et le travail nécessaire pour y arriver, constituent un modèle pour la psychothérapie ainsi que pour les relations humaines en général.

L'environnement soutenant

Dans la pratique de la psychothérapie actuelle, contenir, soutenir, et être réceptif à l'autre sont des concepts qui décrivent les fonctions de base du processus thérapeutique. Ces termes sont souvent utilisés de façon figurative, laissant beaucoup de place à l'interprétation, ce qui permet d'y inclure divers éléments importants. Cependant, il arrive que l'utilisation d'un terme ne soit pas assez claire ou spécifique pour que l'on soit certain que les différents utilisateurs veulent effectivement dire les mêmes choses. Ceci est particulièrement important car, comme il sera suggéré dans cet article, ces termes font référence à des éléments essentiels pour la construction de l'environnement thérapeutique. Parmi les éléments inclus dans cette construction, on retrouve les caractéristiques de l'espace, autant matériel que conceptuel, ainsi que les caractéristiques de la relation thérapeutique, incluant celles du thérapeute. La méthode utilisée en analyse bioénergétique pour comprendre le processus psychothérapeutique inclut l'observation des forces énergétiques en action à l'intérieur des personnes et entre elles, et traite aussi des phénomènes psychiques et interpersonnels comme des événements observables dans les processus et les structures somatiques. Par conséquent, cette méthode propose un prisme très utile pour observer la signification concrète de ces concepts et de leur fonctionnement dans le contexte psychothérapeutique.

Une façon parmi d'autres d'organiser le groupe de concepts et les fonctions décrites par les termes « contenir », « soutenir » et « être réceptif », est de les placer dans la catégorie des éléments qui composent un environnement soutenant. Le concept d'environnement soutenant fut développé par Donald Woods Winnicott (1958) afin de décrire la relation entre la mère et l'enfant, dont les qualités peuvent être reproduites dans des relations ultérieures. Si l'environnement soutenant initial était déficient d'un point de vue émotionnel et psychique, ce schéma sera répété dans la relation psychothérapeutique. Si le thérapeute favorise le développement d'un environnement plus sain et plus constructif que la relation parents-enfant originelle, cette situation engendre alors une possibilité de guérison.

Le cadre conceptuel représenté par l'idée d'un environnement soutenant s'est introduit dans la conscience de psychothérapeutes de diverses orientations (voir Mitchell et Black (1995), pour un développement de cette idée et de sa prévalence dans le domaine de la psychothérapie). Dans une certaine mesure, ce concept a été accepté par le public, et c'est également le cas d'une idée plus générale concernant l'importance des processus d'attachement dans la formation de la personnalité des individus, prenant naissance à l'époque contemporaine, grâce au travail de Benjamin Spock (1946), docteur en médecine. Son ouvrage sur le développement du bébé et les relations de la petite enfance est un des livres les plus lus au monde.

L'attachement forme une matrice dans laquelle une personne est ancrée, qui permet (ou entrave) le développement ainsi que l'émergence de la personnalité de

l'individu. Cette perspective sur les processus formatifs, dont la dimension somatopsychique, expliquée en détails par Stanley Keleman (1985) et le rôle particulier des relations de la petite enfance, sont le produit de nombreuses influences et de nombreux théoriciens. De nos jours, les psychothérapeutes d'orientation psychodynamique acceptent généralement que l'élément clé de la guérison, dans le processus thérapeutique, est la relation thérapeutique entre chaque thérapeute et son patient. Cependant, la signification exacte de cette idée reçue reste vague. Il existe un consensus général sur certains éléments qui devraient être absolument présents dans l'environnement thérapeutique, puisqu'ils émanent de la relation thérapeutique, mais il y a peu d'explications et de détails spécifiques sur la nature de ces éléments ou sur les raisons pour lesquelles ils fonctionnent. Cet article tente d'organiser certaines de ces caractéristiques de la relation thérapeutique, qui prennent place dans l'environnement soutenant, et qui lui permettent de fonctionner comme matériau pour la guérison et le développement de la personne. Je vais également clarifier certains des défis mis en jeu, partant du principe que les idées actuellement acceptées, en ce qui concerne la nature et la fonction de la relation, sont correctes.

Une matrice primaire

Une étudiante faisant partie d'une classe d'art-thérapie à laquelle j'enseignais fit un commentaire qui ouvrit une porte vers une compréhension plus profonde de la relation psychothérapeutique que celle que j'avais précédemment, ou que celles que j'avais entendues auparavant. Elle me dit qu'elle pensait que la psychothérapie était un développement évolutionnaire apparu en réponse à la forme particulière de guérison possible dans l'environnement créé par cette pratique. Son commentaire me poussa à réfléchir à ce qui rendait l'environnement de psychothérapie unique, et de quelle manière ce caractère unique pourrait faire partie intégrante de sa fonction, et, comme je le vois aujourd'hui, de son succès.

La relation psychothérapeutique n'est pas seulement une meilleure version d'autres relations, en particulier des relations parentales. **Dans la relation entre le patient et le psychothérapeute, le patient est toujours, et sera toujours, au centre du processus. Il n'existe aucune autre relation dans laquelle un partenaire est le centre d'attention absolu, et dans le cas où une telle relation existerait, elle ne serait absolument pas saine.** Dans toutes les autres relations humaines, il est essentiel que la relation soit explicitement mutuelle. Donner et recevoir sont des fonctions réciproques. L'interdépendance requiert que les besoins des deux parties (ou plus), composant la relation interpersonnelle, soient pris en considération et que ces besoins soient comblés de manière appropriée.

La relation psychothérapeutique est une invention humaine, comparable à une chambre hyperbare. Une installation dans laquelle une personne est placée et

dans laquelle sont créées des conditions de saturation d'oxygène et de pression atmosphérique qui n'existent pas sur terre à l'état naturel. Ces conditions favorisent la guérison de certains problèmes de santé difficiles à traiter autrement, tels que les accidents de décompression ou les brûlures sévères.

De la même manière, la psychothérapie n'est pas une meilleure version de relations précédentes, ni une version idéale des relations ou quelque parangon. Il s'agit d'un type de relation unique que nous avons créé dans l'optique de réparer les dommages causés par d'autres relations. Le principe primordial de ce caractère unique est la priorité mise sur le bien-être du patient, de son autonomie, de son autodétermination et de son rôle central au cœur de la relation.

Il n'est pas naturel d'être au centre d'une relation pendant si longtemps (comme c'est le cas en psychothérapie) sans que les sentiments et besoins du partenaire (le thérapeute) ne doivent être pris en considération dans les décisions, par rapport au patient, en ce qui concerne ses actions dans la matrice de l'attachement.

Les recherches sur les nourrissons nous ont démontré le caractère crucial de la mutualité qui façonne les relations saines dans la petite enfance, même au tout début (Bowlby 1969). Il n'y a pas un seul instant où le nourrisson et ses parents ne forment pas une paire, et où la « danse » n'inclut pas les deux partenaires. Pour bien danser, avec créativité, passion et joie, de façon constructive, les deux partenaires doivent être conscients l'un de l'autre, des besoins de chacun, des limites, de ce qui a besoin d'être satisfait et de ce qui est comblé. Cet aspect de la danse n'est explicitement pas nécessaire en psychothérapie.

La relation créée à la fois par le patient et le thérapeute permet précisément au patient d'occuper la place centrale de la relation de multiples façons et aussi longtemps que cela est nécessaire pour parvenir à la guérison. Ainsi, le thérapeute ne peut en aucun cas empiéter sur le centrage sur le client pour une raison non nécessaire au maintien de la relation (frais, rendez-vous, etc.) et certainement pas pour combler les besoins d'amour, d'adoration, d'admiration, du thérapeute, ou son désir d'être suivi, servi, d'être pris en charge, ou de prendre la place centrale de toute autre manière.

Il s'agit là de l'abstention à laquelle le thérapeute doit souscrire afin de créer cet environnement unique que nous avons fini par appeler, sommairement, « l'environnement soutenant ». Une fois que cet environnement particulier est établi, les actions thérapeutiques de la psychothérapie peuvent se mettre en place. Parmi ces actions, nombreuses sont celles qui sont englobées sous la rubrique générale d'environnement soutenant. Cependant, ces actions dynamiques spécifiques possèdent chacune leurs propres structures et effets énergétiques. Par exemple, l'amour et le respect ne constituent pas les mêmes forces émotionnelles et énergétiques. Ainsi chacun des différents éléments dans l'environnement soutenant thérapeutique ne sont donc pas les mêmes. Grâce à l'attention qu'elle porte sur les processus énergétiques et à son approche pointue de la compréhension des processus somatopsychiques, l'Analyse Bioénergétique nous donne les outils nécessaires

pour examiner de plus près la nature et le fonctionnement de ces éléments thérapeutiques et de leurs actions.

Être incarné

À présent, il semble nécessaire de se demander quel est l'objectif de la psychothérapie. Dans les formes récentes de la psychothérapie, l'accent fut tout d'abord mis sur le fait de se libérer de la répression et de laisser libre court à l'autonomie personnelle. Cette nouvelle façon de faire est liée aux changements politiques dans la civilisation occidentale, changements qui commencèrent lors du siècle des « Lumières ». Plus récemment, le centre d'intérêt s'est déplacé sur l'anxiété et la réduction de la souffrance, ainsi que sur les possibilités de ressentir des sentiments positifs.

Une façon de synthétiser ces deux positions est le concept « d'être incarné. » Ce concept est un autre exemple de la difficulté que nous avons à définir de façon plus spécifique la compréhension conceptuelle et expérientielle, bien que nous sachions d'une certaine manière, implicitement, ce que nous voulons exprimer. En Analyse Bioénergétique actuellement, « être incarné » se réfère à la capacité de soutenir des ressentis émotionnels profonds et des expressions émotionnelles intenses. Dans ce contexte, **ce terme renvoie à la structure et aux capacités somatopsychiques d'une personne à contenir cette expérience profonde et à pouvoir l'exprimer puissamment. C'est en effet ce qui permet à l'expérience de s'intégrer et de se transformer.** L'espace thérapeutique rend possibles les associations libres venant du corporel, ainsi que le suivi du processus d'un individu de manière très attentive, sans jugement, en acceptant tout ce qui peut survenir.

À partir du moment où la possession de soi est possible par l'éprouvé corporel, le choix est possible, et les options pour le soulagement de la souffrance, si elles existent, peuvent être choisies. Dans cette perspective, l'une des choses que la psychothérapie fait est de faciliter la capacité d'un individu à s'ancrer dans la réalité. Cela signifie être capable de ressentir et faire l'expérience des choses aussi profondément que possible, d'élargir la conscience et la compréhension que l'on a de soi-même, mais également de son environnement, et d'utiliser l'information disponible, autant qu'il nous est possible de la tolérer et de nous immerger dedans.

Grâce à cette vue générale de la psychothérapie, nous pouvons nous pencher sur les manières dont un environnement soutenant crée et maintient un espace dans lequel ce projet peut être entrepris. Le prochain point de cet article implique une analyse des éléments qui constituent un tel environnement. Il n'est pas dans mon intention d'épuiser la question. Au contraire, il s'agit du commencement d'une investigation s'appuyant sur les outils employés en analyse bioénergétique dans le but d'éclairer les éléments à la fois structurels et procéduraux qui font de l'environnement soutenant l'enveloppe thérapeutique, et d'expliquer pourquoi

cela fonctionne de cette manière. J'espère que d'autres apporteront leur contribution à cette étude.

Jusqu'ici, mon analyse m'a amené à diviser les éléments fonctionnels d'un environnement soutenant en trois catégories plus générales, que j'ai nommées la capacité de contenir, le soutien et la réceptivité. Chacune de ces fonctions possède des dimensions structurelles et procédurales. Cela signifie qu'il y a des aspects de chacune de ces fonctions qui sont bâties dans un environnement soutenant performant, et que ce sont des parties dynamiques qui sont comportementales et qui sont exécutées par le thérapeute.

I. Contenir

Contenir englobe tous les éléments de l'espace thérapeutique qui contribuent à son effet thérapeutique. Cette utilisation du terme n'a aucun rapport avec la modulation, la suppression, la restriction ou la régulation de l'affect. Elle est liée aux éléments constitutifs en termes matériels concrets, éthiques et professionnels, ainsi qu'aux caractéristiques du thérapeute et de l'environnement thérapeutique. **D'une perspective bioénergétique, l'espace du thérapeute est une extension de son corps. Il est conçu pour contenir, ou, autrement dit, pour entourer et pour soutenir des expériences émotionnelles intenses et profondes du Soi.** Certains des éléments qui composent un cadre psychothérapeutique performant sont communs à toutes les modalités psychothérapeutiques.

Ia. Éléments communs

Parmi les éléments communs, on retrouve les éléments structurels d'un espace physique privé et sécurisant, ainsi que les éléments professionnels et éthiques tels que la confidentialité et l'établissement d'une relation selon les conventions habituelles. Il s'agit d'un engagement fondé sur la foi et la confiance que le patient a en son thérapeute, que celui-ci sera centré sur son patient et que les intérêts de ce dernier sont prioritaires. En outre, certaines caractéristiques du thérapeute sont requises pour que le cadre fonctionne correctement, comme une attitude exempte de jugement, ainsi que la capacité à respecter et apprécier le patient en tant que personne autonome. En Analyse Bioénergétique, ces caractéristiques s'étendent à un espace physique, où prennent place des expressions parfois bruyantes et inhabituelles selon les standards de la psychothérapie psychodynamique. Elles incluent également des interventions physiques émotionnellement évocatrices qui requièrent que le thérapeute maîtrise la technique des contacts physiques directs et soit tolérant aux expressions émotionnelles qui peuvent s'ensuivre, en découler.

Un exemple clinique de ce que je veux dire par cette idée de contenir provient de ma propre psychothérapie. Voici un passage de ma thérapie longue de plusieurs années avec Michael Eigen. Un jour, il y a de cela des années, j'étais sur le lit dont il se servait à l'époque comme divan pour ses analyses, et j'étais en proie à une tension insoutenable au niveau de la nuque. C'était comme une force démoniaque et dérangeante tapie dans mon corps. Elle l'emportait sur moi, comme elle l'emporte encore aujourd'hui. J'ai dit à Mike : « **J'aimerais que tu tiennes ma tête afin que je puisse crier.** » Il m'a répondu : « **J'aimerais aussi.** ». C'était un moment extrêmement important pour moi. Il ne niait pas la validité de cette manière de procéder. Il m'exprimait avec honnêteté, de ce que j'en ai compris, quelles étaient ses limites, ce que je pouvais tout à fait accepter. Ses limites signifiaient que je devais faire ce travail d'expression forte, sonore, émotionnellement intense, travail qui est pour moi une question de vie ou de mort, par moi-même, ou occasionnellement avec d'autres travaillant dans cette modalité plus corporelle. En réalisant cela, j'ai renforcé ma conviction au sujet de l'importance des caractéristiques de l'environnement soutenant dans les interventions d'expressions intenses, et de quelles façons cet environnement peut être intériorisé par les patients.

Mike a vécu des expériences personnelles en Analyse bioénergétique, et les expressions émotionnelles fortes ne semblent pas le décontenancer. Une fois cependant, lorsque j'ai moi-même commencé à produire des sons agressifs trop forts ou trop intenses, dont je ne suis pas vraiment sûr de ce qui les avait provoqués, il m'a demandé de réduire mon intensité car il avait reçu des plaintes. Je suppose qu'elles provenaient d'autres résidents. J'ai donc dû contrôler et moduler mes expressions. Je suis certain qu'il pouvait recevoir l'intensité de mon expression émotionnelle, mais je ne pouvais pas m'exprimer aussi pleinement que j'aurais pu. Heureusement pour moi, au moment où je suis venu le consulter, j'étais habitué à travailler avec des émotions exprimées explicitement avec intensité. Ma première thérapie prolongée fut avec Vivian Guze, une thérapeute bio-énergéticienne qui m'a sauvé la vie. Le travail effectué avec elle m'a enseigné comment rester présent à moi-même, en proie à des expériences intenses, en dépit des possibilités de décompensation. Encore plus important, j'avais une partenaire de vie dont la capacité à gérer les émotions intensément ressenties et exprimées excédait la mienne, et qui pouvait donc me fournir un environnement soutenant plus vaste que toute autre personne présente dans ma vie.

À vrai dire, lorsque j'ai mis fin à mes séances thérapeutiques avec Mike, qui, bien que familier et à l'aise avec le travail bioénergétique, ne travaillait pas selon cette modalité, je savais que j'aurais toujours besoin de prendre le temps d'exprimer la rage qui brûlait en moi. C'est un travail sur moi-même que j'effectue depuis des années. Crier, donner des coups de poing et frapper étaient des moyens pour moi d'exorciser, d'une manière temporaire toutefois, ce vide macabre engendré au plus profond de mon être par des mauvais traitements reçus durant mon enfance. Je ne pouvais pas terminer une séance de travail sans cela. Je devais être capable de

me battre avec ceux qui m'avaient tant blessé, et je devais exprimer mes propres sentiments de haine et de sadisme. C'était pour moi le seul moyen de retourner à une certaine relation avec la réalité et d'être ancré dans le présent, même de manière limitée, mais qui pouvait m'être accessible.

Ib. Contenir et capacité d'intimité

Un environnement contenant, lequel est le premier élément d'un environnement soutenant, est établi lorsqu'un thérapeute crée un espace physique guidé par l'éthique et y entre, prêt à incarner les caractéristiques requises pour l'action thérapeutique. Le thérapeute se sert de cet outil qu'est l'empathie pour enregistrer ce que le patient ressent intérieurement, ainsi que ce dont il n'a pas conscience. Ayant cette situation comme point de départ, le thérapeute tente de créer un moment de rencontre avec le patient. Cela signifie accueillir le patient comme il ou elle est en tant que personne et la comprendre. C'est une tâche bien plus difficile qu'il n'y paraît. **Il ne s'agit pas de tolérance ou de compassion, mais d'intimité, c'est à dire connaître l'autre comme il ou elle est vraiment.** Ceci est le premier élément d'un environnement soutenant, et cette tâche se révèle déjà très contraignante pour nombre d'entre nous. De ce point de vue, il est inconcevable de percevoir l'autre personne (le patient) comme quelqu'un qui a besoin d'être corrigé, réparé ou ajusté. Connaître l'autre de cette manière, c'est savoir comment cette personne est devenue ce qu'elle est, et à quel point son histoire fait partie de qui elle est.

Cette aptitude s'avère relativement difficile à développer et à utiliser de façon durable. Je vais prendre le risque d'avancer qu'une grande partie des critiques adressées à la psychothérapie, parmi lesquelles sa lenteur et son manque de but précis, pour ne citer que celles-ci, viennent du fait que les thérapeutes ne sont pas engagés dans ce processus de contenir de façon corporelle, incarnée ce qui est en lien avec leurs patients. Certains d'entre nous ont trop peur des sentiments présents en eux et/ou en l'autre ; certains d'entre nous sont investis d'une manière trop narcissique dans le désir d'avoir un impact. D'autres laissent la pression exercée par leurs propres besoins de satisfaction les emmener en dehors de l'attitude requise pour contenir. Peu importe la raison, **le sentiment d'errance inutile ou sans but viennent du manque de présence, et non pas d'une déficience fondamentale dans le travail.** Alors, la pression de devoir produire une méthode qui fait davantage et en moins de temps constitue une réponse à une limite dans la manière dont le thérapeute se comporte et ressent, et n'est pas un problème exclusivement lié à la méthode utilisée.

La contenance regroupe une série de fonctions qui structurent l'environnement thérapeutique afin de permettre au patient de révéler et faire l'expérience de ce qui doit être révélé et ressenti, et par conséquent, de rendre l'intimité possible.

Cette révélation peut revêtir de nombreuses formes. Voici une description captivante de celle extraite du travail de Michael Eigen publié en 2006 intitulé *The Annihilated Self*:

« Encouragée par leur qualité de contact et poussée par un besoin, cette personne vient un jour sans maquillage et se dévoile telle qu'elle est. C'était effrayant, terrifiant, nécessaire. Elle montre son soi dévasté à quelqu'un qui peut l'accepter. Non, c'est incorrect. Il se peut que Marlène [la thérapeute] ne puisse l'accepter. Elle se montre, peu importe que Marlène puisse le supporter ou non. C'est plus exact. Risquer en thérapie ce que personne ne peut supporter. » (p. 25)

Michael Eigen continue et explique quelque chose qui, selon moi, concerne la fonction spécifique et unique que la psychothérapie accomplit pour les êtres humains. Il s'agit bien de quelque chose de propre à la psychothérapie et pas seulement une meilleure version de ce que les relations devraient être. Il dit :

« La race humaine n'a pas développé la capacité de supporter ce qu'elle se fait à elle-même, la douleur que les gens s'infligent entre eux. En thérapie, on risque ce qui est trop pour l'autre, trop pour soi-même. On risque ce que personne ne peut supporter ou ne pourrait jamais être en mesure de supporter. Tout ceci entre dans la pièce et est partagé, peu importe que quelqu'un puisse l'endurer ou ne pas le faire. » (p. 25-26)

La contenance fournit l'environnement dans lequel ce qui doit être ressenti et révélé peut se dévoiler. Le thérapeute prépare un espace et, plus important encore, se prépare à rencontrer ce qu'il y a de plus vrai et de plus douloureux, de plus perturbant, de plus effrayant pour le patient. En analyse bioénergétique, créer l'environnement contenant comprend la création d'un espace physique dans lequel l'expression émotionnelle peut prendre place au niveau le plus intense, le plus manifeste et le plus évocateur possible pour cette personne. Dans le contexte de l'article de Michael Eigen, l'affect est une réponse aux dégâts, aux blessures et à la destructivité. Cependant, le même mécanisme s'applique à l'amour, au plaisir, et même à l'extase.

L'environnement thérapeutique est unique du fait de sa centration sur le patient et sur son processus. Le ressenti du patient passe en priorité. Il ne s'agit pas d'exclure le ressenti du thérapeute, mais d'une question de priorisation et de nature et de l'espace. Aucun jugement n'est donné lorsque le thérapeute s'efforce de recevoir et ressentir à la fois ce que le patient peut et ne peut pas supporter d'éprouver.

C'est comme cela que se définit la fonction de contenir dont nous parlons en tant que thérapeutes bioénergéticiens. Il n'y a aucun élément répressif. Au contraire, l'espace est sécurisé pour l'expression, quelque soit sa puissance et la ca-

pacité du patient et du thérapeute à la tolérer. La capacité à ouvrir cet espace et à y permettre d'exprimer ce qui est tolérable pour le patient est une partie des habiletés du thérapeute qui permet que l'expérience puisse être intégrée et métabolisée. Comme on est si souvent confronté à des traumatismes relationnels chroniques et aux effets durables qu'ils ont laissés, le mouvement consistant à les révéler et à les exprimer, suivi par leur intégration, est nécessairement à la fois lent et continu. Il s'agit là de la véritable nature de la catharsis : c'est une expérience émotionnelle puissante résultant en une nouvelle intégration de la conscience et de l'expérience. Elle requiert donc un espace contenant pour les émotions intensément ressenties et exprimées.

II. Le soutien

Dans son livre intitulé *Holding and Psychoanalysis : A Relational Perspective* (publié en 2014), Joyce Slochower décrit la fonction du soutien dans le cadre de la psychothérapie psychanalytique. Dans un exposé très élaboré, elle décrit le soutien comme une dimension de ce processus psychothérapeutique commun qui peut s'exprimer de différentes façons. Elle utilise le soutien pour désigner les conditions dans lesquelles le thérapeute minimise l'empiètement de sa subjectivité, l'« altérité » qui le différencie du patient. En faisant ainsi, on crée la possibilité d'établir une « *illusion d'harmonisation analytique* [en italique dans l'original] » (p. 21). Cet état permet au patient de se sentir en sécurité dans la relation thérapeutique sans être confronté au Soi du thérapeute, séparé du sien, et aux perspectives sur la réalité que celui-ci introduit dans le cadre thérapeutique.

Joyce Slochower oppose cette condition d'ajustement apaisante qui offre des possibilités réparatrices pour les expériences traumatisantes d'anéantissement, d'abandon, d'indifférence ou de dénigrement, aux fonctions interprétatives. Les interprétations constituent une forme de rencontre entre le patient et le thérapeute qui requiert que le patient se retrouve face à face avec la subjectivité du thérapeute, ses différences et son caractère distinct en tant que personne unique. Du point de vue de Joyce Slochower, le soutien représente ces fonctions accomplies par le thérapeute quand le patient ne peut pas répondre à la réalité de l'altérité du thérapeute sans que cela perturbe l'environnement soutenant de manière trop importante, ce qui pourrait entraîner l'échec de la thérapie. Selon l'organisation de la personnalité sous-jacente, la phase de soutien du traitement sera plus ou moins longue. Elle peut être courte, répondant simplement à une régression temporaire du patient nécessitant une adaptation plus douce par le thérapeute. Dans certains cas, elle durera des années à mesure que le patient s'efforce de construire un égo et une structure personnelle suffisants pour tolérer la réalité de l'identité individuelle du thérapeute, bâtissant ainsi la capacité d'amener d'autres dimensions de réalité au cœur de la rencontre thérapeutique.

Ila. Le soutien du point de vue bioénergétique

Ma perception s'écarte de celle de Joyce Slochower. J'utilise le soutien pour représenter toutes les opérations qui offrent un contact thérapeutique entre le thérapeute et le patient. Ces fonctions sont offertes par le thérapeute au patient.

Prenant comme point de départ les premiers concepts psychanalytiques de l'espace thérapeutique, le soutien, dans le sens de « holding » est un élément essentiel de l'espace thérapeutique. Certaines caractéristiques du soutien sont aujourd'hui considérées comme fondamentales pour cette possibilité thérapeutique, et sont devenues des postulats de base lorsque l'on prévoit de créer un tel espace. Parmi les caractéristiques les plus importantes, on retrouve le fait de considérer le patient avec un regard positif sans jugement, de suspendre et de tenir à distance les attentes habituelles reliées aux interactions sociales, d'accepter le Soi du patient comme estimable et précieux, et de confirmer le ressenti de la personne comme intrinsèquement valable et significatif. Ces éléments constituent des énergies de soutien, elles forment des extensions de l'Être et de la présence énergétique du thérapeute. Le thérapeute « héberge » le patient (cet autre) dans sa propre conscience, comme Wilfred Bion (1959) le suggère, sans attente ni désir, afin de comprendre la personne. Lorsque cette relation spéciale entre le thérapeute et le patient s'établit, d'autres éléments de soutien peuvent apparaître. En psychothérapie bioénergétique, ces autres éléments peuvent s'exprimer directement physiquement, ce qui ajoute une autre dimension au processus psychothérapeutique.

En psychothérapie d'approche bioénergétique, le soutien peut faire référence à un contact physique direct. Les contacts physiques d'un corps contre l'autre peuvent représenter le soutien dans le but de réconforter, de contenir, de réassurer le patient et lui faire comprendre qu'il n'est pas seul, ou pour l'aider à s'exprimer. Le soutien signifie dans presque tous les cas qu'une action physique, sous sa forme énergétique tout du moins, est en train de se faire. Lorsque le thérapeute héberge le patient dans sa propre conscience, se souvient du patient, de son identité et de sa souffrance, il y a un aspect physique et énergétique à cet événement que nous pouvons identifier et étudier. Le soutien, dans ce cas, impliquera des changements chez le patient tout comme chez le thérapeute pour toutes les dimensions du processus psychique et somatique.

Un exemple concret est ce qui se passe dans le corps des individus dont la personnalité est organisée en fonction des structures du trouble de la personnalité borderline ou de la schizophrénie. Beaucoup de ces personnes ont un endroit dans le dos, derrière le cœur, le long des vertèbres thoraciques qui est ressenti comme un trou noir. Je connais ce phénomène personnellement avec certains de mes patients. Le sentiment est que l'énergie s'écoule du corps par ce trou, qui ne peut être obstrué. Quand je mets ma main pour couvrir ce trou, certains patients décrivent ce que j'ai moi-même ressenti : c'est comme si le trou était un endroit glacé, sans une once de chaleur, et que ma main fournissait de la chaleur pour la première

fois, bien que le contact ait été effectué auparavant autrement. James Grotstein (1990) a écrit de manière très émouvante sur des phénomènes similaires en partant d'une perspective intrapsychique.

Afin d'illustrer cette approche en utilisant le cadre conceptuel bioénergétique, je vais proposer trois vignettes cliniques, la première partant de cet exemple du trou noir comme effet d'un traumatisme relationnel chronique précoce (Tuccillo 2012).

Vignette 1 : Le soutien en présence de la terreur ressentie, dans un endroit froid et sombre

Eleanor est ma patiente depuis des années. Au fil des années, elle a daigné partager avec moi une version d'elle, d'enfant terrorisée. Elle était terrorisée au sein d'une famille qui apparaissait de l'extérieur et, étonnamment, aussi aux yeux d'Eleanor, comme heureuse et saine. Toutefois, l'usage abusif des enfants dans le but de satisfaire des déformations profondes des fonctions narcissiques des parents est évident, de même que la haine ignorée, alors que régulièrement exprimée, et la compétitivité vicieuse envers les enfants. Eleanor, qui a très bien réussi dans la vie, m'a de plus en plus permis d'être le témoin de cet enfant maltraitée, et de soutenir sa souffrance au premier plan, même lorsqu'elle se débattait dans ses tourments, accusée de la méchanceté pour faux reproches envers ses parents.

Patiente expérimentée, Eleanor se guide elle-même dans les réalités intérieures de son enfance. Je dois aussitôt soutenir ses sentiments conflictuels et ambivalents. Si elle est en mesure aujourd'hui de valider la réalité de sa propre expérience, elle souhaite simultanément la désavouer. Elle veut que je vienne m'asseoir à côté d'elle, mais, pour la première fois, exprime aussi son ambivalence à ce sujet. Une expression, comme celle-ci, serait impensable dans sa famille d'origine. Elle devait être disponible tout le temps, et de toutes les manières possibles pour ses parents et *leurs* besoins, à tel point qu'elle s'occupe d'abord et principalement de leurs besoins psychiques et émotionnels. Se sentir ambivalente était un trop grand signe d'autonomie. Si elle exprimait son ambivalence, ou toute autre forme d'autonomie, ils l'abandonneraient pour la punir.

Elle décide alors de continuer et m'invite à m'asseoir à ses côtés tandis qu'elle est couchée sur le ventre, le visage contre le lit. Elle me demande de poser ma main sur son dos, juste en dessous de sa nuque. Une longue conversation s'ensuit. Elle me pose alors des questions qui, je le sais des sessions précédentes, sont fondées sur son expérience de la haine (principalement inconsciente) de sa mère envers elle. Est-ce que j'éprouve du dégoût à la toucher ? Est-ce douloureux pour moi ? Est-ce que les sons qu'elle produit me font éprouver du mépris à son égard ? Suis-je dégoûté par sa faiblesse et son ignorance ? Ma réponse est « Non » à chacune de ces questions. J'ai créé un environnement soutenant où mes propres difficultés à gérer les sentiments et états qu'Eleanor traverse n'empiètent pas sur notre relation.

Elle me dit : « Je suis dans un endroit sombre et froid. Je peux être ici et là en même temps ». C'est, à vrai dire, la première fois qu'elle admet ce fait. « Oui », dis-je, je sais que ce qu'elle dit est vrai. Alors qu'elle pleure de douleur et de terreur, je suis là pour la soutenir dans cet endroit froid, même si personne n'était là avec elle quand on l'y a jetée pour la première fois. Je la soutiens par ma présence, par mon toucher, soutenant ainsi ses sentiments ambivalents et sa terreur d'être abandonnée là. Mon contact physique est un élément crucial du soutien. Quand la fin de la séance approche, nous devons nous dégager lentement de ce contact afin qu'elle puisse se soutenir elle-même, avant de retourner à sa réalité quotidienne.

Vignette 2 : Une force inattendue chez une personne plus âgée

Jack est un homme plus âgé, vers la moitié de la soixantaine. Il s'est engagé avec moi, depuis cinq années environ, dans une psychothérapie profonde qui transforme son existence. Il y a chez lui, deux symptômes persistants qui le tourmentent et le font souffrir : une anxiété profonde, et une peur excessive de la critique lorsqu'il enseigne ou lorsqu'il présente son travail alors qu'il est un scientifique et un chercheur professionnellement accompli. Il présente également une irritabilité constante envers sa deuxième femme qui est, à ce qu'il en dit et selon ce que j'ai pu constater au cours de séances de couple, effectuées avec eux avant de commencer le travail individuel avec lui, une personne mature et attentionnée, le traitant bien et avec respect. Au cours d'une séance, ces deux thèmes surgirent ensemble, et les associations qui en résultèrent éclairèrent un aspect de leur origine dans sa relation avec sa mère. La façon dont le travail s'effectua illustre une autre dimension du soutien reliée à l'environnement soutenant.

Ce jour-là, Jack vient me parler de l'obsession qu'il avait pour le peaufinage d'un poème qu'il avait écrit. Cela ne lui ressemble pas. En général, il n'est pas perfectionniste, en ce qui concerne son travail créatif, comme il l'est avec ses présentations professionnelles, qu'il a besoin de faire approuver et dont il redoute les critiques qui pourraient influencer négativement son expérience. À mon sens, ses efforts d'auto-expression semblent activer des éléments de sa relation avec sa mère. Alors, je lui dis qu'il doit faire les choses parfaitement afin qu'elle (sa mère) se sente bien dans sa peau. Il espère qu'elle lui offrira ensuite des louanges et de la reconnaissance qu'il pourra, par la suite, transformer en regard positif envers lui-même. Et je lui dis qu'il est très dépendant de sa mère pour parvenir à générer quelque regard positif sur lui-même.

Ça lui rappelle une visite récente faite à sa mère, qui demeure dans une maison de retraite. C'est une femme irascible, très critique en ce qui le concerne, et pourtant, il est dévoué à ses soins. De plus, elle est très dépendante de lui. Lors de cette visite, elle était en train de manger dans la salle commune au moment où il arrive. Sa femme, qui l'accompagnait lors de cette visite, lui conseilla d'attendre qu'elle ait fini de manger avant de s'approcher d'elle, sachant, je suppose, ce qui allait

probablement se passer s'il n'attendait pas. Jack me raconte qu'il ignore « stupide-ment » le conseil de sa femme et s'approcha de sa mère. À ce moment, sa mère commença à « paniquer », d'une manière qu'il dit n'avoir jamais vue auparavant. Elle s'arrêta de manger et il lui fallut un moment pour l'aider à se calmer.

La discussion autour de cet événement l'amène à considérer qu'il était venu près d'elle, à ce moment donné, avec l'intention inconsciente de la perturber. Il y pense comme une possibilité, mais il est incapable de le ressentir. Il ne parvient pas à ressentir la rage qu'il croit être là, en-dessous d'une couche de tristesse provoquée par la réaction de sa mère envers lui. Jack a l'habitude du travail actif et émotionnellement expressif, et lorsqu'il entre dans des expressions de négativité profonde, on peut clairement percevoir sa force. En dépit de son âge et de son apparence qui, en surface, semble quelque peu effondrée, avec sa poitrine affaissée et ses épaules tombant vers l'avant, une autre réalité somatopsychique plus profonde émerge et peut être aperçue lorsqu'il est plus chargé énergétiquement.

Je lui demande s'il veut essayer de trouver, par des mouvements, les sentiments qu'il croit présents mais qu'il ne peut ressentir. Il me dit que oui et il essaie. Souvent, lorsque Jack commence à respirer profondément, il fait l'expérience de mouvements semblables à un haut-le-cœur spasmodique profond accompagné de sons explosifs et forts, portant des émotions de colère et de souffrance. C'est ce qui se passe au début, lorsqu'il est debout, qu'il plie les genoux et intensifie sa respiration. Connaissant l'effet qu'a sur lui le fait de frapper avec ses poings, je lui suggère cette approche. Au début, les deux coups qu'il porte aux coussins se trouvant sur le lit en abaissant les deux bras sont puissants mais ne sont pas empreints de beaucoup d'émotions.

Cela ne ressemble pas à Jack. En général, il trouve assez rapidement ce dont il a besoin et ce qu'il veut pour exprimer sa négativité et n'a besoin de mon soutien que pour faciliter l'expression. Cependant, cette fois, je vois qu'il a besoin de davantage. En utilisant ma voix, je l'encourage à s'accrocher au sentiment et à l'amplifier, ainsi qu'à utiliser sa propre voix. Lorsqu'il lui est difficile d'amplifier sa voix et d'intensifier la rage et, en fin de compte, la haine qui s'y trouve, j'augmente le niveau de ma voix, et je fais également des bruits. J'observe la façon dont mes vocalisations de colère gutturales soutiennent les siennes, offrant une portée plus longue à son expression. **Je le soutiens avec ma présence, ma voix et mon intention dans l'expression de son indignation, de son outrage, de sa rage et de la haine envers l'usage que sa mère fait de lui.** Car l'utiliser comme elle l'a fait, sans exprimer quelque gratitude en retour, n'est rien de moins que de l'exploitation.

La prise de conscience de cette exploitation est activée par cet événement. Jack commence à réaliser que c'est là l'état chronique des relations entre sa mère et lui. L'expression de sa colère n'est pas une façon de vider un réservoir de sentiments. Il ne s'agit pas seulement d'une manière de se décharger d'émotions qui s'étaient peu à peu accumulées, c'est également un moment dans leur relation pendant lequel sa douleur, son incompréhension, sa colère envers elle, provoquée par la manière

dont elle l'a traité lorsqu'il était enfant, peuvent être organisées sous la forme d'expressions, aussi complètement et profondément que lui et moi pouvons le tolérer. Heureusement pour moi, il est encore loin des limites de ma tolérance pour ce type d'expérience et l'expression de ces sentiments. Je peux donc continuer à le soutenir alors que nous traversons les couches et les formations reliées à la relation développée avec sa mère, et qui persistent encore aujourd'hui dans sa vie à d'autres niveaux.

Vignette 3 : Un échec de soutien dont je suis responsable

J'ai travaillé avec Paul durant une courte période, il y a de cela des années. Paul était un homme qui se trouvait à la limite de comportements manipulateurs et d'autoglorification, ne réussissant toutefois pas à trouver le succès dans sa vie, ou du moins, pas à l'époque où il me voyait. Il était presque complètement réfractaire à toutes mes interventions, dont la plupart visaient à défier ses schémas caractéristiques. Parmi ses défenses se trouvaient les rationalisations, dont il se servait pour rejeter la faute sur d'autres ou justifier les erreurs qu'il faisait, en blâmant ou en omettant des choses à dire.

Il me raconta cependant un événement important de son enfance. Il vivait dans une grande ville, dans un quartier de maisons unifamiliales modestes dont beaucoup possédaient un petit jardin à l'avant, la plupart du temps clôturé. Un jour, lorsqu'il était tout petit et que personne ne le surveillait, il se promena, sortit par la porte ouverte du jardin de sa maison et fut heurté par une voiture qui passait devant. Il fut emmené à l'hôpital, bien qu'il ne fût pas sévèrement blessé. Il raconta cette histoire avec le ressentiment que cela se soit produit, mais sans indice que c'était en lien avec un schéma de négligence ou de manque d'attention de la part de sa famille. Je m'étais dit que cela pourrait le représenter, mais mes efforts pour lui faire part de cette éventualité n'éveillèrent aucun intérêt en lui.

Un jour, il me dit qu'il avait l'intention d'aller voir une prostituée. En adéquation avec ce que j'ai décrit précédemment, à savoir, la qualité de non-jugement inhérente au fait de contenir, de garder en soi, fournie par l'environnement psychothérapeutique, je n'ai pas pris position pour ou contre l'action qu'il suggérait. Toutefois, en adoptant cette attitude sans penser plus loin et avec davantage de nuances, j'ai fait une grave erreur. Paul avait l'intention de faire cela à une époque où le public prenait conscience de la transmission du SIDA par voie sexuelle et des risques que comportaient des relations non protégées avec des partenaires qui avaient eux-mêmes eu des partenaires multiples.

Quelques semaines après la confession de son désir d'aller voir une prostituée, Paul vint me voir. Il me dit qu'il avait effectivement eu des relations avec une prostituée et ajouta qu'il avait pris la décision de mettre fin à la psychothérapie avec moi. Il me dit que j'aurais dû l'avertir des risques et lui recommander d'utiliser un préservatif, en lien avec les connaissances sur les dangers liés à un tel comporte-

ment. Étant décontenancé, et n'étant certainement pas sûr qu'il avait tort, j'essayai d'enquêter avec lui sur la signification que pourrait avoir mon échec. Cependant, il s'était déjà fermé, comme il l'avait toujours fait. Il ne ferait plus de liens importants avec les thèmes ou modes de fonctionnement de sa vie. Je m'étais trompé et il allait s'en aller.

Après cela, j'ai commencé à creuser mon échec, la manière dont il l'a ressenti, ce que j'ai ressenti, et ce que cela pourrait représenter d'un point de vue plus large que juste en lien avec ce patient. Ce que j'en ai compris, c'est que j'avais agi comme les membres de sa famille, ne parvenant pas à le retenir de faire des choses dangereuses. Tout comme sa mère qui avait laissé la porte du jardin ouverte, je n'avais pas réussi à le garder dans ma conscience, à tenir son bien-être en tant que priorité en moi, et à agir pour créer une barrière qui aurait empêché le dommage. Ces éléments font également partie du soutien qui prend place dans l'environnement soutenant quand les fonctions de contenance de l'environnement ont été mises en place. **Cet évènement mis en scène créa pour Paul l'opportunité de provoquer une situation où il se sentirait négligé par moi, et de l'utiliser afin d'ouvrir une voie à ses sentiments envers moi, sa famille, et lui-même.** Toutefois, il se ferma à cette possibilité, tout comme cela s'était produit avec sa famille, et mon échec et sa colère ne menèrent à aucune nouvelle solution.

Paul me tint responsable de ne pas avoir évalué le danger pour lui, alors qu'il aurait pu lui aussi le faire. Il ne s'en est pas blâmé. Tenir quelqu'un responsable, que ce soit soi-même ou quelqu'un d'autre, est un état du corps. C'est une position nécessaire lorsqu'on se « tient debout » et que l'on se confronte, soi-même, ou quelqu'un d'autre, aux conséquences d'un comportement. Ceci deviendra un élément essentiel de l'environnement soutenant afin de comprendre l'importance de la réceptivité dans la relation thérapeutique.

IIb. La pression liée au soutien

Joyce Slochower parle avec émotion de la pression résultant du soutien dans la relation thérapeutique. Que ce soit dans le sens plus strict qu'elle emploie ou la façon plus large dont je le décris, cette pression est indéniablement vraie. Elle existe même lorsque la ou le thérapeute est libre d'être davantage elle-même ou lui-même parce que le patient est capable de répondre sagement et constructivement au fait que ce thérapeute ait une personnalité qui lui est propre. La pression induite par le fait de se centrer constamment sur le patient, de maintenir une conscience constante et même une vigilance dans le chef du thérapeute face à ses intentions et ses sentiments, sont des actions terriblement exigeantes.

Cela est vrai parce que beaucoup dépend des compétences du thérapeute et de son engagement à faire tout cela. Le patient met sa vie entre nos mains, d'un point de vue psychique, émotionnel, et parfois même physique. Dans d'autres relations,

un lien de mutualité et de maturité se développera entre les partenaires, où plein de soins, d'attention, et de prises de décisions seront partagés. Dans la relation thérapeutique, ce ne sont pas des éléments nécessaires. À vrai dire, la relation psychothérapeutique a été créée pour guérir les dommages endurés à la capacité de maturation chez le patient et on ne peut juger des possibilités de guérison qu'une fois que le travail thérapeutique est engagé.

Cette pression occasionne inévitablement des échecs. Il arrive que le thérapeute ne parvienne pas à un ajustement, face preuve d'un manque de compréhension ou d'expérience, ou même d'un agir induit par des sentiments ou des attitudes contre-transférentielles qui blessent et qui causent des dommages au patient. C'est vers la dimension de ce qui fait que la relation psychothérapeutique est un processus de guérison que nous allons maintenant nous tourner.

III. Réceptivité

Introduction

Dans le cadre de la recherche clinique continue visant à comprendre les pouvoirs de guérison de la relation psychothérapeutique, la psychanalyse relationnelle s'est développée et a proposé un point de vue étonnant. Se fondant sur des idées découlant du féminisme, relatives aux relations interpersonnelles et à la psychothérapie, les théoriciens relationnels considèrent que toutes les relations sont intersubjectives. Cela signifie que les partenaires construisent chaque relation de manière unique. Tous les membres de la relation sont de valeur et d'égale importance, et la dépendance est une caractéristique de la relation qui émane de chaque membre et qui circule entre eux. Dans cette matrice relationnelle, les personnes se connaissent au travers de communications directes et conscientes. Elles se connaissent également au travers de l'interconnexion de leur Soi inconscient, se partageant l'un avec l'autre et s'accueillant mutuellement au travers des instruments psychiques et émotionnels divers. L'empathie, la projection, l'identification, et la sympathie en sont des exemples. À cela, les thérapeutes bioénergéticiens ajouteraient les notions telles que la transmission des états énergétiques liés au fait d'exister et de ressentir, lesquels sont reçus par divers canaux somatopsychiques : les états corporels, les constellations de sensations et d'émotions qui sont étudiées pour leur complexité.

La réceptivité à l'autre personne, à ce niveau d'ouverture et de vulnérabilité, est ce qui permet de contacter un savoir sur la personne pouvant être amené ensuite à la surface. Ce savoir à un niveau aussi fondamental comble un besoin de développement qui est, en soi curatif. Cela permet également au psychothérapeute de continuer à créer des moments de soutien qui répondent aux besoins de guérison, de rétablissement et de création de limites du patient.

IIla. Les défis somatopsychiques de la réceptivité

Cette manière de comprendre le processus psychothérapeutique soulève de grandes questions. Joyce Slochower attire l'attention sur ces défis lors d'une entrevue dans une édition récente du magazine *New Therapist* (mai-juin 2016). Elle y parle de la perspicacité de certains de ses patients et du fait qu'ils parviennent à saisir certains aspects de ses réactions bien qu'elle tente de les garder hors du champ interpersonnel (un procédé qu'elle appelle « bracketing », ce qui signifie « mettre entre parenthèses »). Elle ajoute que, pour parvenir à « mettre entre parenthèses », le thérapeute et le patient doivent tous les deux s'y engager. Le thérapeute essaie de protéger le patient de certains aspects de lui-même qui pourraient perturber la direction de la résonance sur laquelle elle ou il est engagé. Le patient, quant à lui, coopère en faisant abstraction de sa conscience de ces caractéristiques révélées par le thérapeute.

Ceci ressemble à des méthodes pour protéger la primauté du bien-être du patient dans l'espace thérapeutique, comprises auparavant, et visant à restreindre l'incidence des besoins, des attitudes, ou des élans destructeurs du thérapeute. Les principes de neutralité, d'attitude dépourvue de jugement, d'abstinence du thérapeute à répondre à ses propres besoins sont tous des éléments créant et préservant un espace et une présence thérapeutiques favorables. Cependant, d'un point de vue bioénergétique, une fois qu'on a introduit l'idée d'interconnexion des processus énergétiques inconscients, la tâche visant à maintenir le caractère inoffensif de l'espace, pourtant déjà très compliquée, se complexifie encore davantage. Si le noyau de l'identité du thérapeute est inoffensif, sinon bienveillant, les choses seront sans doute plus faciles. Mais que se passe-t-il si ce n'est pas le cas ?

IIlb. La psychopathie et la fonction de réceptivité

Il s'agit là d'un terme un peu « brutal » à introduire ici, et certains lecteurs le considéreront peut-être comme antithétique par rapport à une attitude de réceptivité. Il n'est cependant pas antithétique en ce qui concerne la fonction dite de réceptivité, qui est la capacité à voir et à sentir l'autre. La psychopathie est une déformation narcissique. Il s'agit d'une compensation pour des dégâts sévères infligés au système d'estime de soi d'un individu. Selon le niveau et l'étendue des dommages, l'individu ne peut pas maintenir une image positive de lui-même, ou, dans le pire des cas, ne peut pas développer les bases du Soi et d'autres éléments : l'admiration, l'appréciation et l'idéalisation. Si le thérapeute n'a pas de système durable et flexible d'estime de soi positive, ce qui pourrait avoir une influence négative sur le Soi, le besoin de rétablir l'approbation peut déformer la capacité du thérapeute à maintenir l'environnement décrit précédemment. Cela peut défor-

mer, sinon corrompre l'environnement contenant dans lequel les opérations de soutien peuvent être menées à bien dans l'intérêt du patient.

Dans la compréhension actuelle des liens interpersonnels, appliquée au processus psychothérapeutique, les échecs du thérapeute sont inévitables et nécessaires. Ces erreurs d'harmonisation et de résonance, ou même de perte de centration sur le patient dans la dyade, sont considérées comme des opportunités pour le patient de trouver une histoire similaire enterrée au plus profond de lui d'échecs qui l'ont blessé plus tôt dans sa vie et de les ressentir à nouveau. Les erreurs fournissent également une occasion de résoudre autrement un problème interpersonnel avec un partenaire (le psychothérapeute) qui met en priorité le bien-être du patient, le maintien et le soutien d'une attitude positive envers toutes les parties de manière juste, même s'il faut pour cela risquer de confronter des aspects peu attrayants et négatifs du patient.

Ces conditions sont toutefois difficiles à maintenir. Dans son livre sur la psychopathie (2006) disponible en ligne, Michael Eigen décrit la prévalence des compensations psychopathiques dans le comportement humain. Dans un article intitulé « Immoral Conscience » (1991), il parle de la façon dont l'omniscience, le besoin de se représenter comme omniscient en permanence, est l'ennemi d'une empathie saine. Bernhard Brandschaft (2010) attire l'attention sur ce problème spécifiquement pour les thérapeutes. Il les met en garde contre la tendance à être tellement investi dans les théories et des idéologies privilégiées que la capacité de saisir le patient comme une personne unique en devient compromise.

IIIc. Lorsque la réceptivité tourne mal : transgressions

À quel point est importante la question des échecs des thérapeutes dans le maintien de l'élément le plus crucial de l'environnement soutenant : à savoir de maintenir la centration sur le bien-être de leurs patients ainsi que leur protection, la reconnaissance et la réceptivité pour la subjectivité unique incarnée dans chaque patient ? Des articles écrits par Muriel Dimen (2014) et Charles Levin (2014) apportent des réponses. Dans son article, Muriel Dimen parle d'un « lapsus linguae », un glissement de langue. Elle révèle un épisode au cours duquel son thérapeute, qu'elle appréciait beaucoup, et envers lequel elle éprouve beaucoup de gratitude, glissa sa langue dans sa bouche au moment où il l'entourait physiquement, dans le cadre d'une longue thérapie qui s'avéra cependant très positive pour la patiente. Le thérapeute ne reparla jamais de ce « dérapage », et elle non plus. Même lorsqu'elle écrivit cet article, longtemps après la mort de celui-ci, elle décida de ne pas mentionner son nom. D'une manière ou d'une autre, elle contourna la transgression, même lorsqu'elle expliqua que l'erreur de celui-ci était considérablement aggravée par l'erreur supplémentaire de ne pas évoquer cet écart par rapport aux limites qui représentait l'introduction du besoin du thérapeute et, ensuite, la

satisfaction de celui-ci à ses dépens. Dans une présentation élaborée à partir de ce travail, elle invite les thérapeutes à trouver un forum pour discuter entre eux de ces erreurs concernant le maintien de l'environnement soutenant, comme je le nomme dans cet article. En réfléchissant à sa suggestion, j'ai réalisé à quel point cela serait difficile à mettre en place.

Charles Levin élargit le débat des transgressions des limites, limites qui sont nécessaires afin de maintenir un environnement soutenant convenable dans le cadre de la formation institutionnelle en psychothérapie. Son article fait partie d'un volume dédié aux thèmes de l'abandon et de la trahison dans une relation analytique. À mes yeux, il s'agit de l'article le plus vivant et « impénitent », détaillant les violations dans le cadre de relations de dépendance. Plusieurs des articles présents dans ce volume traitent d'autres sujets, par exemple, du décès précoce de l'analyste. Toutefois, même parmi ceux relatant les comportements inappropriés des thérapeutes menant à la trahison de l'engagement thérapeutique et à la rupture de la relation, sa voix retentit comme un clairon singulier dans l'identification de la rationalisation individuelle du thérapeute et de la fuite devant la prise de responsabilité d'une part, et de la complicité institutionnelle qui couvre les transgressions et leur importance d'autre part. Cela me rappelle quelque chose qui m'est arrivé en tant que thérapeute, lorsque j'avais en traitement quelqu'un, aussi un thérapeute, qui était l'enfant d'un psychothérapeute de renom. Cette personne dépeignait ce parent, dans des termes horribles, comme un individu abusif et centré sur sa personne. Cela me semblait crédible. Lorsque j'en parlai avec mon thérapeute, sa réaction fut suffisamment évasive pour que cela ressemble à une apologie pour le thérapeute-parent ; ce qui fut assez décevant pour moi. Je ressentais le besoin d'une dénonciation retentissante du parent. Il se peut que la raison pour laquelle j'avais besoin de cette dénonciation, fournisse un exemple personnel de la question qui me tourmentait diablement (sans mauvais jeu de mot, puisque le diable constitue un élément pertinent de ce débat) au sujet de l'influence du thérapeute dans la « soupe » énergétique, interpersonnelle, psychique et émotionnelle qui compose la relation thérapeutique.

Ou nous sommes ou nous allons : Le défi de maintenir un environnement soutenant

La transmission transgénérationnelle de mauvais traitements

Ma réalité en est une d'extrême. Des conditions extrêmes ont été utilisées tout au long de l'histoire de l'humanité afin d'approfondir la compréhension de phénomènes plus normatifs. Les horribles lésions cérébrales, conséquences de guerres présentes et passées, nous ont permis de mieux comprendre le fonctionnement du système nerveux central. Les effroyables brûlures ou les dégâts causés par la plon-

gée ont mené au développement de technologies et techniques pour faire face à ces types de lésions et les traiter. De la même manière, l'exposition des cliniciens aux dégâts permanents de l'âme, de la psyché et de la vie émotionnelle causés par un traumatisme relationnel chronique, façonne tout ce que nous faisons avec nos patients, y compris nos patients dont la souffrance est moins exhaustive, dont les dégâts infligés au Soi sont moins sévères, et donc chez qui la capacité de guérison est plus importante, que ce que je ne peux reconnaître face à moi-même.

J'ai décrit, de manière plus détaillée dans d'autres articles (Baum, 1997, 2007, 2014) une bonne partie de ce que j'ai vécu dans ma vie et de ses effets, dont je vais parler maintenant. Afin d'exposer mon point de vue ici, disons que j'ai été détruit psychiquement et émotionnellement par ma mère et par les personnes autour d'elle, qui étaient folles et malveillantes, qui se sont immiscés dans mon corps et dans mon esprit. Ces personnes se laissaient dominer par des impulsions, des fortes envies et des sentiments qui n'étaient pas neutralisés et portés par des corps d'adultes. Mon père, qui, à la toute fin, me sauva de tout cela, bien après que le mal soit fait cependant, me demanda inconsciemment que je m'accorde sur la narration égocentrique qu'il faisait de ce qui s'était passé. Il voulait laisser croire qu'il m'avait sauvé, que j'étais guéri et qu'il avait fait de moi un enfant émotionnellement sain.

Affronter la réalité telle qu'elle est

Déformer ainsi la vérité de ma propre expérience, sous la menace de perdre son approbation et qu'il pourrait autrement m'oublier, m'abandonner ou me renvoyer chez ma mère, si je faisais autrement, signifiait pour moi perdre toute connexion avec ma vérité et ma réalité. Cette requête de mon père, ajoutée à la destruction qui avait façonné mon être profond, ainsi qu'à une identité fusionnée avec celle de mon père, incluant des déformations narcissiques sévères, en plus des attaques de mes deux parents dirigées vers moi, qui cherchaient un exutoire à leur haine vicieuse envers les hypocrites moralisateurs qui les avaient blessés, ont détruit en moi la capacité de développer les fonctions narcissiques et structures nécessaires pour l'estime de soi. Comme Otto Kernberg (1975) le décrit dans ses études fructueuses sur les organisations des personnalités borderline et schizophrène, le problème pour ceux d'entre nous qui vivent dans cet univers n'est pas d'avoir une faible estime de soi, mais de ne pas en avoir du tout.

L'estime de soi est, de manière relativement littérale, l'admiration de soi et le sentiment de se sentir bien avec soi-même. Une estime de soi saine est construite sur la capacité à se confronter à des aspects négatifs de sa propre personnalité, les intégrer et les métaboliser, et agir de manière responsable et appropriée en réponse à ces découvertes pour enfin revenir à une relation positive avec soi-même. Quand les structures fondamentales qui soutiennent ce mécanisme sont détruites, le be-

soin de reconnaissance positive en vient à dominer la vie intérieure, et la quête désespérée d'un moyen d'étancher cette soif de reconnaissance devient le moteur de ses comportements. Il ne peut exister aucun sens moral sans ce mécanisme d'autocorrection provenant d'une estime de soi saine. En outre, le désir insatiable de soulager le fait de se détester, qui accompagne la destruction des systèmes de l'amour-propre, déforme la perception des autres considérations à prendre, dans le cadre des décisions relatives face à nos comportements et les relations avec les autres.

Il existe de nombreuses descriptions de personnes structurées de cette manière dans l'histoire de l'Homme, en littérature comme au théâtre. Par coïncidence, une description très acerbe dans un article écrit par Jane Mayer (mai 2016) dans le *New Yorker Magazine* me revient à l'esprit. Dans cet article, l'auteur dressait le portrait de Tony Schwartz, nègre littéraire de Donald Trump, pour le livre intitulé *The Art of the Deal*. Tony Schwartz garda des notes détaillées de ses contacts avec son sujet pour lui-même. Quand on l'interrogea sur son opinion de l'homme, il dit un nombre de choses importantes et pertinentes par rapport à notre compréhension de la façon de fonctionner de quelqu'un pour qui le besoin de reconnaissance positive comme principe structurel central de sa personnalité.

Tony Schwartz dit à propos de Donald Trump : « Mentir est une seconde nature chez lui. Plus que toute autre personne que j'ai rencontrée, il a la capacité de se convaincre que, peu importe ce qu'il dit et peu importe le moment, ce qu'il dit est vrai, ou en quelque sorte vrai, ou, tout du moins, *devrait* [en italique dans le texte] être vrai » (p. 23). Ce mécanisme fait partie des effets déformants de l'omniscience. Tony Schwartz ajoute que Donald Trump est entièrement stimulé par un besoin d'attention publique, à tel point que tout ce qu'il fait a pour objectif d'attirer « la reconnaissance extérieure, toujours plus grande, de la part de plus de gens, toute une série de choses qui ne mènent nulle part en particulier » (p. 23). Finalement, Tony Schwartz perçoit Donald Trump comme un individu motivé par « une faim insatiable d'argent, de gloire, et de célébrité » (p. 24). Sa conclusion sur Donald Trump est la suivante : « Il vit dans un trou noir » (p. 24). Les dégâts collatéraux que cela cause sont ces effets somatopsychiques incluant l'annihilation du Soi et de l'identité, et, comme je peux le distinguer plus clairement maintenant, des fonctions narcissiques.

Je me reconnais parfaitement dans la représentation que fait Tony Schwartz de Donald Trump. Ma famille, mes amis et mes connaissances trouveraient cela incroyable, à moins d'avoir partagé avec eux ma connaissance de ce que je suis intérieurement. Je sais que c'est vrai. Un exemple concret est un commentaire qui me fut adressé il y a de cela des années par ma défunte épouse qui m'aimait, m'admirait et ne m'aurait souhaité du mal pour rien au monde. Elle me dit que je pouvais commencer une phrase dans un sens et la terminer dans un tout autre sens, complètement opposé. Elle attira mon attention sur le fait que dans ce cas la réalité, les faits, les opinions, les attitudes, tout est fongible, interchangeable, tant

qu'il s'agit d'accaparer le centre d'attention et d'avoir la possibilité d'obtenir de quoi nourrir le narcissisme, que ce soit de l'admiration, du respect, de l'adoration, de l'idéalisation, ou de l'idolâtrie.

Le défi pour le thérapeute

On dit que le pouvoir corrompt. C'est en partie parce que le pouvoir est relié au sentiment de se sentir quelqu'un de bien. Avoir le pouvoir, c'est avoir de la force, de l'énergie, et la capacité de faire des choses ou de réaliser des choses. Il est lié à l'instrumentalité, telle que très bien décrite par Ron Robbins (1978) dans son travail sur le caractère psychopathe de type « limb » en raison de la faiblesse paradoxale de ses « membres », notamment de ses bras. Il est également lié au fait d'assumer ses responsabilités. David Shapiro (1965) décrit la relation entre le désaveu de la responsabilité et la formation des défenses du caractère psychopathique. C'est très difficile d'assumer la responsabilité de ses actes si cela a pour conséquence l'effondrement dévastateur de la coquille de l'égo bâti sur des ressources narcissiques. Elles ne peuvent être métabolisées dans les structures somatopsychiques permettant aux tissus de se gonfler d'orgueil et briller d'inspiration. Dans *Narcissism and Power*, Hans-Jurgen Wirth (2009) montre la manière dont la déformation des mécanismes narcissiques apparaît dans la vie publique.

Ce qui corrompt vient de l'utilisation du pouvoir pour son propre intérêt, aux dépens des autres. L'avidité est certainement un élément central, tout comme l'envie ou les tentatives désespérées de recueillir la reconnaissance. Ce type d'admiration peut aller aussi loin que ressentir un besoin d'« être » le Dieu de l'Ancien Testament, étant au centre de tout, à tout moment, et d'en faire le référent de base de sa vie.

Je reconnais que la plupart des psychothérapeutes ne sont pas aussi touchés que moi par ce problème. Plusieurs en sont probablement juste un peu. Ils possèdent sans doute des Soi métabolisés et organisés, et autres représentations telles que la faillibilité inévitable et la confusion morale inhérentes à tous les êtres humains. En tant que cliniciens, ils ont peut-être appris à recevoir, accepter et travailler avec les réactions critiques de leurs patients envers eux, même ceux qui ont une perception correcte des déformations narcissiques du thérapeute, de ses limites ou de ses erreurs. J'ai été obligé de créer un Soi qui était en mesure de fonctionner comme si je vivais dans l'univers habité par ces personnes. Cependant, comme Dimen et Levin essaient de mettre en évidence, le problème de la transgression des limites par le thérapeute afin de satisfaire son propre intérêt est un problème commun. Certains théoriciens, notamment Harold Searles (1965), ont fait de ce point un principe central dans leur travail, afin d'aiguiser la conscience des impulsions, attitudes et sentiments destructeurs du thérapeute envers son patient.

Comme je l'ai écrit dans un article au sujet de l'identité double (2014), j'ai « bricolé les morceaux d'âme » qui avaient survécu aux attaques dirigées contre moi, l'idéalisme projeté de mes parents et de leurs Soi à l'égo idéal, et les âmes qui m'ont été prêtées par d'autres (principalement par ma défunte femme, mes enfants, mes thérapeutes, mes amis, mes patients) et j'ai consciemment développé un Soi déterminé et mobilisé. Du mieux que je le peux, ce Soi incarne les principes et valeurs de bonté. Le lien entre le plaisir et la bonté est aujourd'hui exprimé dans la théorie de l'Analyse Bioénergétique (Baum, et al. 2010). Toutefois, le Soi sous-jacent, comme je me connais, s'est construit autour d'un noyau de malveillance, de vengeance, de folie, et ne peut prendre part à ce plaisir dans la bonté. Le mépris et le dédain, ainsi que leurs effets corrosifs, sont au centre de mon corps et de mon identité, et constituent une menace pour tout attachement.

Je suis parfaitement conscient des manières dont l'intérêt propre s'immisce dans les relations. Je peux dire que j'en suis parfaitement conscient, d'une part parce que je me connais, d'autre part à cause de la mission que s'étaient fixés mes parents, à savoir de l'éradiquer chez tout le monde, et de dénoncer l'hypocrisie et ceux qui se leurrent. Mon père le fit alors qu'il couchait avec beaucoup de ses patientes, embrassant une théorie proposée par Martin Shepherd dans son livre *The Love Treatment* (1971), et se sentant ensuite scrupuleux parce qu'il « ne couchait pas avec les grosses ». Il m'a raconté ça après que je suis devenu un psychologue clinicien qualifié ! **Dans ce cas, mon besoin d'être enveloppé dans son être, le seul endroit sûr que j'ai jamais connu, (tout aussi dangereux qu'il se révéla être pour mon âme), combiné avec mon besoin de fusion complète et d'identification avec lui. La meilleure description du résultat que cela a eu sur moi se trouve dans des termes énergétiques tels que l'évanouissement, une perte de possession de soi et un abandon à l'emprise d'un autre. Cette approbation imposée de ses comportements déraisonnables était à la fois un résultat de mon incapacité à m'inscrire dans la réalité, mais également elle l'exacerba.**

Le fait de s'inscrire dans la réalité, dans ses manières les plus complètes, nuancées et subtiles, est une chose nécessaire si les thérapeutes veulent se pencher consciencieusement sur les comportements transgressifs, les leurs ou ceux des autres. Ici aussi, une perspective bioénergétique aide à comprendre les dynamiques du processus d'investigation et les défis que cela comporte. Une fois encore, je vais me prendre encore comme cas d'étude. Je sais que bon nombre des patients de mon père bénéficièrent de ses soins, bien que ce ne soit pas le cas de ceux qu'il agressa sexuellement. Quand je me mis à réfléchir au fait qu'il agressait des patients sexuellement, ma conscience se scinda. Je peux dire, catégoriquement, que je *sais* que ce qu'il avait fait était mal. Cependant, le fait de savoir n'est pas homogène. Dans un des aspects de scission dans mon être, mon corps et ma psyché, avec lequel je suis très familier, je sais d'un point de vue cognitif et éthique que ce qu'il dit ne se rationalise pas. Toutefois, mon estomac et mes instincts ne suivent pas cette conviction. Je sens cette conviction glisser hors de moi, bien que je sache

à d'autres niveaux que j'ai raison et qu'il avait tort. J'ai travaillé ce phénomène sur moi pendant très longtemps. Je comprends le processus énergétique qui soutient ce phénomène, comme partie intégrante de la transformation nécessaire du Soi, que cela a exigé de moi, pour sécuriser mon attachement immortel et adorateur envers mon père. Je sais également qu'il s'agit d'une manifestation de ce qui m'avait été fait, clairement énoncée lorsque Mike Eigen m'a dit « Ton cœur et tes tripes psychiques ont été arrachés ».

D'un point de vue bioénergétique, il s'est passé quelque chose au niveau de mes tripes. Il n'existe aucune méthode pour étudier le processus cellulaire utile pour comprendre cela. Toutefois, la fonction éthique et morale neutralisatrice des réactions instinctives a été annulée. Il s'agit là d'un tourment particulier de savoir, avec une telle certitude, que ce que mon père avait fait était mal, que ce soit envers ses patients ou envers moi, et d'être privé de ces sensations au niveau des intestins et de cette force morale « intestinale », cela m'a permis de me dresser contre lui et le dénoncer, lui et son comportement, sans être ébranlé par cet intérieur en décomposition.

Cette expérience me donne un aperçu de la difficulté à laquelle nous devons faire face quand nous nous efforçons d'identifier les comportements transgressifs alors que cela menace notre relation avec nous-mêmes et notre amour-propre, ou que cela menace nos relations avec des personnes importantes pour nous, que nous voulons et avons besoin d'admirer, à qui nous avons besoin de nous identifier, et par qui nous avons besoin d'être admirés.

Certains thérapeutes à qui j'ai parlé du comportement de mon père n'ont pas, au début tout du moins, réussi à générer une réaction suffisamment indignée pour m'aider dans le maintien de ma propre indignation à laquelle j'ai dû faire face et à relâcher toute la pression passée. Cela ne peut pas être seulement une réaction découlant d'une règle. En tant que thérapeutes, nous devons être sensibles à l'impact que les transgressions et violations ont sur nos patients. Il s'agit là d'un sujet délicat. Chaque jour, les journaux nous montrent à quel point la rationalisation de la prédation et de l'exploitation est chose courante dans le monde dans lequel nous vivons. Cependant, à un niveau microsocial, ce comportement prend naissance au cœur des familles et des communautés qui les entourent.

Ce qu'il faut faire

Si le concept de réceptivité signifie être capable de recevoir les éléments toxiques et destructeurs de nos patients, cela semble assez clair. Si nous émettons l'hypothèse qu'il existe une guérison au sein d'un environnement relationnel intersubjectif et que cet environnement comprend un mélange de matériel inconscient et d'énergies émotionnelles provenant du thérapeute et du patient, alors mon expérience de moi-même me dit que nous sommes sur un terrain miné qui peut s'avérer très

dangereux. Il nous incombe à nous thérapeutes de développer des méthodes afin d'examiner notre propre psychopathie. Même lorsqu'on a la chance d'être pourvu d'un noyau du Soi fondamentalement inoffensif, notre irréductible humanité garantit l'intrusion dans l'environnement soutenant de sentiments destructeurs et égocentriques, et au moins certains actes occasionnels.

La solution ne réside pas dans le ressenti de sortes de scrupules névrosés et ultimement bien-pensants, mais dans l'introspection. En développant cela comme un principe et une méthode afin de résoudre ce problème, nous pouvons montrer la voie dans notre domaine mais également dans le monde qui nous entoure. **En aiguisant, affinant, plongeant dans les manières dont la négativité, l'avidité, l'envie, et les compensations narcissiques du thérapeute peuvent déformer l'environnement soutenant, on parvient à développer une méthode pour le préserver.** En parler entre nous et dans le monde est une mission : celle de transmettre la connaissance durement acquise qui découle du travail difficile de la psychothérapie afin de pouvoir mettre en œuvre ces connaissances dans des relations de dépendance de toutes sortes.

Résumé

La connaissance technique en analyse bioénergétique est le développement d'un ensemble de compétences nécessaires afin de savoir comment initier, ajuster et maintenir l'environnement soutenant. La possibilité d'ajouter le paramètre du contact physique entre le patient et le thérapeute apporte de nouvelles dimensions à l'environnement soutenant. En analyse bioénergétique actuellement, ainsi que dans d'autres types de thérapies expressives, l'objectif de cet environnement est de permettre de se rapprocher de la liberté d'expression absolue sans risquer de blesser. **Le but de l'analyse bioénergétique actuelle est de créer un environnement soutenant ayant une dimension de durabilité aussi large que possible que le thérapeute est en mesure de gérer. Cet objectif inclut le défi pour le thérapeute, de se confronter à la rencontre la plus directe et profonde avec elle-même ou lui-même jusqu'à la limite de ce qu'il est capable de supporter.**

Références

- Baum, S. (1997). Living on shifting sands : grounding and borderline organization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 27(1), 61–86.
- Baum, S. (2007). Living on purpose, reality, unreality and the life of the body. *Bioenergetic Analysis*, (17), 165–188.
- Baum, S. et. al. (2011). *Modern bioenergetics : an integrative approach to psychotherapy*. New York Society for Bioenergetic Analysis.

- Baum, S. (2014). Living the two-person identity. *Voices*, 50(2), 35–41.
- Bion, W. (1959). *Experiences in groups*. London : Tavistock Books.
- Brandchaft, B. (2010). *Toward an emancipatory psychoanalysis*. New York : Routledge.
- Eigen, M. (1991). The immoral conscience. In : *The Psychotherapy Patient*. New York : Haworth Press.
- Eigen, M. (2006). The annihilated self. *Psychoanalytic Review*, 93(1), 25–38.
- Eigen, M. (2006). Age of psychopathy. www.psychoanalysis-and-therapy.com/human_nature/eigen/pref.html
- Grotstein, J. (1990). Nothingness, meaninglessness, chaos & « the black hole » part II. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(3).
- Keleman, S. (1985). *Emotional anatomy*. Berkley, CA : Center Press.
- Levin, C. (2014). Trauma as a way of life in a psychoanalytic institute. In : *Traumatic ruptures*. New York : Routledge.
- Mayer, J. (2016). Trump's boswell speaks. *The New Yorker*. (July 25). New York : Condé Nast. 20–27
- Mitchell, S. and Black, M. (1995). *Freud and beyond*. New York : Basic Books.
- Searles, H. (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. New York : International Universities Press.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York : Basic Books.
- Shepard, M. (1971). *The love treatment : sexual intimacy between patients and psychotherapists*. New York : Wyden.
- Slochower, J. (2014). *Holding and psychoanalysis*. Hove : Routledge.
- Slochower, J. (2016). An interview with Joyce slochower. *New Therapist*. May/June.
- Spock, B. (2012). *Baby and child care*. New York : Simon & Schuster.
- Tuccillo, E. (2012). Somatopsychic unconscious processes and their involvement in chronic relational trauma. *Bioenergetic Analysis*, 23, 17–62.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena ; a study in the not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34(2), 89–97.
- Winnicott, D. (1958). The holding environment. In : *The maturational processes and the facilitating environment*. New York : International Universities Press.
- Wirth, H-J. (2009). *Narcissism and power*. Giessen, Germany : Psychosozial- Verlag.

Biographie de l'auteur

Scott Baum, docteur en psychologie (*American Board of Professional Psychology* ou ABPP), est un psychologue clinicien et un analyste bioénergéticien certifié résidant et travaillant à New York. Il fait partie de la Faculté Internationale, et est l'ancien président de l'Institut International d'Analyse Bioénergétique (IIBA).

Remerciements :

L'auteur est reconnaissant pour le temps, l'énergie et les efforts mis en œuvres par de nombreuses personnes ayant lu, réagi et commenté cet article, particulièrement Garry Cockburn, Vincentia Schroeter, Danita Hall, Ron Panvini et Pascale

Baes. Non seulement leur aide fut très utile, mais leur soutien afin que je continue de rédiger cet article fut essentiel. Mes remerciements vont également à la Société Israélienne d'Analyse Bioénergétique (ISBA) et à leur parrainage pour une présentation publique, qui a permis le processus du développement de ces idées.

Les souvenirs traumatiques

La compréhension des neurosciences

Homayoun Shahri

Traduit par Guy Tonella et Maryse Doess

Résumé

Cet article présente une description détaillée de comment se forment les souvenirs selon les neurosciences. Il explicite différents types de souvenirs, d'une part les souvenirs refoulés et d'autre part les souvenirs dissociés. La formation des souvenirs dissociés, de même que les mécanismes de refoulement des souvenirs, y sont discutés à partir d'études récentes portant sur l'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) et à partir de recherches en neurosciences. Il montre que les souvenirs traumatiques combinent très souvent à la fois des aspects dissociés et des aspects refoulés. En se basant sur de récentes recherches en neurosciences, il conclut que l'accordage du thérapeute et de la situation thérapeutique constitue un facteur extrêmement important dans le traitement du trauma, et ce, indépendamment de la nature du trauma. Enfin, deux cas cliniques sont présentés, mettant en évidence les arguments présentés dans cet article.

Mots-clés : Amygdale, Hippocampe, Cortex préfrontal, Mémoires traumatiques, Neurosciences, Relation thérapeutique, Accordage

Introduction

L'impact du trauma est immense, que ce soit au niveau des dimensions sociales ou que ce soit au niveau des dimensions de civilisation. L'existence du trauma et sa réalité propre ne sont pourtant pas pris en compte autant qu'ils devraient l'être. Les effets du trauma sont rarement reconnus et sont souvent négligés. Le trauma peut altérer l'individu au plus profond de son être et affecter tous les aspects de sa vie. Il modifie la manière dont un individu interagit avec son environnement, tant au niveau des flux d'information qu'il en reçoit que des réponses qu'il

retourne dont la flexibilité est altérée. Le trauma peut changer le corps de l'individu, le rigidifiant parfois, le faisant s'effondrer d'autres fois, produisant une perte de motilité et limitant la vitalité de l'individu. Il peut également changer le fonctionnement des organes internes, modifiant le métabolisme énergétique et ses échanges avec l'environnement. Les sujets traumatisés sont enclins à développer des réponses d'autoprotection très primitives lorsqu'ils perçoivent certains stimuli comme menaçants. Lorsque des stimuli sensoriels sont déclencheurs d'événements traumatiques passés, le cerveau émotionnel réactive une réponse de protection ancienne et habituelle dénotant l'incapacité présente de s'autoréguler. La compréhension des souvenirs traumatiques et de leur mode de réactivation est au cœur même de la compréhension du trauma et de comment s'en guérir. Je propose dans ce travail de nous centrer avec précision sur ce que sont les souvenirs traumatiques et d'articuler entre elles les données issues des neurosciences d'une part, et de la psychologie d'autre part.

Le choc traumatique (*ou trauma factuel, NdT*) est soudain, massif, et peut devenir chronique. Il affecte les individus au cœur même de leur être, et peut altérer le fonctionnement du cerveau aux niveaux du cortex frontal, du système limbique, du lobe pariétal, du cortex insulaire, du cortex visuel, etc. (Van der Kolk, 2014 ; LeDoux, 2002). Ce type de trauma diffère du trauma développemental qui se présente habituellement sous forme chronique, qui se produit durant les étapes du développement, et qui est essentiellement dû à des carences au niveau des réponses faites à l'enfant par celles/ceux qui en prennent soin. Le trauma du développement affecte à coup sûr le fonctionnement du cerveau mais en général pas de la même manière que le choc traumatique (*ou trauma factuel, NdT*). Le trauma développemental constitue également un trauma complexe (Van der Kolk, 2014).

Les chercheurs se sont assez récemment intéressés aux diverses manières de traiter le trauma et les troubles de stress post-traumatique qui en découlent. Cet intérêt actuel porté au trauma, à ses causes et à ses possibilités de traitement, est probablement lié au fait que son existence est aujourd'hui reconnue, que les technologiques en neurosciences et Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) se sont notablement développées, et enfin à un certain changement de climat politique. Dans le paragraphe suivant, je discuterai de la nature des souvenirs traumatiques des points de vue de la psychologie classique et également des neurosciences.

Les neurosciences de la mémoire : un regard microscopique

Au cœur du cerveau sont les neurones. Nous avons environ 100 milliards de neurones dans notre cerveau, et chaque neurone peut avoir des milliers de con-

nexions avec d'autres neurones. Les neurones communiquent via leurs axones (transmetteurs) et leurs dendrites (récepteurs). Un neurone peut avoir des milliers de dendrites et donc recevoir des informations de milliers d'autres neurones. Les neurones, cependant, ont habituellement un unique axone mais un axone peut avoir beaucoup de branches comme le montre la figure 1.

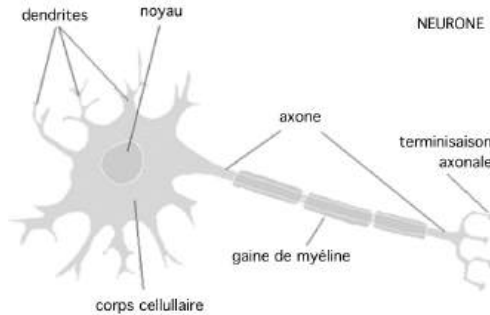


Figure 1. Structure du neurone

La jonction entre un axone et une dendrite est appelée synapse. Par son axone, le neurone transmet ses informations à d'autres neurones via l'espace synaptique. Un signal électrique qui atteint l'extrémité de l'axone provoque la libération de neurotransmetteurs contenus dans des vésicules (Cf. figure 2). Ces neurotransmetteurs voyagent au travers de l'espace synaptique et se lient aux dendrites d'autres neurones, provoquant des changements électrochimiques dans le corps de ces neurones récepteurs. Il y a deux grands types de neurotransmetteurs, ceux qui sont inhibiteurs et ceux qui sont excitateurs. Les neurotransmetteurs excitateurs stimulent le cerveau (augmentant le potentiel d'accumulation du neurone récepteur) alors que les neurotransmetteurs inhibiteurs calment le cerveau (réduisant la probabilité de potentiel d'accumulation du neurone récepteur).

Le neurotransmetteur le plus inhibiteur pour le cerveau est le GABA (l'Acide Gamma-Amino-Butyric), et le neurotransmetteur le plus excitateur est le Glutamate. D'autres neurotransmetteurs jouent un rôle significatif dans le cerveau au niveau du processus d'information et de la mémoire, j'en parlerai plus loin. Lorsque les récepteurs des dendrites reçoivent les neurotransmetteurs et qu'un changement électrochimique au sein de la cellule neuronale est confirmé, le potentiel interne du neurone augmente alors d'un voltage de repos de -70 mV à un voltage possible de $+40$ mV. Puis cette charge décroît rapidement jusqu'à -90 mV, se traduisant par la libération de neurotransmetteurs à l'intérieur de l'espace synaptique du neurone receveur. Cet événement est appelé *potentiel d'action*, l'élévation puis la chute de potentiel étant appelé *pic*, ce qui est montré dans la figure 3 ci-dessous.

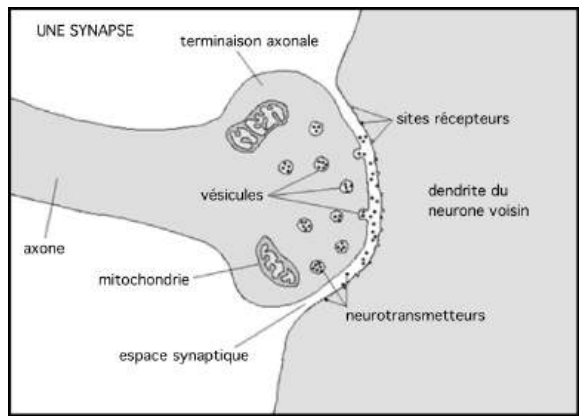


Figure 2. Structure d'une synapse

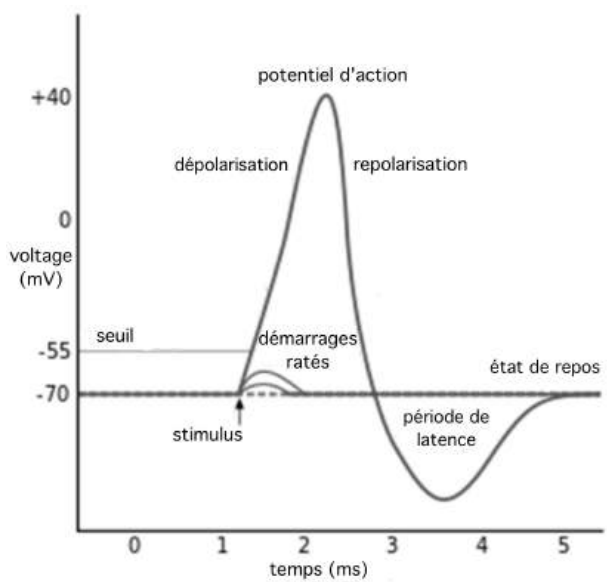


Figure 3. Formation d'un potentiel d'action (pic)

Un neurone libère habituellement une séquence de pics appelée *train de pics* ou encore *train de potentiels d'action*. L'information est acheminée via les trains de pics comme le montre la figure 4 ci-dessous.

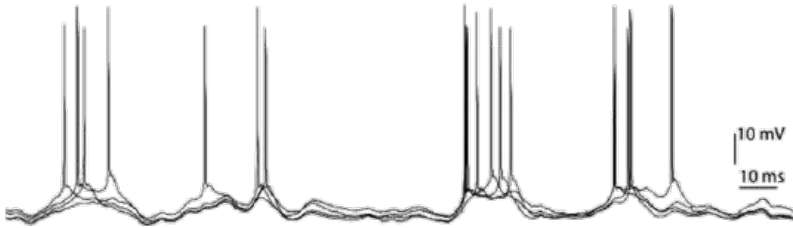


Figure 4. Un train de pics ou de potentiels d'action

Cependant, les neurones ne fonctionnent pas de manière isolée. L'axone d'un même neurone peut former des synapses avec les dendrites de beaucoup d'autres neurones. Divers neurones peuvent bien sûr déclencher des potentiels d'action en même temps, ce qui pose la question de savoir ce qu'il se passe lorsque beaucoup de neurones génèrent en même temps des potentiels d'action. En d'autres termes, quelle est la logique mathématique du fonctionnement synaptique ? LeDoux (2002) indique que les principes mathématiques régissant les synapses sont : 1) l'**Exubérance** (il y a plus de nouvelles synapses fabriquées que de synapses préservées) ; l'**Utilisation** (les synapses qui sont préservées sont celles qui sont actives) ; la **Soustraction** (les connexions synaptiques qui ne sont pas utilisées sont détruites). Ceci renvoie directement au principe de plasticité synaptique, ce qui signifie que le cerveau est continuellement en train de se recâbler lui-même en créant de nouvelles synapses et en détruisant d'autres.

Le réseau neuronal et la mémoire sont associatifs. La mémoire associative se définit en tant que capacité à apprendre et à se souvenir de la relation existant entre des éléments non reliés. Qu'en est-il du principe d'associativité présidant à la formation de la mémoire au sein des réseaux neuronaux ? En 1949, Donald Hebb suggère d'une part que l'axone du neurone A est suffisamment près de la dendrite du neurone B pour l'exciter et déclencher un potentiel d'action, que d'autre part si ce processus est suffisamment répétitif et consistant, la connexion entre les neurones A et B sera renforcée, la probabilité que le neurone B déclenche un potentiel d'action en réponse au neurone A augmentant. Autrement dit, **des neurones qui se déclenchent l'un l'autre se câblent l'un l'autre**. Ceci définit l'axiome Hebbien et formule également l'essence des procédures d'apprentissage et de mémorisation (LeDoux, 2002). Beaucoup de choses ont été découvertes depuis concernant les processus sous-jacents à la théorie déclenchement-câblage de Hebb : l'implication des ions sodium, potassium et calcium, des récepteurs NMDA qui sont des récepteurs de glutamate spéciaux laissant passer le calcium et permettant une Potentialisation à Long Terme (la PLT consiste en une augmentation durable de la transmission de l'information ce qui s'exprime sous forme de plus longs trains de potentiels d'action) lorsqu'à la fois le neurone présynaptique (par son axone) et le neurone postsynaptique (par ses dendrites) sont activés en même temps. LeDoux (2002) écrit :

« Le glutamate présynaptique libéré se fraye un chemin jusqu'aux AMPA (un récepteur du glutamate impliqué dans les transmissions synaptiques) et aux récepteurs NMDA. Une cellule nerveuse postsynaptique déclenche essentiellement un potentiel d'action en établissant la liaison entre le glutamate et les récepteurs AMPA, moyen par lequel les cellules nerveuses sont habituellement activées. En revanche, la libération de glutamate présynaptique qui atteint les récepteurs NMDA de la cellule postsynaptique n'a initialement pas d'effet car une partie du récepteur est bloqué par le magnésium (Mg). Cependant, lorsque le glutamate a activé la cellule nerveuse postsynaptique en se liant aux récepteurs AMPA (provoquant le déclenchement d'un potentiel d'action), le blocage des récepteurs NMDA est levé et le glutamate peut ouvrir la voie des récepteurs et permettre au calcium de pénétrer dans la cellule. Il en résulte une Potentialisation à Long Terme (PLT) » (p. 144).

Ceci constitue, pour Hebb, la condition essentielle à la plasticité neuronale. LeDoux (2002) décrit les récepteurs NMDA en termes de « détecteurs de coïncidence », puisqu'ils détectent la co-activité des neurones présynaptiques et des neurones postsynaptiques, et, ce qui est encore plus important selon LeDoux (2002), parce qu'ils détectent quel neurone présynaptique était actif quand le neurone postsynaptique déclencha un potentiel d'action. Ceci illustre l'essence du principe d'associativité au sein même du réseau neuronal.

La théorie de Hebb appliquée à la formation de la mémoire basée sur l'associativité

LeDoux (2002) écrit :

« Pour que deux stimuli puissent être reliés dans l'esprit et y être associés, les représentations de ces deux événements doivent d'abord se rencontrer dans le cerveau. Cela signifie qu'il doit y avoir un neurone ou un ensemble de neurones qui reçoivent des informations concernant ces deux stimuli. Alors, et seulement alors, les stimuli peuvent être reliés ensemble et une association peut se réaliser entre eux » (p. 135).

Beaucoup de neuroscientifiques et de psychologues pensent que les souvenirs sont constitués par des réseaux de neurones associatifs, structures dans lesquelles différents aspects du souvenir existent séparément ou sont reliés entre eux (LeDoux, 2002). Pour que le souvenir se constitue en réseau associatif, il doit avoir atteint un certain degré d'activation, ce qui dépend des divers constituants du souvenir ainsi que du poids de chacun de ces composants. Le poids des composants est

dépendant des signaux présents durant le processus d'apprentissage, également présent durant le rappel en mémoire. Ces signaux, très souvent, sont des émotions associées aux composants du souvenir. Ce qui fait que lorsqu'en présence d'un signal donné un composant donné du souvenir est activé, c'est l'activation du réseau associatif complet qui s'en trouve facilitée. Certains signaux peuvent provenir du cerveau ou du corps (c'est le cas en ce qui concerne les émotions) indiquant que nous pourrions être dans **le même état émotionnel qu'au moment où s'est formé le souvenir** (LeDoux, 1996). Nous devons souligner là que les souvenirs sont des reconstructions d'événements s'effectuant au moment de leurs rappels en mémoire, et que, du coup, **notre état émotionnel peut influencer la manière selon laquelle on va se rappeler du souvenir réactivé. Le contraire est tout aussi vrai : les souvenirs sont d'autant mieux réactivés et on s'en souvient d'autant plus lorsque l'on se trouve dans la même situation ou le même état émotionnel** (LeDoux, 1996). On ne se souvient entre autre pas de la même manière de tous les aspects constituant une même situation, et l'émotion peut affecter le rappel de certains aspects du souvenir et pas d'autres. En général, **on se souvient mieux de l'aspect émotionnellement significatif d'un souvenir par rapport à ses aspects les plus émotionnellement non significatifs** (LeDoux, 1996).

Après cette introduction indiquant comment les souvenirs sont encodés puis rappelés en mémoire, examinons ce qu'il se passe dans le cerveau lorsqu'il est exposé à un stimulus. Tous les nerfs sensoriels (à l'exception des nerfs olfactifs) s'acheminent jusqu'au thalamus puis sont relayés vers d'autres parties du cerveau. Le thalamus (qui possède deux parties ou moitiés) peut être considéré comme le tableau de bord du cerveau ou encore comme son centre de distribution de l'information. Les données sensorielles (en provenance des yeux, des oreilles, des récepteurs tactiles, etc.) sont reçues et traitées par le thalamus, puis envoyées dans diverses régions du cortex cérébral et vers une autre structure cérébrale appelée amygdale. L'amygdale est une structure de la taille d'une amande (il en existe une de chaque côté du cerveau, au cœur du système limbique), responsable de l'évaluation des stimuli et de l'évaluation de la signification émotionnelle de ces stimuli. Van der Kolk (2014) appelle l'amygdale le « détecteur de fumée » du cerveau. Lorsque l'amygdale évalue qu'un stimulus indique la présence d'un danger, elle déclenche la libération de diverses hormones (de stress) dont l'adrénaline et le cortisol, produisant l'activation du système nerveux autonome sympathique, préparant ainsi la réponse de combat ou de fuite, ou, dans certaines circonstances, la réponse de figement/congélation. Lorsque l'amygdale estime que le danger est passé, le corps revient alors à son état initial. Les informations sensorielles parviennent à l'amygdale en empruntant deux voies que LeDoux (2002) appelle la voie haute et la voie basse. J'ai déjà évoqué la voie basse qui constitue la connexion directe entre le thalamus et l'amygdale. La voie haute quant à elle passe par l'hippocampe et le corps cingulaire antérieur et chemine jusqu'au cortex préfrontal où l'information sensorielle est traitée puis envoyée à l'amygdale. Si l'on voit par ex-

emple un serpent en plastique, notre réaction immédiate peut être la peur suivie d'un mouvement de protection, mais il nous faut à peu près 500 millisecondes (mSec) pour se rendre compte que le serpent est en plastique et inoffensif. Les signaux transitant par la voie basse atteignent l'amygdale en moins de 30 à 50 mSec, alors que les mêmes signaux transitant par le cortex préfrontal atteignent l'amygdale en 400 à 500 mSec (Siegel, 2015).

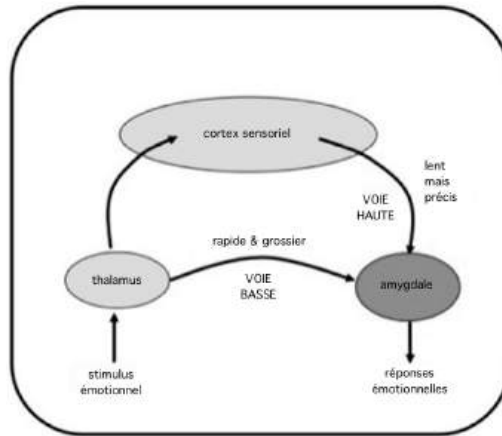


Figure 5. Les voies haute et basse atteignant l'amygdale

Les neurosciences de la mémoire : un regard macroscopique

Le souvenir, dans son sens le plus général, peut être défini comme ce que nous nous rappelons consciemment de notre passé. Mais il est bien plus que cela : « Le souvenir est la manière dont les événements passés affectent nos futures fonctions » (Siegel, 1999, p. 24). Lorsque par exemple un certain pattern neuronal a été activé dans le passé (en réponse à un stimulus interne ou externe), sa probabilité d'activer un pattern similaire dans le futur est renforcée. « La manière dont un réseau [neuronal] se souvient est à la probabilité croissante d'activer un pattern similaire » (Siegel, 1999, p. 24). Il écrit plus loin : « Le stockage en mémoire consiste en une modification de la probabilité d'activer dans le futur un pattern neuronal spécifique » (Siegel, 1999, p. 25). Nos souvenirs sont donc liés à la façon dont ces réseaux de neurones se relient ensemble pour former un pattern d'activation encore plus vaste.

Les souvenirs peuvent être classés en deux grandes catégories : les souvenirs implicites et les souvenirs explicites. La mémoire implicite (ou procédurale) existe

très tôt dans le développement et peut être présente à la naissance. La mémoire implicite n'est pas soumise au rappel, elle est intemporelle. Les souvenirs émotionnels, somatosensoriels et perceptifs peuvent être encodés en mémoire implicite. En général, l'attention n'est pas requise lors des encodages en mémoire implicite. Le rappel des souvenirs encodés en mémoire implicite est dépendant de l'hippocampe et du lobe temporal médian et, de ce fait, n'est pas sous le contrôle de la conscience (Siegel, 1999). L'encodage en mémoire explicite commence durant la seconde année du développement, incluant la mémoire sémantique (factuelle) et la mémoire épisodique (autobiographique). L'encodage des souvenirs explicites nécessite une attention consciente. Les souvenirs explicites impliquent un sens subjectif du rappel et ne sont pas intemporels : la notion de temps accompagne l'encodage des souvenirs explicites. L'hippocampe, les lobes et cortex temporaux sont impliqués dans le traitement et l'encodage en mémoire explicite (Siegel, 1999).

En général, notre cerveau ne conserve pas et n'encode pas en mémoire explicite toutes nos expériences, sinon nous serions inondés par autant d'informations et nous ne pourrions plus fonctionner. Siegel déclare : « Il s'avère que de nombreuses études sur l'émotion et la mémoire pointent vers une courbe en U inversée » (1999, p. 47). Il semble que plus une expérience est émotionnellement intense, plus sa probabilité d'être rappelée en mémoire est grande. Cette expérience est étiquetée comme importante par l'amygdale. Un événement émotionnellement moins intense a donc moins de probabilité d'être encodé et rappelé (Siegel, 1999). Il est également important de noter que les événements qui sont remplis de peur, de terreur, ou qui submerge la conscience, ne peuvent pas être encodés par l'hippocampe. Plusieurs facteurs comme la décharge de l'amygdale et de diverses substances neuroendocrines telles que la noradrénaline et les corticostéroïdes, peuvent inhiber le fonctionnement de l'hippocampe, bloquant ainsi l'encodage de l'événement et son rappel ultérieur. Alors que la mémoire explicite est altérée, ces événements peuvent cependant être stockés en mémoire implicite sous forme de fragments (Siegel, 1999). Fait intéressant, lorsque les souvenirs implicites sont réactivés, ils ne sont pas associés à une impression de temps, de lieu ou de sens de soi dans le temps, ni au sentiment que quelque chose est rappelé en mémoire. La mémoire implicite stocke la dynamique émotionnelle des événements, et non leur contenu. **Le cerveau peut posséder une mémoire implicite (principalement stockée dans le système limbique) dès le début de la vie du nourrisson (même durant la période prénatale). Mais ce n'est environ qu'après deux ans que l'hippocampe est suffisamment développé pour encoder les événements en mémoire explicite.**

Il s'avère que le stress intervient également dans l'encodage et le stockage en mémoire explicite. De petites quantités de stress n'ont en général pas d'effet sur l'encodage en mémoire des événements ; des quantités modérées de stress aident à encoder des événements en mémoire pour un futur rappel ; par contre **de grandes quantités de stress diminuent l'encodage et le rappel en mémoire des événements** (Siegel, 1999).

Diverses études ont montré que certaines sécrétions endocriniennes sont impliquées et interviennent lors du processus d'encodage et de rappel en situation de stress. Ce processus est normalement transitoire et peut durer de quelques secondes à quelques minutes. Des études récentes montrent que l'axe HPA (Hypothalamo-Pituitaire-Adrénalinique) est impliqué dans l'inhibition du fonctionnement de l'hippocampe. Si d'autre part le stress devient chronique, **le fonctionnement et la taille de l'hippocampe (qui intervient dans l'encodage en mémoire explicite) s'en trouvent affectés. Des niveaux élevés chroniques de cortisol, une hormone de stress, provoquent l'atrophie de l'hippocampe.** En réponse à une activation aigüe du système nerveux autonome (SNA), l'élévation excessive des niveaux d'épinéphrine et de norépinéphrine (des catécholamines) affectent également l'encodage en mémoire et provoquent la détérioration des souvenirs (Siegel, 1999). LeDoux (2002) soutient qu'en raison de sa connexion avec l'hippocampe et d'autres régions liées au système de mémoire explicite, **l'amygdale renforce ses souvenirs appris en présence d'une certaine activation émotionnelle.** Il affirme plus avant qu'au cours de la formation du souvenir, un degré d'excitation émotionnelle ne dépassant pas une certaine limite ne fait qu'améliorer le processus d'encodage en mémoire. Si cependant l'excitation émotionnelle dépasse une certaine limite, la formation du souvenir peut être défectueuse et entraîner son altération. **Au cours d'un événement extrêmement stressant accompagné d'une forte activation émotionnelle, le niveau de cortisol (une hormone de stress) augmente considérablement, interférant avec le fonctionnement de l'hippocampe et la formation du souvenir (LeDoux, 2002).**

Les souvenirs traumatiques : leur répression et la dissociation

Abordons maintenant plus précisément la question des souvenirs traumatiques à partir de ce que nous venons de dire précédemment. J'indiquais que si quelqu'un est exposé à un stimulus hautement stressant (trauma), le fonctionnement normal de l'hippocampe pouvait être affecté à cause de l'activation de l'amygdale et de la sécrétion d'hormones de stress telle que le cortisol, et pouvait entraîner une altération du souvenir de l'évènement traumatique. Il se peut que ces souvenirs soient alors **mémorisés sous forme de fragments isolés et dissociés. Ils deviendront alors probablement liés à l'état du sujet, pouvant être réactivés par des stimuli sensoriels et par des émotions en rapport avec l'évènement stressant d'origine ou trauma** (Van der Kolk, 2015). Il est également possible que le traitement du souvenir au niveau du thalamus puisse se détériorer et que, par conséquent, les informations sensorielles ne puissent pas atteindre les diverses zones corticales pour y être traitées et catégorisées, avec pour conséquence le fait que les images, les sons, les odeurs et les contacts ne soient encodés qu'en tant que fragments isolés. **En**

d'autres termes, l'exposition à un stimulus hautement stressant et l'expérience traumatique qui en résulte conduisent à n'avoir que des souvenirs fragmentés et dissociés de l'expérience.

Le Doux écrit (1996) : « La même quantité de stress pouvant conduire à l'amnésie d'un trauma peut amplifier les souvenirs implicites ou inconscients qui se forment pendant l'événement traumatique » (p. 246). LeDoux (1996) analyse plus loin que le fait de ne pas se rappeler certains souvenirs traumatiques peut être dû à l'arrêt du fonctionnement de l'hippocampe dont l'amygdale est le médiateur. Dans cette situation due à l'arrêt du fonctionnement de l'hippocampe, aucun souvenir conscient n'a pu se former et donc aucun rappel en mémoire ne pourra avoir lieu.

Les souvenirs traumatiques peuvent également être refoulés. En fait, certains aspects des souvenirs traumatiques peuvent être refoulés et d'autres dissociés. Dans cet article cependant, les souvenirs refoulés auxquels je me réfère sont **ceux qui sont refoulés hors de la conscience en raison de leur nature désagréable**. Il est possible que les souvenirs qui ont été fragmentés soient également refoulés. Brewin & Andrews (1998) suggèrent que quelque 20 à 60 pour cent des patients qui suivent une thérapie et qui ont été sexuellement abusés durant leur enfance ont traversé des périodes de leur vie sans aucun souvenir concernant cet abus sexuel, cette amnésie pouvant souvent durer plusieurs années. Erderlyi (2006) écrit :

« Le mécanisme du refoulement, envisagé comme un processus diminuant la conscience, est divisée en deux sous-groupes : les processus d'inhibition et les processus d'élaboration. Le refoulement inhibiteur implique l'évitement cognitif de certains éléments spécifiques et conduit à la perte de certains souvenirs. Une partie de ces souvenirs perdus peut cependant s'exprimer indirectement et peut également, ultérieurement et en partie, réapparaître suite à des efforts de récupération. Le refoulement élaboratif quant à lui déforme les souvenirs originels à travers une variété de transformations et d'additions inexactes [cherchant à combler les déficits de mémoire] (p. 499). »

Erderlyi (2006) paraphrase Freud et soutient que le refoulement provient d'un Moi passablement développé, impliquant donc l'intention. Erderlyi (2006) cite également des études ayant identifié des circuits neuronaux impliqués dans les phénomènes de récupération, d'inhibition et d'oubli intentionnels des souvenirs. Ces circuits impliquent certaines zones du cortex préfrontal. Il a également été démontré par l'Imagerie par Résonnance Magnétique fonctionnelle (IRMf) que les régions préfrontales jouent un rôle important dans le refoulement des souvenirs chargés d'émotions (Depue, Curran, & Banich, 2007). Debus, Banich et Curran (2006) montrent que la représentation de souvenirs d'événements chargés d'émotions est beaucoup plus profondément encodée que celle d'événements sans émotions.

Anderson et Green (2001) ont conçu une expérience appelée « Penser/Ne plus penser » permettant d'étudier le refoulement des souvenirs indésirables. L'expérience est divisée en trois phases. Dans la première phase (familiarisation), on présente aux participants plusieurs couples de mots dans lesquels un « mot-signal » est jumelé à un « mot-cible ». Puis on leur demande de mémoriser ces couples de mots, de sorte que le (premier) mot-signal présenté puisse rappeler le (second) mot-cible. Dans la deuxième phase (expérimentale), les participants sont invités à penser à des mots-cibles correspondant aux mots-signaux présentés (ils sont sur le mode : « Penser ») ; puis les participants sont invités à supprimer toute pensée relative à certains mots-cibles jumelés à leurs mots-signaux (ils sont alors sur le mode : « Ne plus penser »). Dans la troisième phase finale de l'expérience, on évalue la capacité à se souvenir à quel mot-cible correspond chaque mot-signal. En réutilisant cette expérience, Debus, Banich et Curran (2006) ont en outre découvert dans ce protocole expérimental « Penser/Ne plus penser » centré sur le mécanisme réussi du refoulement, qu'il est d'une part nettement plus facile, lors de la phase « Penser », de se rappeler un souvenir chargé d'émotion que de se rappeler d'un souvenir sans émotion, et que, d'autre part, lors de seconde la phase « Ne plus penser », il y a moins de perte de mémoire relative aux souvenirs chargés d'émotion.

Il en ressort que les souvenirs chargés d'émotion sont beaucoup mieux encodés. Il est donc plus difficile de supprimer les pensées intrusives liées à des événements très stressants, comme c'est le cas chez ceux qui souffrent de **Désordres liés au Stress Post-Traumatique (PTSD en anglais)**. Erdelyi (2006) pose la question de savoir si l'émotivité augmente ou dégrade la mémoire, et la réponse est oui et oui. L'auteur explique : « Il existe un consensus général sur le fait que l'émotivité améliore la mémoire concernant les éléments centraux d'un événement, mais dégrade celle de ses éléments périphériques » (p. 503). Il est important de noter que le souvenir en général est une construction hétérogène et que ce qui s'applique à un aspect du souvenir peut ne pas s'appliquer aux autres (Erdelyi, 2006). Il est ainsi possible que certains aspects du souvenir soient fragmentés et dissociés en raison du haut niveau de stress associé aux événements, tandis que certains de ses aspects moins importants et périphériques puissent être refoulés hors de la mémoire consciente puis oubliés.

Howell : la comparaison entre refoulement et dissociation

A propos des souvenirs refoulés ou dissociés, Howell (2005) compare et oppose refoulement et dissociation :

1. Le refoulement est lié à un motif et il est défensif. En revanche, la dissociation n'a pas à être motivée ou être défensive d'un point de vue psychologique.

- Par exemple, la dissociation peut apparaître automatiquement au moment du traumatisme, ou d'une manière non défensive en situation d'hypnose.
2. Le refoulement se réfère à l'expérience formalisée, et la dissociation se réfère généralement à l'expérience non formalisée.
 3. Le refoulement se réfère habituellement à un élément d'information qui était accessible à un moment donné mais plus au moment suivant, alors que la dissociation se réfère généralement à des fragmentations d'expériences dans lesquelles les parties fragmentées sont côte à côte, différentes l'une de l'autre, parfois opposées l'une à l'autre. La dissociation fait référence à des états ou des systèmes d'états s'excluant souvent l'un l'autre.
 4. Les souvenirs dissociés sont particulièrement dépendants du contexte (p. 198).

Dans le mécanisme de refoulement, les contenus psychiques inacceptables sont renvoyés dans l'inconscient, alors que dans le mécanisme de dissociation, le contenu scindé et dissocié ne disparaît pas de la perception de façon continue, et peut réapparaître à tout moment en fonction des stimuli externes ou internes. Freud faisait l'hypothèse que les contenus refoulés étaient convertis en modes alternatifs tels que des rêves, des lapsus ou des symptômes, etc. alors que Erdelyi (2006) et Van der Kolk (1994) pensent que ces modes alternatifs ne répondent pas à des processus de conversion mais constituent en eux-mêmes des souvenirs conservés. Erdelyi écrit : « Vu ainsi, le refoulement efface bien les souvenirs déclaratifs (conscients), mais d'autres systèmes de mémoire (par exemple la mémoire procédurale, comme dans les symptômes) ne sont pas affectés de la même façon et continuent de refléter le souvenir » (Erdelyi, 2006, p. 507).

Les positions opposées de Freud et de Janet à propos des souvenirs traumatiques soit refoulés soit dissociés

Les divergences sont nombreuses au sein des chercheurs à propos de la nature des souvenirs traumatiques : sont-ils refoulés ou dissociés. Ce débat n'est pas nouveau et repose sur le désaccord historique entre Freud et Janet. Freud, en se référant essentiellement à l'hystérie, pensait que les souvenirs traumatiques étaient refoulés alors que Janet était convaincu qu'ils étaient dissociés. Bien sûr, tant Freud que Janet se référaient aux phénomènes hystériques, et il se trouve que le phénomène hystérique a recours tant au mécanisme du refoulement qu'à celui de la dissociation. Freud (1952c) pensait que la motivation essentielle conduisant au refoulement était l'évitement de la douleur, précisant que le mécanisme du refoulement consistait à maintenir ce qui est douloureux en dehors du champ de la conscience. Janet pensait, lui, que d'intenses émotions pouvaient dissocier les souvenirs du champ de la conscience, ces souvenirs dissociés étant alors stockés sous

forme de sensations viscérales ou d'images visuelles pouvant revenir sous forme de flashbacks (Van der Kolk, 1994).

Les neurones afférents, la mémoire et les IPMf

Lors d'un choc traumatique, les signaux en provenance des neurones afférents (neurones sensoriels) peuvent ne pas atteindre totalement le cortex afin d'y être traités, l'hippocampe ne pouvant pas davantage les catégoriser, les organiser et les encoder sous forme de souvenirs. Par conséquent, ces souvenirs ne pourront pas être rappelés comme un tout, mais seulement sous forme de fragments associés à des sensations et à certains états corporels, tels que des sons, des images, des contacts physiques, certaines postures, etc. (Siegel, 1999). Comme je le notais plus haut, les signaux en provenance des neurones afférents (neurones sensoriels) mettent environ 30 à 50 millisecondes pour atteindre le système limbique (et l'amygdale), alors qu'ils mettent beaucoup plus de temps, jusqu'à 500 millisecondes, pour atteindre le cortex frontal et y être traités. Ceci rend compte d'un processus évolutif bénéfique pour l'espèce, puisque nos ancêtres, afin de préserver leur vie, devaient immédiatement agir face à l'attaque d'un prédateur. Lors d'un traumatisme massif, les circuits neuronaux allant du système limbique au cortex sont bloqués. Les souvenirs retenus dans le système limbique sont alors intemporels mais susceptibles d'être réactivés à tout moment en présence de certains stimuli. Le patient a alors l'impression que ces fragments de souvenirs correspondent à « l'ici et maintenant », puisque qu'ils sont intemporels. En outre, les souvenirs sont stockés dans différentes parties fonctionnelles du cerveau, avant d'être plus tard organisés par l'hippocampe et traités par le cortex préfrontal. Des techniques récentes en IRMf ont en effet souligné la corrélation inverse existant entre l'activation de l'amygdale et celle du cortex préfrontal droit.

De récentes études en neuro-imagerie ont également montré que les cortex préfrontal dorsal et ventral latéral, le cortex cingulaire antérieur (qui est connecté au cortex préfrontal) et le cortex moteur pré-complémentaire sont impliqués dans le refoulement des souvenirs douloureux. En revanche, les activités de l'hippocampe, une région du cerveau cruciale dans l'encodage de la mémoire explicite, ont diminué (Anderson, et al., 2004). Ceci a également été démontré lors d'une autre étude menée à l'Université du Colorado (Depue et Curran, 2007) en mesurant les activités cérébrales chez des sujets entraînés à refouler les souvenirs douloureux ainsi que les souvenirs d'images négatives. Depue, Banich et Curran (2006) ont constaté que le refoulement des souvenirs indésirables se produit dans deux circuits neuronaux. Ils écrivent :

« Le premier circuit implique le contrôle cognitif des facteurs sensoriels présents dans la représentation du souvenir par l'action du gyrus frontal

inférieur droit (une partie du lobe frontal latéral) ... Cette observation est cohérente avec les modèles computationnels qui postulent que les informations mises en jeu par la mémoire de travail peuvent être bloquées par l'activation ou l'inhibition du thalamus. Un deuxième circuit implique le contrôle cognitif des processus de mémoire et des facteurs émotionnels présents dans la représentation du souvenir par l'action du gyrus frontal moyen droit (une partie du lobe frontal latéral situé au-dessus du gyrus frontal inférieur droit) via la modulation de l'hippocampe et de l'amygdale » (Page 218).

Le système limbique, la mémoire implicite et le refoulement élaboratif

Il est cependant important de noter que les aspects émotionnels des souvenirs traumatiques sont stockés sous forme de souvenirs implicites dans le système limbique. Il existe donc une scission ou une dissociation entre d'une part les contenus des expériences douloureuses, et, d'autre part, leurs aspects émotionnels et la dynamique de l'expérience. Les contenus douloureux sont refoulés alors que la dynamique émotionnelle est conservée dans des souvenirs implicites. Comme l'indique Schore (1994), ce processus de scission est également un processus inter-hémisphérique.

Il est également important de souligner que le rappel en mémoire des souvenirs passés (et en partie dégradés) permet de récupérer certaines parties de ces souvenirs, mais également et de surcroît, d'en **enrichir le sens (c'est le refoulement élaboratif)**. Ceci consiste en un effort pour réduire l'incertitude et accroître la prévisibilité, de sorte que le flux d'excitation que ce processus entraîne puisse diminuer (Erdelyi, 2006). En ce qui concerne la dissociation, ce même processus peut cependant ne pas se produire car ces souvenirs sont extrêmement dépendants de l'état du moment et ne sont généralement pas susceptibles d'être enrichis comme peuvent l'être les souvenirs refoulés et rappelés en mémoire. Cela est partiellement dû à la nature des souvenirs dissociés qui submergent divers circuits neuronaux et bloquent leur traitement normal. LeDoux (1996) écrit :

« ... Si le stress bloquait complètement le fonctionnement de l'hippocampe, au point qu'il deviendrait incapable de former un souvenir de l'événement (au cours de l'événement), ce serait alors une mission impossible, par quelque moyen que ce soit, que de retrouver un quelconque souvenir conscient de l'événement. Si aucun souvenir n'a été formé, aucun souvenir ne peut être retrouvé ou récupéré. D'un autre côté, si l'hippocampe n'a été que partiellement affecté par le traumatisme, il peut avoir participé à la formation d'un souvenir bien que fragile et fragmenté. Dans une telle situation, il peut

être possible de reconstruire mentalement certains aspects de l'expérience. De tels souvenirs demanderont nécessairement que des vides entre les fragments soient remplis et finalement, l'exactitude du souvenir sera fonction de la quantité de vides qui auront pu être remplis, fonction également de combien ces parties vides constituaient l'essence du souvenir » (page 244).

Recoller entre elles les parties de souvenirs dissociés

Pourtant, « recoller » ensemble les parties de souvenirs dissociés afin d'en rétablir le sens et de réduire le degré d'activation physiologique reste possible. Pour ce faire, le patient doit pouvoir, pendant le temps où il reconstruit le récit de son souvenir dissocié, tolérer un haut niveau d'activation physiologique sans qu'il ne le submerge. Nous sommes parfaitement conscients, en tant que thérapeutes bio-énergétiques, que la présence d'un thérapeute empathique, soutenant et accordé est un élément essentiel de ce processus. Ce type de connexion patient-thérapeute permet aux patients de faire en sorte que leur hémisphère gauche donne un sens fondamental aux représentations en provenance de leur hémisphère droit, ce qui leur permet de réguler certains états émotionnels pouvant être d'une grande intensité (Siegel, 1999). La présence d'un thérapeute empathique et accordé permet alors au patient de maintenir un état d'activation physiologique à un niveau tolérable favorisant l'intégration du souvenir traumatique.

En résumé, l'accordage empathique et la résonance limbique au sein de la relation thérapeutique sont clairement des conditions nécessaires au traitement du trauma, que les souvenirs traumatiques soient refoulés ou dissociés. Le thérapeute doit être émotionnellement accordé à ses patients et leur permettre de réguler leurs affects particulièrement intenses au sein même de la relation thérapeutique. Cela signifie que le thérapeute doit également être personnellement capable de contenir ces mêmes affects (Hilton, 2007). Les expériences et les souvenirs traumatiques nous amènent à nous diviser et nous séparer de notre Soi intégré et spontané. Et seule la présence d'un thérapeute empathique et accordé nous donne la possibilité de nous rétablir et de retrouver un Soi intégré. C'est cela qui nous permet de redevenir libres et de ne plus être hantés ni asservis par des souvenirs traumatiques (Hilton, 2007).

Un cas clinique : Elizabeth

Elizabeth (dont j'ai changé le nom changé pour des raisons de confidentialité) était une femme attirante, âgée d'une trentaine d'années. Elle était venue me consulter car elle se sentait très angoissée. Elle était très instruite et poursuivait des études supérieures en sciences. Son corps était rigide et présentait quelques carac-

téristiques orales. Elizabeth ne s'est pas décrite comme quelqu'un d'angoissé mais me raconta qu'au cours de ces dernières semaines, juste avant de venir me voir, sa santé l'avait angoissée et préoccupée. Concrètement, elle avait peur d'avoir un cancer du col de l'utérus. Elle avait vu son médecin qui avait observé une anomalie dans son test sanguin et voulait qu'elle revienne pour subir d'autres tests. Ma première recommandation fût qu'elle aille voir son gynécologue, ce qu'elle a fait, et il s'avéra que son angoisse était sans fondement. Son angoisse persista cependant car elle n'était pas satisfaite des résultats des tests. Elle continuait de croire qu'elle avait de sérieux problèmes relatifs à ses organes sexuels. Après plusieurs séances où nous avons travaillé sur son angoisse et sur son histoire familiale, je perçus que le lien thérapeutique et la relation étaient fermement installés. J'étais presque du même âge que son père, et un transfert paternel fort et positif s'était également installé. Les premières séances furent essentiellement centrées sur son histoire, sur le fait qu'elle puisse respirer profondément et qu'elle se sente enracinée. Je lui demandai également si elle sentait ou non son bassin et sa réponse fut : « Non ! » Elle éprouvait en fait cette partie de son corps comme pas très adéquate, se sentant particulièrement dissociée de son vagin et de sa région pelvienne.

Dès la première séance, je remarquai qu'Elizabeth, en m'écoutant, tournait légèrement la tête vers la droite, me regardant du coin des yeux, comme si elle ne me faisait pas confiance. Son bras droit, d'autre part, était particulièrement immobile tandis qu'elle était assise sur le matelas, alors que son bras gauche était plutôt animé. Ses jambes étaient complètement serrées l'une contre l'autre et son bras droit, bien qu'immobile, donnait l'impression qu'elle protégeait son vagin. Comme j'avais l'impression que nous avions établi une relation thérapeutique solide, je décidai de m'aventurer un peu plus avant et de porter ces observations précédentes à son attention. Je lui demandais entre autre de voir ce qu'il se passerait si elle modifiait la position et les mouvements de ses bras et de ses jambes, et si elle me regardait dans les yeux lorsque je lui parlais. Elle reconnut d'abord très vite qu'elle n'avait pas encore entièrement confiance en moi, bien qu'elle ne sache pas pourquoi, et bien qu'elle n'ait aucune raison de ne pas me faire confiance. Et elle se sentit néanmoins immédiatement très angoissée dès qu'elle allongea les bras le long de son corps, et particulièrement lorsqu'elle desserra les jambes.

Elle me raconta ensuite une histoire qu'elle n'avait jamais partagée avec quiconque. Elle me raconta qu'elle avait pris conscience, peu de temps après avoir commencé à travailler avec moi, qu'un cousin plus âgé qu'elle, alors qu'elle avait 5 ou 6 ans, avait abusé sexuellement d'elle. Ces souvenirs lui paraissaient proches du rêve et elle n'était pas sûre qu'ils correspondent à des faits réels. Ce cousin était en fait l'un de ses préférés et elle le considérait avec respect et admiration.

Au fur et à mesure qu'elle me racontait cette histoire, Elizabeth sentit l'angoisse monter. Je lui demandai quelles sensations corporelles elle avait, et elle me répondit qu'elle sentait ses jambes très froides. Je lui demandais ce que son corps avait envie de faire et elle me répondit qu'elle voulait se mettre debout. Je lui

ai proposais de suivre son instinct et de faire ainsi, en gardant les genoux légèrement pliés. Ses jambes commencèrent à vibrer. Elle commença à pleurer et me dit qu'elle se sentait effrayée. Elle n'aurait en fait pas voulu partager les souvenirs qui venaient de surgir. Je répondis à Elizabeth qu'il n'y avait bien sûr aucun problème à ce qu'elle ne les partage pas, mais que ce serait superbe si elle se sentait assez sûre pour rester en contact avec eux. Elle me répondit qu'elle se sentait en sécurité et pouvait rester en contact avec ces souvenirs revenus en surface. Je lui demandai si elle avait été seule avec son agresseur et elle me répondit que « oui », qu'elle et lui étaient seuls dans la maison de son cousin. Je lui demandais si elle était alors consciente d'être dans une pièce de cette maison, consciente également d'où était la porte. Elle me dit qu'elle en était consciente. Je lui demandai alors si elle pouvait **courir vers cette porte, l'ouvrir et en sortir à toute vitesse**. Elle le fit en imagination et se retrouva dans une ruelle, hors de la maison, mais seule, ce qui lui faisait peur car il pourrait tout aussi bien la suivre et l'attraper. Je lui demandai s'il y avait un magasin pas très loin. Elle me répondit que « oui », qu'il y avait une petite épicerie tout près. Je lui demandai **de courir, d'y entrer et d'y rester car elle y serait là en sécurité**.

Ses peurs se sont alors calmées, bien qu'elle tremblât de tout son corps, déchargeant le trauma (du stress post-traumatique, *NdT*). J'avais lu dans l'un des articles de Peter Levine (2003) qu'il était intervenu de cette même façon dans le cas d'un homme attaqué par des chiens sauvages et ce que j'avais lu avait influencé mon intervention. La séance avec Elizabeth arrivait à son terme et nous avions déjà dépassé le temps de fin de séance. Mais puisqu'elle était ma dernière cliente ce jour-là, je restai avec elle jusqu'à ce que son système nerveux s'apaise.

La séance suivante porta essentiellement sur ce qui s'était passé lors de la séance précédente, l'explorant et l'élaborant. Elizabeth ne se sentait toujours pas en mesure de partager ce qu'il s'était réellement passé avec son cousin, et je l'ai de nouveau assurée que tout ceci était normal, qu'elle n'était pas obligée de partager ce qu'elle ne voulait pas partager. Dans la séance suivante, je demandai à Elizabeth si elle voulait travailler un peu plus sur son trauma, et elle répondit que « Oui ». Je lui demandais de nouveau de prêter attention à son corps, en particulier à ses jambes et à son bras droit (celui qu'elle maintenait immobile), pendant qu'elle se remémorait son souvenir. Ses jambes commencèrent à vibrer très rapidement, elle se mit debout spontanément, ses vibrations augmentant. Cette fois-ci, son avant-bras droit, jusqu'alors immobile, commença à tourner autour du coude. La rotation devint un peu plus intense et, en même temps, je remarquais qu'elle portait le poids de son corps vers la droite et que le côté gauche de son pied droit s'était légèrement levé.

Cela me donnait l'impression que quelqu'un lui tordait le bras derrière le dos. Je lui fis part de mon impression et elle commença alors à sangloter, remplie de peur. Elle ne me parla pas du souvenir qui venait de se faire jour et je lui demandai simplement si elle avait eu le bras droit tordu derrière le dos durant l'abus. Elle

répondit que c'était le cas, mais elle avait, cette fois, encore plus peur, et se sentait terrorisée. Elle tremblait et sanglotait.

Elizabeth était en état de dysrégulation et je ne pouvais pas intervenir comme je l'avais fait lors des deux séances précédentes. Je lui demandai cette fois de prendre appui sur mon avant-bras (lui offrant ainsi plus de soutien) afin que **nous puissions courir ensemble**, moi restant à ses côtés pendant qu'elle se sauverait en courant, loin de la maison et de l'agresseur, à la recherche de sécurité. Nous avons « couru » ensemble jusqu'à la même épicerie qu'elle avait imaginée lors de la séance précédente. Cette fois, je lui dis que **je resterais près elle aussi longtemps que nécessaire, jusqu'à ce que ses parents reviennent et jusqu'à ce qu'elle se sente en sécurité**. Quelques minutes plus tard, son système nerveux se calma, mais elle se mit encore davantage à trembler et à sangloter.

Le travail avec Elizabeth se poursuit toujours et les progrès sont là. Elle travaille avec moi depuis environ 8 mois. Lors d'une séance, il y a deux mois, elle me dit que l'un de ses collègues se conduisait mal avec elle, notamment lorsqu'elle lui rendait visite dans son bureau, se figeant alors, ne pouvant ni bouger ni dire « NON ». Nous avons travaillé sur comment fixer des limites et dire « NON ». J'ai demandé à Elizabeth ce qu'elle pouvait faire si son collègue ne pouvait pas entendre ce « NON », et respecter les limites qu'elle voulait lui mettre. Elle m'a très vite et spontanément répondu : « **Bien sûr, je peux fuir** ». Depuis cette séance, Elizabeth a récupéré de ses capacités propres, fréquente maintenant quelqu'un, se redécouvre et redécouvre sa sexualité, et le souvenir de son trauma n'a plus d'emprise sur elle.

Ce cas clinique illustre ce qu'est la dissociation ainsi que le refoulement des souvenirs traumatiques. Elizabeth ne se souvenait pas d'avoir été abusée et, plus tard, ce souvenir n'émergea que comme un rêve dont elle n'était pas sûre qu'il fût réel. Nous avons commencé à travailler à partir de son corps, de ses sensations et de ses sentiments afin de récupérer et de co-intégrer les fragments de souvenir. Cependant, comme je l'ai souligné plus tôt, le rappel en mémoire des souvenirs ramène une version retravaillée et transformée des souvenirs originaux. À partir de là, nous avons cherché à enrichir ses souvenirs en lui faisant retrouver la force et la capacité de fuir, ce qui impliquait également la réalisation des actions suspendues au moment du trauma. Le souvenir nouvellement formé, bien que contenant les aspects douloureux du souvenir original, est maintenant et ainsi enrichi par le souvenir de ses propres capacités retrouvées. Mon espoir est qu'au fil du temps, ces souvenirs nouvellement formés deviennent ses souvenirs par défaut. En d'autres termes, nous avons pu **recoller ensemble les souvenirs fragmentés et dissociés de l'abus avec les nouveaux souvenirs qui ont redonné à Elizabeth sa force, ont réduit son activation physiologique (NdT : *activation de nature post-traumatique*) et abaissé l'activation de son amygdale**. Cette approche est confirmée par une étude récente de Díaz-Mataix, Ruiz Martínez, Schafe, LeDoux et Doyère (2013) qui a montré qu'il est possible de **déclencher la plasticité syn-**

aptique et la reconsolidation de la mémoire aversive au niveau de l'amygdale latérale, en introduisant de nouvelles informations au moment du rappel et de la réactivation.

Un cas clinique : John

John (dont j'ai changé le nom changé pour des raisons de confidentialité) est un homme âgé d'une quarantaine d'années. Il est venu me voir parce qu'il venait de changer d'emploi et se sentait très angoissé. Ses angoisses étaient sur le point de se transformer en attaques de panique. Il me dit qu'il se réveillait en sueur en plein milieu de la nuit et se sentait très angoissé à peine réveillé le matin. Il montrait également de légers signes de dépression. Ce n'était pas la première fois que John souffrait d'angoisse et de dépression. Il semblait que chaque fois qu'il se trouvait dans une situation où il faisait face à de gros enjeux (où il ne serait peut-être pas à la hauteur et pourrait perdre son emploi), il finissait angoissé et finalement dépressif. Il me décrit comment, il y a 10 ans, il connut les mêmes symptômes (encore plus forts qu'actuellement) lorsque son entreprise fit faillite et qu'il dû déposer le bilan. Il dut être hospitalisé pendant plusieurs jours. John était un homme instruit, très rigide et obstiné. Sa mâchoire était très tendue, au point qu'il pouvait à peine ouvrir la bouche. Il était également très tendu et contracté dans le bas du dos. Lorsque je lui fis part de tout cela, il approuva. Il me dit qu'à cause de ces fortes tensions dans la mâchoire, beaucoup de ses dents s'étaient abîmées et que des spasmes musculaires dans le bas du dos se manifestaient fréquemment. Je demandai à John quels étaient ses souvenirs d'enfance et ce dont il se souvenait. Je pose souvent cette question lors de nos premiers échanges.

En procédant ainsi, j'ai en tête le fait qu'en raison de la nature associative de la mémoire, il est fort probable que les expériences et les souvenirs d'enfance responsables des comportements et des conflits actuels se réactivent, et que le client puisse les décrire, puisqu'elles procèdent d'un processus de rappel en mémoire conscient. John me dit qu'il était le plus jeune d'une famille de 6 frères et sœurs. Il me raconta que son père, depuis aussi longtemps qu'il se souvienne, était extrêmement déprimé, ne travaillait pas, restait à la maison la plupart du temps, et décéda quand John avait 10 ans. Sa mère, d'autre part, exerçait deux emplois à la fois afin de pouvoir joindre les deux bouts. C'était au fond une mère célibataire et le seul soutien de la famille, même si les frères et sœurs plus âgés que John se mirent au travail lorsqu'ils en eurent l'âge, afin d'aider la famille. John se rappelait que sa famille dut déménager plusieurs fois, n'ayant pas l'argent pour payer le loyer, et les retards s'accumulant, fut finalement mise à la porte.

Enfant, John ne se sentait jamais en sécurité et était angoissé. Il se souvenait du regard préoccupé sur le visage de sa mère, ne sachant pas ce qu'il devait faire et devenant encore plus angoissé et effrayé. John était le plus instruit de sa famille

et quand il eut 16 ans, il quitta sa famille, commença à travailler, alla à l'école, et finalement réussit. Quand il épousa sa femme, il a amené sa mère chez lui, afin qu'elle vive avec eux, et en pris soin jusqu'à sa mort. Il fallut plusieurs séances pour que John réalise le lien entre sa vie d'enfant et ses symptômes actuels. Nous avons avancé très lentement et j'ai mélangé analyse, interprétation et travail corporel (enracinement et respiration), établissant l'un avec l'autre une relation thérapeutique forte.

Une fois, John m'a appelé une demi-heure avant sa séance pour l'annuler. J'étais un peu contrarié et lui dis, peut-être sur un ton plus sévère qu'à l'habitude, qu'il aurait dû me le faire savoir au moins un jour à l'avance. Il manqua également la séance suivante. Quand finalement il revint, je me dis que ce qui s'était passé entre nous méritait d'être élaboré. John me dit qu'il s'attendait à ce que je lui demande pourquoi il avait annulé sa séance. Ne lui ayant rien demandé, il eut le sentiment que je ne lui accordais pas autant d'attention qu'il l'avait pensé, sinon je lui aurais posé la question. Je lui dis que j'étais désolé de l'avoir ainsi laissé tomber. Il me répondit qu'il s'était senti très déprimé, qu'il s'était senti aller vraiment mal, que c'étaient les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas se rendre à sa séance et avait dû l'annuler. Cette séance fut surtout consacrée à l'élaboration de ce qui s'était passé, ce qui s'est avéré crucial, le transfert positif s'étant transformé en un transfert négatif intense. Je lui dis également combien j'étais désolé qu'il ait dû faire face à une nouvelle dépression et crise d'angoisse le jour où il dut annuler sa séance. Nous avons réussi à réparer cette rupture de relation entre nous et à reconstruire une relation thérapeutique forte.

John montrait des signes d'amélioration et se sentait moins angoissé bien que ce fut à un rythme lent. Au cours d'une séance, il y a plusieurs mois, John me dit qu'il allait prendre quelques semaines de congé, qu'il voyagerait et prendrait du plaisir à passer du temps avec ses enfants et d'autres parents proches. Je l'encourageai, d'autant que John n'avait en général pas de liens forts avec sa famille ou ses amis. Quand il revint, une grande partie du travail que nous avions fait s'était solidifiée. Il s'était senti et continue à se sentir beaucoup mieux, son angoisse ayant quasiment disparue. **Les nouvelles voies neuronales que nous avions mises en place au fil de notre interrelation et de notre travail s'étaient finalement activées, devenant les nouvelles voies par défaut, au sens de Hebb.** Les catalyseurs fondamentaux de ce changement consistaient en son expérience nouvelle d'être vu pour qui il était, sans jugements et avec empathie, compréhension et affection. John n'avait jamais connu cela et c'est ce type d'interrelation entre nous qui fut créateur d'un environnement facilitateur et soutenant, lui permettant de tolérer les affects liés à ses expériences d'enfant et de les intégrer. Beaucoup de travail reste à faire car une très grande retenue se manifeste encore corporellement. Ce cas clinique illustre la dissociation pouvant exister entre le récit de sa propre histoire (le narratif) et les affects liés au trauma développemental. Ces affects furent refoulés mais les souvenirs explicites de l'expérience furent retenus en mémoire.

Néanmoins, John répétait et faisait ainsi le point sur ses traumatismes antérieurs, malgré la dissociation et le refoulement.

Conclusion

Cet article présente une description détaillée de comment se forment les souvenirs selon les neurosciences. Il explicite différents types de souvenirs, d'une part les souvenirs refoulés et d'autre part les souvenirs dissociés. La formation des souvenirs dissociés, de même que les mécanismes de refoulement des souvenirs, y sont discutés à partir d'études récentes portant sur l'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) et à partir de recherches en neurosciences. Il montre que les souvenirs traumatiques combinent très souvent à la fois des aspects dissociés et des aspects refoulés. En se basant sur de récentes recherches en neurosciences, il conclut que l'accordage du thérapeute et de la situation thérapeutique constituent un facteur extrêmement important dans le traitement du trauma, et ce, indépendamment de la nature du trauma. Enfin, deux cas cliniques sont présentés, mettant en évidence les arguments présentés dans cet article.

Références

- Anderson, M. C., & Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control, *Nature*, 410, 366–369.
- Anderson, M. C., Ochsner, K. N., Kuhl, B., et al. (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science*, 303, 232–235.
- Brewin, C. R., & Andrews, B. (1998). Recovered memories of trauma : Phenomenology and cognitive mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 18, 949–970
- Depue, B. E., Banich, M., & Curran, T. (2006). Suppression of emotional and nonemotional content in memory : Effects of repetition on cognitive control. *Psychological Science*, 17(5), 441–447.
- Depue, B. E., Curran, T., & Banich, M. (2007). Prefrontal regions orchestrate suppression of emotional memories via a two phase process, *Science*, 17, 215–219.
- Díaz-Mataix L, Ruiz Martínez R. C. et al. (2013). Detection of a temporal error triggers reconsolidation of amygdala-dependent memories. *Curr. Biol.* 23(6) : 467–472.
- Erdelyi, M. H. (2006). The unified theory of repression. *Behavioral and Brain Sciences*, 29, 499–551.
- Freud, S. (1952a). Beyond the pleasure principle. *Major works of Sigmund Freud*. (pp. 639–663). London, England : Encyclopedia Britannica, Inc.
- Freud, S. (1952b). Selected papers on hysteria. *Major works of Sigmund Freud*. (pp. 25–115). London, England : Encyclopedia Britannica, Inc.
- Freud, S. (1952c). Repression. *Major works of Sigmund Freud*. (pp. 59–81). London, England : Encyclopedia Britannica, Inc.

- Hebb, D.O. (1949). *The Organization of Behavior : A Neuropsychological Theory*. New York : Wiley and Sons.
- Hilton, R. (2008). *Relational somatic psychotherapy*. M. Sieck (Ed.). Santa Barbara, CA : Santa Barbara Graduate Institute.
- Howell, E.F. (2005). *The dissociative mind*. New York, NY : Ruthledge.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York, NY : Simon & Schuster.
- LeDoux, J. (2002). *Synaptic self*. New York, NY : Penguin Books.
- Levine, P. (2003). Panic, biology, and reason : giving the body its due. *The USA Body Psychotherapy Journal*, 2003, 2(2), 5–14.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York, NY : Guilford Press.
- University of Colorado at Boulder (2007, July 12). Emotional Memories Can Be Suppressed With Practice, Study Says – (Brendan Depue & Tim Curran). *ScienceDaily*. Retrieved 2011 : <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/07/070712143304.htm>
- Van Der Kolk, B. (n.d.). Developmental trauma disorder. Retrieved from : http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/preprint_dev_trauma_disorder.pdf.
- Van Der Kolk, B. (1994). The Body Keeps the Score : Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1994, 1(5), 253–265. Retrieved 2011 : <http://www.traumapages.com/a/vanderk4.php>
- Van Der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score : Memory, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY : Viking.

Biographie de l'auteur

Homayoun Shahri, M.A., LMFT, obtient en 1990 son Doctorat en Ingénierie Electrique (Université de Lehigh), puis en 2012 une Maitrise en Psychologie Clinique et Somatique (Santa Barbara Graduate Institute, Chicago School of Professional Psychology). Il est formé à la thérapie de couple et de la famille, et il travaille en libéral à Irvine, CA, USA.

Homayoun termine sa formation en Analyse Bioénergétique à la Société de Floride en 2009. Il est membre de l'Institut d'Analyse Bioénergétique de Californie du Sud (SCIBA) et y prépare son CBT. Il est membre de l'Association de Psychothérapie Corporelle des Etats Unis (USABP), de l'Institut International d'Analyse Bioénergétique (IIBA), et de l'Association Californienne des Thérapeutes Familiaux et de Couples (CAMFT). Il fait partie du Comité de Rédaction du Journal de l'Association International de Psychothérapie Corporelle (IBPJ).

Email : homayoun.shahri@ravonkavi.com

URL : <http://www.ravonkavi.com>

De la structure corporelle aux corps en résonance

Évolution de la relation thérapeutique en Analyse bioénergétique

Fina Pla

Traduit par Daisy Rassart et Réjean Simard

« Dans le cadre d'une psychothérapie, j'avais besoin de quelqu'un qui travaillait avec le corps et qui le reconnaissait comme le noyau central de l'expression énergétique du Self et de sa véritable source. Mais plus que cela encore, j'avais besoin d'une personne qui voulait se connecter à moi, pas juste à un corps, à un problème, à une personnalité, à un système énergétique, mais à moi, avec toutes mes faiblesses et tous mes besoins » (Hilton 36, 2000).

Résumé

Cet article permet au lecteur un voyage en deux temps. Dans la première partie, sont présentées les contributions d'auteurs bio énergéticiens sur les thèmes du transfert et du contre-transfert, donnant une vue d'ensemble de la richesse et de la créativité de chaque auteur. La deuxième partie apporte une réflexion au sujet de l'influence de la théorie de l'attachement, de la psychanalyse relationnelle et des neurosciences dans la relation thérapeutique, en lien avec l'Analyse bioénergétique. L'impact de ces nouveaux concepts sont présentés et les anciens concepts sont revisités. Il en résulte une nouvelle vision enrichie de la relation thérapeutique et de ses processus transférentiels et contre-transférentiels. Le processus thérapeutique devient alors interrelationnel, somatique et sensoriel, à l'intérieur de la dyade psychothérapeutique. Deux vignettes cliniques concises sont présentées afin d'illustrer d'illustrer ces concepts.

Mots-clés : relation thérapeutique ; processus de transfert et de contre-transfert ; harmonisation somatique ; empathie ; intersubjectivité ; matrice relationnelle ; autorégulation.

1 Introduction

Objectif

L'objectif visé en rédigeant cet article est d'offrir un temps d'arrêt pour regarder de plus près les contributions reliées au thème de la relation thérapeutique. Cela se fera, en s'appuyant sur le travail de treize auteurs bio énergéticiens différents, partant des articles les plus anciens aux plus récents et ce à travers d'une de ses manifestations les plus significatives, à savoir les dynamiques du transfert et du contre-transfert. J'ai choisi les articles auxquels j'ai pu avoir accès, et je m'excuse si je suis passée à côté de certains autres travaux. J'ai essayé de saisir les idées principales de chaque auteur, en tenant compte de l'espace dont je disposais. Vous pourrez remarquer la richesse des contributions, partant d'opinions plus psychanalytiques à des opinions plus somatiques, et d'autres, plus personnelles. La deuxième partie de l'article revisite les contributions d'auteurs bio énergéticiens sur les thèmes de la relation thérapeutique et du processus de transfert, tout en y incorporant les concepts d'un nouveau paradigme, permettant de réviser notre compréhension des concepts traditionnels en Analyse bioénergétique. Je présente des concepts au travers le prisme de nos auteurs bio énergéticiens afin de démontrer comment la théorie et la pratique en Analyse bioénergétique ont été influencées par ces concepts.

Évolution

L'Analyse bioénergétique a évolué depuis ses débuts jusqu'à aujourd'hui sans perdre ses croyances fondamentales et ses racines. Avec les années, les concepts de relation thérapeutique, de transfert et de contre-transfert ont évolué d'une vision psychanalytique freudienne classique à une vision davantage concentrée sur le corps, comme celles de Wilhelm Reich et Alexander Lowen, à une autre, plus récemment, enrichie par les contributions de la théorie de l'attachement, de la psychanalyse relationnelle et des neurosciences. Ces recherches récentes ont déplacé l'emphase vers l'intersubjectivité et l'harmonisation somatique mutuelle du client et de son psychothérapeute. Certains courageux analystes bio énergéticiens se sont fait pionniers en incorporant ces nouveaux concepts sans que nous perdions nos racines. J'aimerais apporter ma contribution à ce processus de l'évolution en Analyse bioénergétique, en expliquant comment la vision que nous avons de la relation thérapeutique et de ses processus transférentiels et contre-transférentiels ont évolué à partir du concept de départ de « structures corporelles » à celui de « corps en résonance », une expression que j'ai empruntée à l'article de Michel Brien, dans lequel il fait la synthèse de cette longue et riche évolution.

Avant l'arrivée de l'Analyse bioénergétique

En psychanalyse classique, la relation est fondée sur le transfert du patient envers le thérapeute. Grâce au transfert, le patient se mobilise, ressent des sentiments, développe des fantasmes et des défenses qui sont en relation avec ses figures primaires, particulièrement ses parents. Le thérapeute, de sa place anonyme et neutre, cherche à amplifier les réactions transférentielles afin d'accéder au matériel inconscient. Dans la théorie de la relation d'objet (Heinz Kohut), les relations interpersonnelles sont considérées comme l'aspect le plus fondamental de la vie. La relation qui se construit avec les figures primaires, dans l'enfance, est intériorisée et structure le Soi. Le patient intériorise le thérapeute comme un objet positif et le thérapeute devient un modèle « plus sain » dans le monde intérieur du patient.

La théorie relationnelle, intersubjective, (Aron, Mitchell) aspire à intégrer les précédentes théories. En comparaison à la psychanalyse classique où le patient est perçu comme un être dysfonctionnel qui transfère sur le thérapeute, cette théorie est fondée sur le système dyadique. Une dyade est constituée de deux personnes qui participent ensemble, et les changements se produisent lorsque les deux membres résolvent les conflits à l'intérieur de leur interrelation thérapeutique. La position analytique classique de neutralité et d'abstinence se transforme en une position de mutualité, spontanéité et authenticité, où le patient apprend à construire des relations plus saines dans le cadre de la relation avec son ou sa thérapeute.

Le concept de transfert développé au départ, tel que pensé par Sigmund Freud, est le fait que ce qui se passe dans le transfert, est la relation avec les figures parentales du patient qui est revécue. La théorie de Freud, en lien avec les notions de pulsions et d'inconscient, était prédominante en psychanalyse, et avait eu un grand impact sur les autres approches thérapeutiques. Reich développa les idées de Freud et introduisit la notion de l'analyse du caractère (de la personnalité) et du travail avec le corps. Lowen a suivi Reich et continua essentiellement avec la même idée fondamentale que le comportement névrosé du patient se reflétait au travers de son armure corporelle et dans la relation avec le thérapeute. Le transfert a longtemps été perçu en psychanalyse comme une projection parentale du patient sur le thérapeute. Pour Lowen, travailler avec le transfert signifie travailler principalement avec les émotions réprimées et leur contrepartie se retrouvant dans les blocages corporels. Le transfert était alors considéré comme le principal obstacle au processus thérapeutique.

2 Contributions d'analystes bioénergéticiens sur les concepts de transfert et de contre-transfert, classées par ordre chronologique

En tenant compte des recherches portant sur les processus traumatiques et les troubles précoces, l'Analyse bioénergétique a dû évoluer afin de trouver des manières

res plus efficaces de travailler avec le type de patients traumatisés depuis l'enfance. Ce sont des types de patients que nous rencontrons fréquemment aujourd'hui en psychothérapie, dans nos cabinets de consultation. En parcourant les idées des différents auteurs, nous pourrions apprécier la richesse et la diversité de leurs contributions. Nous pourrions ainsi voir la manière dont les concepts reliés aux processus transférentiels, dans le cadre de la relation thérapeutique, ont évolué depuis leur origine, en passant par la notion de structure corporelle, jusqu'à aujourd'hui, à celui de corps en résonance. Je vais maintenant présenter leurs contributions, dont certaines sont davantage concentrées sur les concepts analytiques théoriques, d'autres sur les processus somatopsychiques, et ceux qui se sont plus centrés sur le niveau expérientiel. J'ai suivi un ordre chronologique afin de pouvoir observer la manière dont les différents auteurs se sont penchés sur ce thème et en voir son évolution.

Stanley Keleman : créer des liens affectifs (1986)

Stanley Keleman (il a fait partie de l'IIAB et en était un thérapeute accrédité, CBT) écrit *Bonding*, ouvrage dans lequel il aborde en détails les notions de transfert et le contre-transfert qu'il qualifie des phénomènes somatiques, il développe les concepts de *bonding* (création de liens affectifs), de résonance somatique et de pulsation. L'auteur considère que le transfert inclut des schémas de réponses musculaires par lesquels le client crée des liens avec le thérapeute. Le contre-transfert, quant à lui, comprend les réponses somatiques du thérapeute et les façons dont il accepte ou rejette les états émotionnels et somatiques du client. Le transfert et le contre-transfert sont perçus comme les deux pôles d'un continuum relationnel, et le terme de « liens affectifs » est utilisé pour faire référence à ce phénomène. Il décrit différents niveaux issus du transfert somatique, qui suivent les schémas de développement de la vie, du fœtus à la vie adulte, du contact au niveau ombilical, buccal, génital, à celui qui est le contact « corps à corps ». Le niveau de développement auquel le client fonctionne détermine la nature du processus transférentiel.

Les processus transférentiels définissent une relation thérapeutique comme étant une tentative d'établissement d'un lien de communication somatique et émotionnel. Dans cette relation, le thérapeute a besoin de savoir comment le client crée des liens d'un point de vue somatique. La pulsation est la base du lien affectif et requiert une circulation continue. L'objectif de Keleman est de rétablir le continuum de la pulsation. Il écrit : « Il s'agit d'un processus de pulsations dans lequel les vagues d'expansion ou de contraction émotionnelle et somatique, étant projetées et d'introjectées, organisent des champs de l'activité cellulaire en des schémas comportementaux complexes. » (102)

La création de liens thérapeutiques est un processus perpétuellement en mouvement, qui implique une organisation complexe et des structures en relation, avec de nombreux niveaux d'expérience et de vécu. Dans ce processus, le transfert

et le contre-transfert sont organisés par les attitudes émotionnelles somatiques du client et les réponses fournies par le thérapeute. Lorsque le client projette vers le thérapeute et provoque des réponses, un processus de résonance se produit. La tâche thérapeutique sera d'aider un client à former un contenant, à déprogrammer des réponses du passé et à créer un mouvement de pulsation. La réponse émotionnelle du thérapeute est essentielle, car pour peu qu'il n'ait pas conscience de ses réponses neuronales, émotionnelles et musculaires, il aura tendance à les projeter sur le client. Le transfert implique des distorsions de ce continuum de pulsation, et la solution pour les résoudre est de réorganiser la structure initiale. Un client a structuré ses expériences passées et a besoin d'aide pour l'aider à les « déstructurer » afin de former des nouveaux schémas musculaires et émotionnels. Keleman l'explique en ces termes : « L'objectif de la thérapie somatique n'est autre que la restructuration des liens affectifs devenus obsolètes, désuets » (104).

Virginia Wink Hilton : Travailler avec le transfert sexuel (1987)

Virginia Wink Hilton a eu le courage de se pencher sur le sujet ardu des problèmes reliés au transfert sexuel. À vrai dire, il s'agit d'un des seuls articles d'approche bioénergétique que j'ai pu trouver sur ce type particulier de transfert. Elle met l'accent sur l'importance pour le thérapeute d'être conscient de ses propres enjeux sexuels et de pouvoir en tenir compte dans le travail de psychothérapie comme en supervision. Dans ce passage, nous pouvons voir la manière dont la relation thérapeutique était considérée dans les années 1980 : « La nature de la relation patient-thérapeute est une dyade intense et intime, dans laquelle le thérapeute est perçu comme étant en contrôle et dominant la situation. Le patient est dans une position de dépendance. Il n'y a pas de mutualité dans la relation et le thérapeute dévoile comparativement très peu de lui-même. » (216)

Le fait que le patient projette sur le thérapeute les aspects de l'objet tant désiré, cela est considéré par Virginia Wink Hilton comme « l'outil le plus puissant de guérison et de réparation », et, simultanément, « peut aussi être la source de la plus grande des destruction ». Comme elle explique : « il est difficile de ne pas faire mauvais usage de ce pouvoir, dans le but de réparer ses propres dommages œdipiens, comme le thérapeute qui séduit ou rejette, cela étant en relation avec ce qu'il a vécu comme expérience dans sa propre enfance » (216). Le thérapeute n'est pas à l'abri de faire un tel agir et de blâmer le patient. L'une de ses affirmations importantes est que le transfert se termine seulement lorsqu'il est dissout. Elle souligne notre responsabilité relié à notre travail. « Nous devons, en tant que thérapeutes et formateurs, premièrement et avant tout, comprendre nos propres enjeux non résolus et la manière dont ces problèmes se manifestent dans le contre-transfert » (219).

L'auteure considère qu'il y a deux postulats de base lorsque l'on travaille avec le transfert sexuel : le premier est de fixer des frontières claires, et le second est de

permettre au patient de reconnaître et d'affirmer sa sexualité. Un enfant a besoin d'entendre de ses parents dire : 1- tu es une personne ayant une sexualité, 2- tu es une personne désirable, 3- tes sentiments sexuels sont bons, positifs. L'enfant a besoin que ses parents voient et reconnaissent sa sexualité sans s'en mêler, et la même chose est demandée au thérapeute qui, de plus, doit être connecté à sa propre sexualité. « Lorsque le patient, à travers processus thérapeutique, fait l'expérience de son énergie sexuelle, qui s'accompagne de joie et d'un désir d'expression, nous devons avoir le courage d'être totalement connecté à notre propre énergie sexuelle, afin de rester à la fois complètement présent et séparé du patient, ne désirant rien ou n'ayant pas besoin de quoi que ce soit de la part de celui-ci » (223).

Len Carlino : L'utilisation du Soi du thérapeute (1993)

Len Carlino préfère le terme « utilisation du Soi du thérapeute » plutôt que le terme contre-transfert. La pensée psychanalytique fait la distinction entre une relation réelle, (ce sont des interactions entre le patient et le thérapeute où il y a un manque de projections inconscientes et qui sont fondées sur des perceptions exactes) et la relation transférentielle et contre-transférentielle qui comprend une répétition du passé, et qui déforme la réalité. Aussi, comme il est difficile de faire une distinction claire entre le matériel conscient et inconscient du thérapeute, et puisque la distinction entre une relation réelle et une relation de transfert est relative, la meilleure option pour le thérapeute est d'utiliser activement le contre-transfert : « Le patient stimule en nous l'affect qu'il n'ose s'avouer, dans l'espoir que nous puissions le tolérer et y répondre » (89).

Le patient apprend à contenir et intégrer son affect à mesure que le thérapeute lui retourne. Cette expérience de réapprentissage doit impliquer une réponse émotionnelle de la part du thérapeute. La « réalité émotionnelle » entre le patient et le thérapeute constitue alors « l'unique réalité » (89). Son engagement est la contribution essentielle du thérapeute, « un engagement inflexible, un engagement envers la vérité du patient afin de maintenir l'intégrité de la relation thérapeutique, de son processus, ainsi qu'une conscience de la manière dont le transfert façonne le contre-transfert et vice versa » (90). Un contre-transfert puissant, qui ne peut être reconnu et géré dans le traitement, deviendra un agir. L'agir peut revêtir diverses formes comme : garder une distance non thérapeutique avec le client, refuser de faire équipe avec lui, la peur de perdre son contrôle, ou d'obtenir certaines satisfactions directes de la part du patient.

L'auteur propose certaines lignes de conduite à suivre pour l'usage du Soi du thérapeute : 1- Le thérapeute doit être conscient de ses propres forces et faiblesses, et de son type de personnalité. 2- Toute intervention devrait être effectuée pour la guérison du patient et non pour l'auto traitement du thérapeute. 3- L'utilisation du Soi devrait être perçue sur un continuum dans le cadre de la relation thérapeutique.

4- Le thérapeute a besoin d'être enraciné dans son corps, ce qui va l'aider à contenir une charge affective intense et être capable de l'exprimer adéquatement. 5- Le thérapeute doit être capable de gérer ses propres sentiments, de manière plus constructive que ne l'ont fait les parents du patient. 6- La manière la plus efficace de faire usage du Soi s'appuie sur l'honnêteté du thérapeute, directe et sans jugement. 7- Le thérapeute doit avoir des frontières claires et stables, surtout en ce qui concerne les patients qui n'en possèdent pas, ainsi que des frontières plus perméables, qui permettent au client de vivre des expériences régressives. 8- Le thérapeute doit être capable de discuter avec le client des affects « les plus précoces » de celui-ci plutôt que de simplement les observer. Il doit être ouvert, prêt à ressentir des sentiments inconfortables tels que la confusion, l'anxiété, la folie, le désespoir, la colère, ou l'excitation sexuelle. Carlino conclut ainsi : plus un thérapeute est enraciné dans la propre conscience de lui-même (d'elle-même) et de l'utilisation de son Soi, plus grande sera son habileté d'utiliser son Self de manière constructive dans le cadre de la relation thérapeutique.

Jean Marc Guillerme : Contre-Transfert Corporel chez Freud, chez Reich et aujourd'hui (1994)

Qu'est-ce que le corps de l'analyste dit sur lui-même ? Jean Marc Guillerme fait des commentaires en tenant compte de la manière dont Harold Searles avait besoin de développer une tâche « de détective » afin de donner un sens à ses réactions contre-transférentielles. Il nous plonge dans le contre-transfert de son propre corps, en présentant une situation clinique et en faisant référence aux réactions de contre-transfert corporels chez Freud et Reich.

Lors d'un atelier, le client, un homme se plaignant tout le temps, fait un commentaire, rejetant le travail de Guillerme faisait avec lui, le jugeant comme superficiel. La réaction de Guillerme fut d'une certaine façon inadéquate., plus tard dans la semaine celui-ci souffre de diarrhée et il se sent préoccupé et affecté par cette situation. Le patient ne vient pas à la séance suivante et le thérapeute se retrouve avec une douleur lombaire souffrante et invalidante. De plus, il lui faut des jours pour récupérer de problèmes de digestion et réduire la tension lombaire, ainsi que de pouvoir intégrer la signification de ce qui s'est passé. Il s'était senti publiquement rabaisé par la remarque de son client sur ses compétences cliniques, sur son travail en tant qu'analyste bio énergétique et en tant que personne.

Guillerme en discuta avec le Dr Lowen. Les commentaires de ce dernier furent qu'il avait eu peur de sa propre violence lorsqu'il a réalisé que son besoin narcissique d'être un super-thérapeute pour son patient (une demande inconsciente et impossible de la part du patient) avait échoué. Reich nomme cette demande inconscience de « toucher de Midas », comme si, tout ce que l'analyste touchait, guérissait comme par miracle. L'analyste devient alors le guérisseur magique et ses interprétations sont des présents miraculeux pour ses patients. Mais il s'agit là en

réalité « d'eaux troubles », car cela conduit à de mauvaises évaluations des patients, et à des sentiments d'hostilité envers le patient qui ne parvient pas à donner à l'analyste la satisfaction narcissique de l'avoir guéri. » (120).

Guillerme, en traversant les vicissitudes de ce contre-transfert, pris conscience de ses signaux physiques, des vœux qu'il projetait sur le client, de ses ambitions narcissiques, ses erreurs, et la difficulté de s'en séparer. En somme, tout cela constitue les éléments essentiels pour comprendre ce qui se passe dans la relation thérapeutique d'un point de vue somatique. En même temps, il réfléchit sur les symptômes physiques dont Freud et Reich ont souffert à cause de ruptures abruptes ou des séparations douloureuses. Freud eut sa première crise cardiaque après sa rupture avec Josef Breuer, et la deuxième après la mort de Karl Abraham, autant que des évanouissements, tels que relatés par des commentaires de Carl Gustav Jung. Reich développa une tuberculose après que Freud eut reçu froidement sa théorie portant sur l'orgasme et après ses conflits avec sa femme. Il fut rejeté par Freud qui refusa de l'analyser et fut profondément blessé par les conflits avec celui-ci, résonant probablement avec les conflits qu'il avait eu avec son propre père.

Guillerme offre une définition du contre-transfert corporel se fondant sur la définition de Freud, selon laquelle il s'agit d'un affect qui parvient à l'analyste à la suite de l'impact que le patient a sur ses propres sentiments inconscients. Cette opinion va dans le même sens que les commentaires de Lowen au sujet des analystes qui ne se sont pas assez confrontés avec leurs propres structures corporelles, leur personnalité, et n'ayant pas assez évolué à ce niveau. Guillerme définit le contre-transfert comme « une agitation physique soudaine, imprévisible, incompréhensible à première vue, avant, pendant ou après une séance. Cette agitation s'exprime par des symptômes physiques, une tension particulière, ou des parties de ses rêves. Dans d'autres situations, cette agitation est reliée au corps ou à l'affect d'un patient » (132). Selon lui, le contre-transfert corporel est vécu par le thérapeute comme une sorte de traumatisme qui demande un long travail « d'enquête » d'autoanalyse, une décharge aux niveaux énergétique et émotionnelle du thérapeute, ainsi que de développer de la tolérance et de la patience afin de ne pas s'emporter, tomber dans l'agir avec le patient. Il conclut en disant : « Peut-être que nos réactions contre-transférentielles corporelles sont comme des hiéroglyphes que, seuls, nous ne pouvons déchiffrer correctement ».

Bob Hilton : Contre-transfert : Une perspective énergétique et caractérologique (1997)

Bob Hilton établit, comme Alice Miller, deux types de contre-transfert : 1- Un contre-transfert subjectif, où le thérapeute obtient du patient des ressources narcissiques qui lui ont été refusées par ses parents. 2- Le contre-transfert objectif, où le thérapeute, ayant travaillé sur ses besoins narcissiques, ressent dans son corps

les expériences du patient, et, grâce à sa connaissance du niveau somatique, est capable de construire un contact empathique et s'approcher d'une résolution de la relation transférentielle.

1. Dans le contre-transfert subjectif, il fait la distinction entre le Soi primaire, le Soi contracté et le Soi adaptable. Le Soi primaire est l'expression fondamentale de la psyché et du soma dans le monde. Lorsque ce Self rencontre de la négativité, son énergie se contracte et il devient le Soi contracté qui entrave la force vitale du Soi primaire. Le désir de mourir est investi lorsque le Soi contracté et les besoins de survie ont développé un Soi adaptable. Le Soi contracté et le Soi adaptable s'expriment dans le Soi négatif, se manifestant par de la négativité, et le Soi caractérologique maintient un équilibre entre ces aspects. Il s'agit de la forme que l'on a créée pour survivre dans la prison dans laquelle on vit. Lorsque le Soi primaire est reconnu, un vrai Soi, peut prendre la place du Soi relié au caractère. Bob Hilton montre les différentes possibilités lorsque ces différents Soi, exprimés lorsque se rencontrent le patient et son thérapeute. Il explique la façon dont le patient peut percevoir les blessures narcissiques chez le thérapeute, et comment, ils peuvent tous les deux se heurter lorsque le patient ne récompense pas les besoins narcissiques de celui-ci. Il révèle également comment le thérapeute peut se retirer, selon sa structure de personnalité, et manipuler le patient, de la même façon qu'il l'a fait pour survivre. Il est important pour le thérapeute de briser ce cycle, d'être supervisé et de suivre une thérapie personnelle, ainsi que de créer les fondations du vrai Soi. Il a besoin de reconnaître les échecs de son Soi relié à son caractère, sa personnalité, de faire le deuil de sa propre « perte originelle » et d'aider le patient qui a besoin de faire son deuil de cette même perte. Grâce à sa nouvelle prise de conscience, le patient peut être entendu d'une nouvelle façon, et bénéficier de la présence d'une vraie personne pour l'aider à faire le deuil de ses pertes.
2. Le contre transfert objectif fait référence à la capacité du thérapeute d'être ouvert à son client. Il est capable de ressentir les sentiments générés en lui par le patient et de leur permettre d'être présents. Il doit rester enraciné dans sa propre réalité et peut être perçu comme un authentique modèle pour le patient. Le thérapeute est alors « capable d'utiliser son corps comme un instrument de résonance sur lequel la « musique » du patient est jouée. La résonance est ce que le patient n'a pas reçu de sa propre famille et ce qui devient alors la base de la guérison de sa blessure narcissique ... le thérapeute est alors en mesure de faire confiance à sa réponse intuitive et est moins susceptible de tomber dans le piège narcissique posé par lui-même et le client » (262). Grâce au transfert et au contre-transfert, la relation thérapeutique nourrit un processus de guérison mutuelle où le thérapeute et le client sont tous les deux guéris : « Le processus contre-transférentiel, par lequel le thérapeute doit se mouvoir pour parvenir à sa propre guérison, est

le même que le processus transférentiel du patient. Le « patient-enfant » est dans un processus constant de guérison du « thérapeute-parent », en autant que lui-même soit guéri. » (263)

Vita Heinrich : Les phénomènes physiques du contre-transfert. Le thérapeute comme corps de résonance (1999)

L'auteure présente le concept de résonance corporelle et nous explique sa manière créative de travailler, en se servant de l'intuition comme d'un outil corporel central, afin de sentir ses propres résonances corporelles et celles de son client. Le transfert et le contre-transfert s'expriment en tant que phénomènes somato-psychiques : « Je dois m'impliquer avec mon intuition, je dois tout examiner, au lieu d'analyser « tout en morceaux ». Mes sensations et images corporelles sont comme une résonance à la réalité physique du client ». (20)

Dans les interactions thérapeute-patient, les traits inconscients et refoulés du patient ainsi que ses parties divisées, ont un effet direct sur la thérapeute. Celle-ci se positionne dans le champ énergétique du patient, à 20 cm de distance, « les yeux fermés, et au lieu de sentir le contact réel, je me laisse être « touchée », sans contact réel en retour ». En se positionnant de quatre façons différentes, les deux côte à côte, devant et en arrière. Puis elle explique : « Je laisse mon corps répondre à la réalité physique du patient. Les sensations physiques émergent : froid, relaxation, faim, fatigue. À mesure que le temps passe, des sentiments plus complexes apparaissent tels la honte, la peur, la colère, la tristesse, en combinaison avec des signes physiques comme le rythme de la respiration et les schémas de posture musculaire et corporelles. Ces sensations dévoilent quelque chose du Soi réel du patient qui communique à un niveau non verbal, de corps à corps. » (21)

Heinrich considère que la résonance peut se manifester au travers des métaphores, des images, des sensations corporelles, ou des sentiments. Ce sont des messages corporels que le client nous envoie. Il y a un échange énergétique d'un corps à un autre, qu'elle trouve plus rapide que les échanges verbaux, et qu'elle considère également comme une importante source de communication. Enfin, être conscient de nos sensations contre-transférentielles, nous aide à nous connecter aux sensations du patient.

Ben Shapiro : L'iceberg coulera-t-il le Titanic ? Eviter les collisions et collusions provoquées par le côté sombre du client et du thérapeute : une approche bioénergétique (2000)

Shapiro nous présente le problème du transfert et du contre-transfert à travers une histoire métaphorique. L'iceberg et le Titanic représentent le client et le thé-

rapeute qui peuvent se heurter ou comploter l'un et l'autre. Il nous emmène dans ce qu'il appelle « le côté sombre » du thérapeute et du client, qui incarne en réalité les aspects négatifs du transfert et du contre-transfert.

Le client se tient sur l'iceberg, demandant à le secourir d'une situation périlleuse. Le sommet de l'iceberg est le faux Self du client et, derrière, se trouve la structure de sa personnalité, son caractère. Du côté du pont, le thérapeute voudrait l'aider. Il fait la différence entre le côté lumineux et le côté sombre de la thérapie, les dimensions défensives du client. La résistance, le transfert négatif, les agissements du client, représentés par la partie immergée de l'iceberg menacent de couler le côté grandiose du thérapeute. Il existe aussi le côté sombre du thérapeute, ses peurs subconscientes et sa tendance à les refouler. Shapiro nous montre alors une façon d'éviter la collision avec le côté sombre. Symboliquement, le thérapeute utilise un zodiac pour approcher l'iceberg afin de déterminer où la glace est dangereuse. Il peut tenter une approche humoristique qui peut aider le client à dévoiler ses démons afin qu'ils puissent s'en occuper. Alors, le client peut rejoindre le thérapeute dans le zodiac, et, tous deux, en plongée sous-marine, examinent les dimensions les plus difficiles du côté sombre. Le côté sombre ce sont ces sentiments et impulsions bloqués par la structure de la personnalité. Shapiro utilise la métaphore du démon pour personnifier le côté sombre.

Leslie Case : Lorsque la confiance devient méfiance et les autres dangers du contre-transfert (2000)

Case nous partage des expériences très personnelles et intimes, ainsi que ses réflexions sur le transfert et le contre-transfert dans sa longue psychothérapie personnelle, incluant son vécu avec de nombreux psychothérapeutes. Elle explique « il m'a fallu 26 ans de thérapie avec six thérapeutes bio énergéticiens différents pour être dans ce corps » (67). Au cours de ce voyage intérieur, elle a beaucoup appris sur les défis reliés au transfert et au contre-transfert, et sur ce dont le thérapeute et le client ont peur. « La résistance mutuelle à explorer les interactions m'empêchèrent de faire face à mes blessures les plus profondes. J'avais peur de me sentir faible, en échec, inadéquate et insignifiante. Mes thérapeutes avaient peur également de leurs propres imperfections. Chacun d'entre nous, se protégeant de notre passé, rendant nos vies plus prévisibles ». (72)

En se confrontant à ses propres défis et son expérience profonde, elle se penche sur les dangers potentiels qui peuvent interférer avec la relation thérapeutique, lesquelles pouvant être résumés ainsi : a) Ne pas être compris, b) ne pas avoir été soutenu, c) être blâmé, d) le thérapeute qui en fait trop, e) ne pas être reconnu, f) le thérapeute qui est trop proche ou trop distant, g) recevoir des messages à double contrainte, h) être dominé par le thérapeute.

Elle décrit son propre cheminement, avec des images poétiques, et je trouve son article comme étant un geste très courageux puisqu'elle nous partage des sentiments très profonds. Elle nous parle de l'ombre et de la lumière, de la connexion et des ponts effondrés, de la joie et du sentiment d'impuissance, de l'harmonisation et de la trahison. Case nous partage toutes les complexités d'une relation thérapeutique à mesure qu'elle plonge dans les profondeurs de son âme et de son corps. Elle conclut son article comme suit : « Le voyage intérieur que je viens de décrire était fait de chemins parsemés d'embûches, parfois très dangereux, remplis d'impasses et de détours, de cul-de-sac et de carrefours. Le contre-transfert de mes thérapeutes a créé beaucoup de ces obstacles qui s'ajoutèrent à ceux structurés dans mon corps. Heureusement, la vérité et la beauté de l'Analyse bioénergétique se révélèrent plus fortes que toutes nos personnalités » (80).

Michel Brien : Corps en résonance (2001)

Brien développe le thème de la résonance corporelle thérapeute-patient, la façon dont le thérapeute peut sentir ce qui se passe dans le corps du patient, de façon différente. Il explique que le corps émet continuellement des messages lors du processus thérapeutique. C'est un peu comme si le corps du thérapeute pouvait sentir les expériences internes du patient, qu'il tente de saisir, mais qui ne sont pas encore accessibles à la conscience du patient. Le corps du thérapeute devient alors un outil thérapeutique essentiel, dont nous avons besoin, pour déchiffrer un élément crucial du message qui doit être compris. Il devient un outil thérapeutique qui dévoile, aussi important que les mots le sont et l'écoute, écoute qui permet d'explorer des territoires où les mots ne sont pas encore autorisés. « Pouvons-nous imaginer que le symptôme, ressenti dans le corps du thérapeute, puisse révéler les dynamiques appartenant au client ? Si nous y portons attention, le corps parle et émet continuellement des messages. C'est comme si le corps du thérapeute évoquait les expériences internes du client, qui ne lui sont pas encore accessibles. Les manifestations corporelles, dans le contexte thérapeutique, appartiennent aux messages non verbaux et doivent être décodées. Le corps joue un rôle considérable dans ce discours qui doit être compris, et il devient un outil thérapeutique au même titre que le sont les mots et l'écoute ». (2)

Il cite trois auteurs qui ont apporté leur contribution dans la compréhension de la problématique de la résonance du client dans le corps du thérapeute. De Reich, il dit que nous conservons le principe de l'identité fonctionnelle ; de Lowen, la notion de circulation de l'énergie ; et de Keleman, les liens entre l'environnement familial du client et l'organisation somatique qui en découle. C'est le chemin qui, selon lui, permet de passer de la structure corporelle pour en arriver au corps en résonance. Il explore un concept intéressant de Keleman : le corps du client comme étant l'environnement du thérapeute. L'environnement du client est déréglé et

alors il a besoin d'aide. « En thérapie, l'environnement auquel le thérapeute est exposé est le corps du client avec son histoire, ses expressions et sa manière de créer le contact. C'est en étant en résonance avec le corps du client que le corps du thérapeute développe une réponse » (4). L'auteur utilise ici une belle métaphore musicale afin d'expliquer cela : « la mélodie qui résonne dans le corps du thérapeute est la musique jouée dans le corps du client. Avec la musique, le client émet une onde transportant une émotion qui affecte le corps du thérapeute ». (5)

Il cite également Joseph Sandler et son concept de « résonance flottante », et relève des similarités entre l'écoute du corps et l'attention flottante du psychanalyste qui écoute les mots. Il y a aussi David J. Wallin, un théoricien de l'attachement, qui affirme : « nous sommes les outils de notre échange », considérant le thérapeute comme un outil fondamental du changement thérapeutique, alors que Brien considère que **le corps du thérapeute est cet outil fondamental**. La circulation d'énergie dans le corps du thérapeute montre le processus thérapeutique en action dans le corps du client. La présence d'une tension chez le thérapeute pourrait signaler une attitude défensive chez le client. Dès lors, la tension est un indicateur de conflit, et, inversement, la circulation d'énergie montre que la vie en mouvement. L'auteur utilise une autre belle métaphore, soit celle que le corps est le terreau où l'on fait pousser les mots. Il met l'accent sur la nécessité pour le thérapeute de prendre soin de lui-même afin que le client puisse résonner avec un corps sain. Alors, explique-t-il, nous pouvons être le sol où le client plante ses graines pour venir les récolter plus tard. Il termine son argumentation avec une autre métaphore musicale pour expliquer le processus de guérison qui se produit dans l'interrelation. « Le corps du thérapeute offre une variété de résonances afin que le patient compose sa propre pièce et crée la mélodie qui permet l'alliance thérapeutique » (9). Il considère que l'Analyse bioénergétique offre la clé d'accès à l'utilisation thérapeutique de la résonance corporelle.

Louise Fréchette : Le contre-transfert, comment l'utiliser sur le plan énergétique (2004)

Fréchette part des idées d'Harold Searles sur les notions de transfert et de contre-transfert. Il considère que ce sont « des tentatives de guérir, de réparer et de faire en sorte que le patient ait un sentiment d'unité », et que le contre-transfert est « un lieu pour une croissance mutuelle ». (1) Il considère qu'il y a deux fonctions reliées au traitement thérapeutique. La fonction primaire est d'offrir au patient une résolution analytique au travers de la prise de conscience, et la seconde fonction devrait être la résolution de la psychopathologie de l'analyste, et uniquement dans le cas où cela est utile pour la fonction première.

Dans son enseignement pédagogique, Louise Fréchette parle de certains auteurs tels R. P. Irvine, Daniel Stern qui distinguent deux types de contre-transfert :

1. Le contre-transfert résultant des problèmes non résolus de l'analyste. 2. Le contre-transfert comme réponse au transfert du patient. Le premier type de transfert « survient lorsque l'inconscient de l'analyste s'identifie aux objets internes du patient et fait l'expérience de ceux-ci comme s'il s'agissait de ses propres objets internes, activant ainsi les conflits non résolus chez celui-ci » (2). Afin d'illustrer le second type de transfert, Fréchette développe le concept d'identification projective et le définit comme une interaction inconsciente, indépendante des conflits de l'analyste. Il s'agit de la réaction du thérapeute face à l'intensité et la qualité de l'identification projective du patient : « Si le thérapeute ressent une sensation, une émotion, une pensée étrangère, quelque chose qui semble « hors de sa personnalité » et donne l'impression d'une « fausse note », et qui de plus est rarement ressentie avec d'autres clients, il y a de grandes chances que le thérapeute soit en train de se "battre" avec une pièce qui appartient au client, mais que celui-ci n'en a pas conscience pour le moment. » (4).

« Grâce à ce mécanisme de défense d'identification projective, le client met cette sensation, ce sentiment, cette pensée, dans le thérapeute afin qu'il le garde jusqu'à ce que celui-ci soit prêt à le reprendre et à l'intégrer de manière consciente. Il s'agit d'une pièce qui appartient au patient mais que celui-ci ne peut faire sienne pour le moment. » (4). Cependant, si le thérapeute fait l'expérience de sentiments qui lui sont familiers, ou de sensations qui sont typiques de sa propre organisation somatique, et qui sont également ressentis avec d'autres clients, cela signifie alors que le patient a déclenché quelque chose qui appartient à la structure de la personnalité du thérapeute. Parmi les problèmes personnels du thérapeute qui peuvent être rencontrés dans le cadre du travail, on retrouve les problèmes liés aux frontières thérapeute-client comme : l'horaire, les coûts et la durée de l'heure de consultation.

Bob Lewis : L'identification projective revisitée : l'écoute grâce au système limbique (2004)

Bob Lewis revisite le concept d'identification projective au travers des contributions des neurosciences. Il s'intéresse aux conséquences cliniques du modèle psycho-neurobiologique de l'identification projective d'Allan Schore. Pour Schore, il s'agit d'un processus utilisé tout au long de la vie d'un individu, qui implique des communications non verbales et émotionnelles spontanées à l'intérieur d'une relation dyadique. Il décrit à la fois les schémas sains et perturbés de régulation émotionnelle dans la dyade lors de la petite enfance, les qualifiant de « conversations entre systèmes limbiques ». Lewis ajoute que « Lorsque la conversation dyadique implique des dérèglements importants ainsi qu'une mauvaise harmonisation, une utilisation défensive de l'identification projective laisse une empreinte dans le système limbique en maturation ». Le corps du thérapeute doit être disponible pour les états de dysfonctionnement du client, comme une mère qui

faisant preuve d'empathie, qui s'ajuste aux états internes de son enfant. « Le corps du clinicien est l'instrument primaire permettant l'harmonisation psychobiologique. » (4). Lewis définit les processus d'identification projective comme des processus somatiques et sensoriels : « Puisque les sensations et les émotions sont des phénomènes psychobiologiques et que le Soi a ses fondations dans le corporel, l'identification projective ne représente donc pas des communications de type linguistiques, mais plutôt de nature corps-esprit » (4).

Que peut-on faire afin de ne pas interrompre la connexion empathique de sa propre douleur ou à celle du patient, et d'éviter de sortir du cerveau droit, relié aux sentiments, pour entrer dans le cerveau gauche, relié à la raison ? Selon Lewis, la solution est de s'accrocher à notre état viscéral jusqu'à ce que des images (visuelles, tactiles, olfactives, etc.) nous parviennent, bien que le matériel auditif et tactile puissent se présenter sans image. Pour Lewis, les communications corporelles qui sont transmises par la posture, la gestuelle et le mouvement, ne sont pas souvent reconnues dans le contexte psychothérapeutique. Il parle de façon plus spécifique des mains du patient et la manière dont elles peuvent exprimer l'état intérieur de celui-ci. Nous pouvons déchiffrer le langage corporel du patient grâce à notre cortex orbitofrontal droit, et ce que le patient communique, par l'identification projective qui est décodé par le cerveau droit du thérapeute. « Seul l'esprit inconscient de l'analyste peut recevoir le message ». Il considère le thérapeute comme un « contenant soutenant » pour les états intérieurs déréglés du patient. « Lorsque je m'assois avec mon patient et que je dirige son attention sur le ton de sa voix ... ma façon d'être présent à celui-lui est de soutenir son matériel inconscient, somatique, sensoriel ou autre non intégré » (11). Il termine en disant qu'il y a certaines choses qui ne peuvent être très bien expliquées, et que l'identification projective en est une de celles-ci.

Violaine De Clerck : Le corps, la relation thérapeutique et le transfert (1993, 2007)

La relation psychanalytique classique possède deux dimensions : le développement d'une relation analytique et la résolution du transfert. Il y a une troisième dimension que nous apportons en Analyse bioénergétique, à savoir, le corps. « Le travail au plan corporel est considéré comme un axe autour duquel les deux autres dimensions du processus sont articulées » (180). Traditionnellement, en Analyse bioénergétique on intervient à deux niveaux : un travail au plan analytique et verbal et également un autre, soit sur les processus corporels. On considère deux phénomènes relationnels apparaissant dans la thérapie : une relation interpersonnelle « réelle » et une relation de type transférentielle incluant les relations transférentielle et contre-transférentielle. Ces deux types de relations sont considérées comme formant un tout dans la relation thérapeutique.

De Clerck cite Michèle Van Lysebeth qui propose trois types de phénomènes relationnels se développant dans la thérapie. De plus, elle considère la relation entre le thérapeute et le patient comme étant un agent crucial. Ainsi 1- La relation de transfert est fondée sur le monde intérieur du patient et indépendante du thérapeute. Elle stimule un contre-transfert qui fait partie intégrante du processus. 2. La relation, dans le sens habituel du terme, est l'endroit où le thérapeute et le patient s'associent. Sa limite est en lien avec par les points aveugles de l'analyste, qui doivent être travaillés dans le cadre de la thérapie et la supervision 3. La relation analytique découle de la transformation des deux types de relations précédentes, des interprétations et de l'attitude de l'analyste. Ce type de relation mène à une relation réelle, qui encourage le développement du patient, au sein d'un lien intersubjectif entre l'analyste et le patient. Ces trois phénomènes sont présents tout au long du processus thérapeutique.

La relation analytique devrait être au centre du travail en Analyse bioénergétique. L'analyste endosse les fonctions parentales, contient émotionnellement et est disponible pour le patient. Sous cet angle, l'Analyse bioénergétique possède trois dimensions : le travail relationnel, le travail corporel et l'analyse de transfert. De plus, ces dimensions sont reliées réciproquement entre elles. Chacune de ces dimensions provoque des changements thérapeutiques et affecte les deux autres. Le développement d'une relation analytique est au centre du processus thérapeutique. L'analyste répare les impasses créées par un déficit du développement du Soi, étant le résultat d'attachements traumatisants dans la petite enfance. Ce déficit peut être guéri par une expérience relationnelle construite dans une relation qui est de nature réciproque. Le travail corporel dans le cadre de la relation transférentielle et analytique peut précéder, être simultanée ou suivre l'analyse de transfert ou la soutenir.

1. Le travail corporel, en combinaison avec celui portant sur la relation transférentielle, se fait de quatre façons. a) Le travail corporel précède l'analyse de transfert : « Seules les connaissances connectées aux émotions produisent un relâchement et un changement thérapeutique. » b) Le travail corporel, en tant qu'auxiliaire de l'analyse de transfert, la rend plus accessible en autant que les interventions physiques du thérapeute facilite les réactions de transfert. Le thérapeute agit comme objet transférentiel. c) L'analyse du transfert précède le travail corporel. d) Le travail corporel et l'analyse du transfert se font simultanément. Cela se produit lorsque les tensions musculaires liées au caractère s'incarnent dans l'émotion vécue dans le cadre du transfert (192). Elle conclut en expliquant que « les interventions corporelles qui sont utiles à l'analyse du transfert sont des équivalents corporels de l'interprétation du transfert. Il s'agit alors de la dimension analytique du travail corporel » (197).
2. Comment se fait le lien entre le travail corporel et la relation analytique ? La relation analytique prend place lorsque le Soi corporel est développé mais profondément perturbé. « Les sentiments et les perceptions surgissent d'un « sujet » mais peuvent être rigidifiée dans des impasses relationnelles, déter-

minées par des expériences relationnelles vécues durant l'enfance » (199). De Clerk considère que le travail corporel unifie l'expérience émotionnelle développée dans la relation analytique. Lorsque le thérapeute s'implique émotionnellement dans un échange, cela contribue au développement de la relation analytique. Le thérapeute répare et crée des liens. « Le thérapeute bio énergétique permet l'interaction entre lui et le patient, créant ensemble une vibration, qui représente pour le patient, une expérience émotionnelle corrective cruciale, laquelle implique toute son organisation, interne et externe, libérant sa force vitale » (200). Elle termine avec quelques réflexions sur la « présence adéquate » du thérapeute dans le cadre du travail bioénergétique. « Le thérapeute bio énergétique s'engage activement en s'engageant dans une expérience relationnelle, ce qui permet un échange émotionnel tout en maintenant une position analytique » (202).

Guy Tonella : Attachement, transfert et contre-transfert (2008)

Guy Tonella distingue deux possibilités concernant la question du transfert, soit : a) Travailler avec des conflits sexuels (reliés à l'analyse de caractère), en se fondant sur un processus analytique corps/esprit où l'on travaille avec les tensions musculaires, les schémas psychiques défensifs, et les schémas relationnels comme le transfert, b) ou travailler avec les déficits et les traumatismes reliés au développement, qui requièrent un système intersubjectif, où le travail est fait, à un niveau plus important, au plan non verbal. Dans cette situation, « le thérapeute n'est plus celui qui sait, qui fait une lecture corporelle et interprète, mais il est quelqu'un qui ressent, qui permet un processus de régulation, qui donne son point de vue et contribue, avec le patient et d'une façon créative, à donner un sens à ce qui se passe. » (5) Il cite Peter Fonagy, auteur ayant contribué au développement de cette dimension intersubjective dans la relation thérapeutique, qui a la conviction que « lorsque le vécu du patient est ressenti et réfléchi par le thérapeute, le patient commence à ressentir et à penser par lui-même ». (5)

Tonella distingue le concept traditionnel de transfert du transfert d'attachement. Il considère que ce que nous nommons généralement transfert, peut être présent dans les postures du corps, des expressions émotionnelles du visage, dans les yeux, un tremblement subtil ou de micromouvements spasmodiques, une respiration superficielle, des pensées, des images, des rêves et des fantasmes. Puis le thérapeute est vu par le patient inconsciemment et à travers les projections, comme son vrai parent. Travailler sur le transfert signifie aider le patient à rendre ces projections conscientes et à libérer ou transformer les mécanismes du corps et de l'esprit qui produisent cette « répétition » (5). Mais, il apporte également une autre dimension à la notion de transfert, parlant du transfert d'attachement. Il le définit ainsi : lorsque le client considère le thérapeute comme le parent qu'il n'a

pas eu. Dans ce type de transfert, le patient ne considère pas le thérapeute comme un parent qui rejette sa sexualité, mais plutôt comme celui qui peut répondre à ses besoins primaires. Le patient n'espère pas se libérer de ses inhibitions mais plutôt il espère rencontrer la personne réelle du thérapeute.

Dans le transfert d'attachement, le patient a besoin d'internaliser ce parent sécurisant et empathique qu'il n'a peut-être jamais eu. Le patient sera en interaction avec le thérapeute en fonction de ses schémas d'attachement inconscients. Il va s'adapter, s'immobiliser, se sentir menacé, etc. Selon Tonella, ces attitudes appartiennent au Soi corporel. Elles sont dévoilées, agies, mais peut-être n'y a-t-il aucun mot pour les exprimer. « Le patient utilise sa mémoire limbique sans le savoir », Il s'agit d'un transfert d'attachement spécifique qui « n'est pas situé dans la mémoire linguistique, sous la forme de pensées avec des représentations et des mots, mais dans le Soi corporel, et dans les façons d'être en interaction avec les autres » (6). Il examine certaines tâches que le thérapeute utilise dans ce mode de transfert. Celui-ci doit : A- explorer les schémas d'attachement du patient qui peuvent dévoiler un sentiment d'insécurité, de peur d'être ignoré ou incompris, des états intérieurs instables, etc. B- aider le patient à découvrir l'origine de ses schémas d'attachement, tant au niveau sensoriel qu'émotif, au travers de sa résonance limbique. Il aidera le patient « à ressentir cet état et à s'en libérer ». C- aider le patient à comprendre la façon dont ces schémas d'attachement influencent ses relations amoureuses et sexuelles. Selon Tonella, les problèmes sexuels peuvent être la conséquence d'un attachement préverbal instable.

À la question de ce qu'est le contre-transfert, il répond que « celui-ci est une réaction d'un schéma d'attachement instable du thérapeute, en réponse à un schéma d'attachement insécurisant chez le patient » (6). Selon le schéma d'attachement du thérapeute, les expressions sensorielles et émotionnelles du patient peuvent être acceptées ou rejetées.

3 Redéfinir la relation thérapeutique, le transfert et le contre-transfert : contributions de la psychanalyse relationnelle, de la théorie de l'attachement et des neurosciences, à travers le prisme des auteurs bio énergéticiens

3a Nouvelle perception de la relation thérapeutique et du contre-transfert par la psychanalyse relationnelle

D'un point de vue historique, la relation thérapeutique a été considérée comme asymétrique. Le thérapeute est supposé savoir et interpréter, et le patient ne sait rien de ses parties inconscientes qui doivent être révélées. Le contre-transfert a été considéré longtemps comme un obstacle au processus thérapeutique à cau-

se de conflits non résolus chez le thérapeute. Cependant, le concept a évolué dans le domaine thérapeutique et en Analyse bioénergétique également. Partant des approches en psychanalyse relationnelle, intersubjective, le concept est perçu d'une manière radicalement différente, comme étant un outil essentiel pour le thérapeute. Dans cette perspective le transfert et le contre-transfert sont considérés comme étant une matrice interactive visant à utiliser les réponses de contre-transfert du thérapeute de façon constructive. Le thérapeute et le client contribuent à l'alliance thérapeutique, grâce à leur subjectivité, et le thérapeute ne se contente plus d'interpréter, mais il participe, crée avec le patient la situation thérapeutique. Le transfert et le contre-transfert se manifestent dans des dimensions corporelles et apparaissent pour la première fois dans les approches thérapeutiques, également dans des approches qui ne sont pas fondées sur la dimension corporelle, principalement grâce aux contributions provenant de ces nouvelles théories. Les analystes relationnels parlent aujourd'hui de « contre-transfert incarné », reconnaissant ainsi l'importance des processus corporels.

La dimension relationnelle a eu un impact profond sur la rencontre psychothérapeutique. L'expérience de l'intersubjectivité du patient et du thérapeute joue un rôle très important puisque le thérapeute et le client contribuent tous les deux, avec leur subjectivité respective, à construire l'alliance thérapeutique. Ce changement implique une modification de la position du thérapeute où, initialement, il interprétait et gérait le traitement, et maintenant à une fonction de participant. Ces analystes parlent du « corps intersubjectif », faisant référence aux interactions complexes et inconscientes au sein de la dyade thérapeutique. Une contribution intéressante est celle du *Boston Change Process Group*, un groupe d'analystes relationnels et de chercheurs (Daniel Stern, Edward Tronick, Karlen Lyons-Ruth, et autres), dont la pensée est influencée par la philosophie de Martin Buber. L'idée principale de cet auteur est que toute véritable guérison implique une rencontre authentique avec l'Autre. Leur définition de la relation thérapeutique est qu'il existe une relation entre le patient et le thérapeute qui est vraie et authentique. Elle est définie par Lyons-Ruth ainsi : « Le cadre intersubjectif est façonné par le croisement des connaissances relationnelles implicites du patient et du thérapeute. Ce cadre s'étend au-delà du transfert et du contre-transfert et inclut l'implication personnelle authentique, ainsi que les sensibilités relatives aux façons d'être l'un envers l'autre » (2007). Un autre concept développé par ce groupe est la « connaissance relationnelle implicite » qui fait référence aux processus inconscients emmagasinés dans la mémoire implicite, qui sont révélés par le matériel inconscient présent dans la relation.

Le tiers analytique, l'intersubjectivité et le domaine relationnel

« Le tiers analytique » est un concept développé par Thomas H. Odgen et Jessica Benjamin, deux analystes de l'approche relationnelle. De leur point de vue,

il existe deux subjectivités dans l'espace thérapeutique, et, entre elles, se trouve un espace où se créent les liens. Cet espace intersubjectif est ce qu'Ogden et Benjamin appellent « le tiers analytique intersubjectif », une sorte de troisième subjectivité qui découle des interactions des deux autres. La relation entre ces deux subjectivités, combiné à l'espace où se créent les liens qui se situe entre elles, constituent le domaine relationnel ou le système intersubjectif. Dans ce système, il y a une interaction continue et réciproque entre le thérapeute et le client. Il s'agit d'un échange psychique, émotionnel et somatique continu, qui se déroule principalement de façon inconsciente. Le tiers analytique contiendrait les idées, croyances, et fantasmes créés conjointement, et partagés par le patient et l'analyste.

Plusieurs théoriciens de la théorie relationnelle, considèrent que le concept « d'interaction mutuelle » se substitue aux concepts traditionnels de transfert et de contre-transfert dans la pratique clinique. En effet, le transfert et le contre-transfert appartiennent davantage au premier modèle (Martha Stark) qui se concentre sur l'intrapsychique, qui ne tient pas compte de l'entrelacement des subjectivités. Certains experts proposent même d'abandonner le concept de transfert (Carlos Rodriguez Sutil) et d'autres (Margie Lachman), de le redéfinir complètement. Aron, un autre analyste relationnel, cité par André Sassenfeld, indique les limites du concept de transfert, puisque le thérapeute ne se contente pas de réagir mais initie également des interactions avec le patient. Pour lui, le terme contre-transfert minimise l'impact que le thérapeute a sur le patient. Aussi, plusieurs théoriciens de l'approche relationnelle critiquent et abandonne le concept analytique d'identification projective pour des diverses raisons (Aron, Mitchell, Robert Stolorow, Bernard Brandchaft et George Atwood). Sassenfeld, analyste de cette approche, nous explique ce changement d'opinion. « Le modèle classique fonctionne uniquement dans une direction ; l'analyste qui influence le patient et non le contraire. L'approche relationnelle met l'accent sur une influence mutuelle, dans les deux directions, qui provoque une transformation mutuelle. Si le patient change, c'est parce que le système intersubjectif a été transformé, et donc, le thérapeute doit changer également. Aron dit qu'il existe une mutualité relativement asymétrique, qui a un impact sur les deux protagonistes. Cependant, cette influence n'est pas équivalente, ni dans leurs rôles partagés, ni dans les fonctions et les responsabilités » (58).

Sassenfeld présente le concept de nouveaux « schémas émergents » qui apparaissent à la suite de l'interaction entre le thérapeute et le patient, ce qui n'existaient pas auparavant. « Dans ces systèmes dynamiques non linéaires et complexes, les interactions réciproques entre les composantes présentes peuvent créer des schémas émergents, des formes et des structures qui sont produites généralement dans l'interaction » (58). Dans ce modèle psychanalytique relationnel en évolution, le transfert et le contre-transfert sont perçus de manières assez différentes, soit comme un processus interactif, comme la psychanalyse Jody Davis nous le montre :

« Nous reconnaissons maintenant les processus de transfert et de contre-transfert comme intrinsèquement et irréductiblement interactifs ... les transferts ne sont pas des déformations mais des schémas organisationnels concurrents, souvent conflictuels, ou des fantasmes interpersonnels se trouvant à la base de la lutte de chacun pour sa propre intégration ... les transferts ne sont pas forcément des substitutions du passé » (185).

Comme l'indique Angela Klopstech, la théorie psychanalytique a subi des changements en profondeur. Elle est partie du modèle freudien de la pulsion, aux premiers modèles relationnels (théorie de l'attachement, théorie de la relations d'objet, psychologie du Soi) qui visaient à fournir certaines expériences correctives, jusqu'aux modèles relationnels plus récents, davantage fondés sur l'approche de Buber (Je et Tu), mettant l'accent sur les interactions réciproques. Le paradigme relationnel, transmit par le *Boston Change Process Group* et par d'autres analystes, considère la relation comme l'élément crucial pour la transformation, et développe l'idée que notre sens du Soi est continuellement transformé par nos expériences relationnelles intersubjectives. Les expériences somatiques et sensorielles y ont une place importante et il est question de mémoire corporelle, ce que ceux-ci nomment comme étant une mémoire implicite, qui est inconsciente. Les contenus accumulés dans cette mémoire implicite constituent la « connaissance relationnelle implicite » (un terme inventé par le *Boston Change Process Group*), qui ne peut être transformée qu'à travers le vécu dans le moment présent.

Un autre concept clé utilisé est le concept d'intersubjectivité, provenant de la philosophie phénoménologique. L'esprit, le corps et l'environnement sont étroitement connectés et inter reliés. La division de l'esprit et du corps de Descartes ne tient plus. Avec cette approche, nous n'avons plus un patient en traitement, mais deux subjectivités qui interagissent. Comme Jody Davies l'explique : « Il y a deux participants qui viennent ensemble, et tentent de créer un espace optimal dans lequel ressentir et traiter des différentes dimensions de qui ils étaient respectivement, sont actuellement, et peuvent espérer devenir. Nous cherchons des façons d'atteindre et de toucher l'autre, de le soutenir, de le mobiliser, de le calmer, de le stimuler, et, en fin de compte, de guérir ce qui le blesse. Dans cet espace intersubjectif, l'analyste, lui aussi, veut être atteint, connu et reconnu » (188).

3b L'impact du point de vue relationnel et de l'intersubjectivité sur la pratique en Analyse bioénergétique

Daniel Stern, membre du *Boston Process Change Group*, souligne l'importance de la relation thérapeutique, comme élément central des processus de changement : « La plupart d'entre nous ont été fortement "brassés" et forcés de réaliser que ce qui fonctionne réellement en psychothérapie est la relation entre le théra-

peute et le client. Nous sommes tous "dévastés" par cette réalité, car nous avons passé des années et dépensé beaucoup d'argent à apprendre une technique particulière, ou une théorie, et il est très décourageant de réaliser que ce que nous avons appris n'est que le véhicule, le tremplin nous permettant de créer une relation, ce qui est l'endroit où le travail se fait réellement » (Stern, cité par Helen Resneck-Sannes, 2012).

Dans les années 1980 et 1990, le domaine psychothérapeutique au niveau mondial a été grandement influencé par de nouveaux discours et de nouvelles découvertes découlant de ces nouvelles théories. Certains courageux analystes bio énergéticiens ont commencé alors à explorer, à réfléchir et à incorporer ces nouveaux concepts qui affectent profondément la vision et les dynamiques de la relation thérapeutique, ainsi que les concepts de transfert et de contre-transfert. J'ai l'intention de me pencher sur l'évolution de la relation thérapeutique au travers les contributions de certains auteurs bio énergéticiens qui, sans perdre leurs liens avec les principes fondamentaux de Lowen, ont ressenti le besoin de se connecter dans le courant des approches psychothérapeutiques actuelles. Ils ont inclus certaines de ces contributions à notre théorie et notre pratique, l'enrichissant, trouvant de nouvelles nuances et, en même temps, visant à situer l'Analyse bioénergétique en lien avec de ces nouvelles approches thérapeutiques. Helen Resneck-Sannes (2005) nous donne une perspective historique et repère trois paradigmes chronologiques présents en Analyse bioénergétique. Le premier, développé par John Pierrakos et Alexander Lowen, considérait la personne de l'extérieur, et peut être formulé comme suit : « ouvre l'armure et tu seras libre ». Le second paradigme, développé par Stanley Keleman, David Boadella, Gerda Boyersen et Peter Levine, peut être formulé ainsi : « la structure extérieure n'est pas la seule chose importante, le flux d'énergie dans le corps l'est aussi ». Le troisième paradigme, avec Leonard A. Carlino, David J. Finlay, Robert A. Lewis et Virginia Wink Hilton, et personnellement j'ajouterais David L. Campbell, ont introduit les recherches de l'attachement et de la neurobiologie. Dans ce troisième paradigme, le thérapeute n'est plus un observateur neutre déchiffrant le corps. Ces dernières années, il y a un glissement vers une approche davantage orientée vers la relation avec, par exemple, le modèle « d'une personne et demi ou de deux personnes » de Martha Stark, que nous allons vous expliquer.

J'aimerais ajouter une quatrième vague d'analystes bio énergéticiens encore plus récente, ayant vu le jour ces dernières années. Des auteurs comme Helen Resneck-Sannes, Angela Klopstech, Vincentia Schroeter, Guy Tonella, Scott Baum, Vita Heinrich-Clauer, Jörg Clauer, Margit Koemeda-Lutz et d'autres sans doute, ont apporté des contributions venant de la théorie de l'attachement, de la psychanalyse relationnelle, des neurosciences, de la théorie polyvagale et d'autres encore, qui revisitent les concepts bioénergétiques à la lumière des dernières recherches et permettent un nouveau regard et une nouvelle compréhension des concepts bioénergétiques. Cela fait en sorte que ces nouvelles idées sur la relation

thérapeutique, sur le transfert et le contre-transfert apparaissant, sont considérées comme des interactions dyadiques, somatiques et relationnelles.

Klopstech cite Stark au sujet de cette évolution : « La psychanalyse a beaucoup évolué depuis que Freud a mis l'emphasis sur la sexualité et l'agressivité. Les pulsions ou les relations interpersonnelles du patient ne sont plus au centre de l'attention, comme l'était aussi la relation entre les structures dans la psyché. La psychanalyse contemporaine porte plus attention sur la relation intersubjective entre le patient et son thérapeute » (44). Il ne s'agit pas là d'un processus facile pour nous, analystes bio énergéticiens, que d'être ouverts à de nouveaux concepts tout en trouvant une manière de garder nos racines. L'auteure se penche sur les difficultés à intégrer de nouvelles connaissances sans perdre son essence : « Depuis ses débuts, l'Analyse bioénergétique conserve une orientation très théorique puisqu'elle se fonde sur le modèle de la pulsion de l'analyse freudienne classique et sur le modèle d'analyse caractérielle de Reich comme base théorique. Mais elle n'a pas encore intégré de manière adéquate les nouvelles théories analytiques qui se concentrent sur le Soi ou sur les relations d'objet ou d'intersubjectivité. De nombreux auteurs ont fait des tentatives ... mais ils n'ont cependant pas encore atteint une masse critique afin de fournir un changement cohérent ... dans le combat que nous faisons pour intégrer les concepts psychanalytiques, nous risquons de perdre dans nos efforts, face à notre approche en Analyse bioénergétique, nos plus profondes connexions reliées aux dimensions énergétiques et corporels, et de devenir une école de psychothérapie qui y utiliserait quelques techniques corporelles » (46, 2012).

Cette évolution des connaissances a soulevé un débat dans le domaine du champs thérapeutique au sujet de deux modèles de relations thérapeutiques : le modèle de « psychologie à une seule personne », étant centré sur les dynamiques internes du patient et le modèle de « psychologie à deux personnes », étant centré sur les dimensions relationnelles. Klopstech nous présente les trois modèles de Stark : 1- Le modèle de la personne unique perçoit l'individu en termes intrapsychiques, comme un système fermé avec des pulsions et des défenses internes. Le thérapeute est un observateur sur lequel le transfert du patient est projeté. Le contre-transfert est considéré comme quelque chose qui interfère avec la neutralité du thérapeute et doit être éliminé. Le facteur curatif vient de l'interprétation (analyse classique freudienne). 2- Le modèle à une personne et demi (approche de psychologie du Self et de la relation d'objet) soutient que le patient a besoin d'un thérapeute empathique pour le valider. Le facteur de guérison est l'expérience émotionnelle corrective que le thérapeute lui offre. 3- Le modèle à deux personnes, dont font partie les écoles contemporaines centrées sur l'interaction et la relation, est fondé sur une relation mutuelle où le thérapeute est un participant actif. Le transfert est un processus dyadique et le contre-transfert et une réponse au patient. Le facteur de guérison est relié à une relation authentique. L'auteur conseille aux psychothérapeutes d'être capable d'utiliser les trois modèles, tout dépendant de la situation.

Pour Klopstech, l'Analyse bioénergétique a commencé avec le modèle de la personne seule, le thérapeute travaillant sur les blocages émotionnels puis les reliant à l'enfance du client, et a évolué vers une approche plus orientée vers le relationnel, d'une personne seule à "une personne et demi", le patient se manifestant par son attitude, le thérapeute lui offrant de l'empathie. Actuellement elle s'oriente vers les approches centrées sur deux personnes, la relation thérapeutique étant vue comme un outil central pour guérir le patient. Dans le dernier cas, ce sont deux sujets authentiques qui s'engagent dans la relation, dans le moment présent. Klopstech ajoute que, si les modèles 1 et 2 sont familiers des thérapeutes bio énérgéticiens, le modèle 3, quant à lui, constitue un défi important, et elle pense que les thérapeutes auront tendance à choisir le modèle qu'ils connaissent le mieux, en fonction de leur type de personnalité.

Certaines citations de Bob Hilton illustrent bien ce changement relationnel dans le cadre de l'Analyse bioénergétique : « Nos contractions musculaires sont le résultat de nos blessures relationnelles. Elles ne peuvent être « réparées » seulement que dans le cadre d'une relation thérapeutique et aucun effort personnel ou une volonté de « faire tout seul » ne va les aider à les résoudre ni à s'en libérer », Hilton(198, 1984). « Les dynamiques énergétiques du corps et les schémas de soutien étaient considérées auparavant comme étant des manifestations extérieures d'un processus interne. Produire un changement dans la forme et la motilité du corps revenait à modifier la rigidité au niveau des conflits psychiques profonds du client ... On parlait du principe que la guérison se produisait en relâchant les tensions, et que nous n'avions pas besoin d'être en relation avec la personne pour faciliter cela », Hilton (32, 2000). Selon celui-ci, l'approche bioénergétique classique ne suffisait pas. Ce qui était nécessaire, c'était une véritable, une relation réelle entre le patient et le thérapeute, « deux corps se joignant à la même danse ». Dans ce modèle relationnel, ce qui guérit et produit les changements thérapeutiques ce sont les dynamiques relationnelles à l'intérieur de la dyade thérapeutique. Il ajoute : « j'avais besoin de quelqu'un qui s'engageait dans notre relation, quelqu'un qui pourrait surmonter les tempêtes provoquées par ma rage et ma déception, quelqu'un qui n'avait pas pensé un seul instant que ce qui se produisait dans la thérapie pouvait être résolu, quelqu'un qui était investi sans se soucier du résultat. J'avais besoin de quelqu'un qui se battrait pour moi », Hilton (37, 2000).

La dimension relationnelle et l'intersubjectivité ont tous deux profondément influencé l'Analyse bioénergétique. La vision actuelle est celle de deux corps, deux esprits, et deux systèmes énergétiques, qui sont en inter relation et qui s'influencent l'un et l'autre. D'une part, il se peut que cela devienne un plus grand défi pour l'analyste, puisqu'il peut se sentir plus vulnérable, davantage à découvert et moins protégé. D'autre part, les avantages sont considérables, puisque le thérapeute peut se sentir plus libre d'être lui-même, d'être capable de s'investir dans une relation réelle, où il/elle n'a pas besoin d'être le thérapeute idéal mais un véritable être humain.

3c Les contributions des neurosciences dans le champs psychothérapeutique

La recherche en neuroscience a profondément influencé la compréhension du processus thérapeutique, indépendamment de l'approche. Ces théories fournissent une carte démontrant la plasticité du cerveau et de la manière dont les circuits dans le cerveau peuvent être modifiés par nos émotions, nos croyances et nos relations. Elles confirment la façon dont le cerveau, le corps et le système nerveux sont structurés à travers leurs relations avec l'environnement. Elles ont confirmé la théorie de l'attachement et ont développé une théorie psycho-neurobiologique du développement émotionnel dans l'enfance.

Il s'agit là d'une révolution « émotionnelle » en psychothérapie, qui, dans les années 1960, était orientée vers le behaviorisme et dans les années 1980–1990, vers le cognitivisme. Aujourd'hui, les émotions et les processus somatiques et sensoriels occupent une place centrale. Le cerveau et les connexions émotionnelles sont étudiés de façon minutieuse, ainsi que les différentes fonctions de chaque hémisphère du cerveau. Schore et Siegel ont tous les deux incorporé les principes de l'attachement au fonctionnement du cerveau, et leurs recherches confirment le fait que c'est au travers de la communication émotionnelle que les expériences de l'attachement organisent le cerveau. Le « toi et moi » sont remplacés par le « Nous ». Ces nouvelles théories intègrent le corps dans les processus de changement, ce que les analystes bioénergéticiens savent et appliquent depuis très longtemps. Certains d'entre nous ont intégré des concepts des neurosciences dans leurs travaux et dans leur pratique. Je remercie ces auteurs pour leurs contributions, nous aidant à rester connectés au monde thérapeutique d'aujourd'hui, tout en nous permettant de reconnaître des paradigmes contemporains, de ne pas s'en isoler. J'étais intéressée à comprendre comment ces nouveaux concepts ont influencé les travaux, recherches et écrits de nos analystes bio énérgéticiens. Mon objectif est de vous faire "voyager" à travers leurs contributions, qui ont enrichi l'Analyse bioénergétique grâce à des concepts découlant de ces théories.

Klopstech (2008) défend la nécessité de « repenser ce que nous faisons de façon bioénergétique en termes des neurosciences ». Les concepts tels que l'éveil, l'excitation, l'autorégulation, les neurones miroirs, la « fenêtre de tolérance », ou l'harmonisation somatique, et autres sujets, ont été développés et intégrés, affectant la compréhension du processus thérapeutique. D'autres concepts tels que le transfert, l'enracinement, la catharsis, la charge énergétique, pour ne citer que ceux-ci, sont revisités, ce qui élargit notre compréhension de ces termes.

Les concepts de Daniel Siegel

Les contributions de Siegel et Schore sont remarquables afin de permettre une nouvelle compréhension des dynamiques reliées à la relation thérapeutique. Daniel

Siegel, lorsqu'il était résident en psychiatrie, mécontent des traitements psychiatriques conventionnels, s'était rendu à une conférence donnée par Mary Main, chercheuse sur thème de l'attachement, qui a eu un impact très grand chez celui-ci. Cette rencontre éveilla en lui une curiosité immense concernant les manières dont l'attachement affecte la neurobiologie humaine et comment cela pourrait contribuer à l'intégration neuronale. Dans son approche qu'il nomme la neurobiologie interpersonnelle, il développe son point de vue sur la manière dont les relations façonnent notre cerveau, comment notre cerveau peut être modifié et les manières dont cela affecte directement la relation thérapeutique. Dans ce système neurobiologique, l'émotion devient l'élément central, et c'est à travers de la communication des émotions que les expériences d'attachement organisent le cerveau chez le nourrisson. C'est grâce aux émotions et expériences partagées entre le patient et le thérapeute que de nouveaux réseaux neuronaux sont structurés. Cela a pour résultat que le thérapeute et le patient peuvent également tous deux être transformés.

Il développe un nouveau concept de l'esprit, un esprit qui est à la fois incarné dans le corps et relationnel. L'esprit est considéré comme un concept complexe qui intègre à la fois des processus interpersonnels et corporels, en y intégrant le fonctionnement du cerveau. Le processus nommé « esprit » est situé dans nos corps, le cerveau et dans nos relations. Dans sa théorie, un esprit incarné est un esprit qui s'occupe non seulement de ce qui se passe dans notre tête, mais aussi ce qui se passe dans notre corps tout entier. L'esprit est relationnel, car nous vivons à travers nos relations, et nos connexions avec les autres façonnent nos processus mentaux et émotionnels. Il s'agit d'un esprit qui émerge grâce au contact avec d'autres esprits.

Il est intéressant de noter que Siegel parle d'énergie. Il dit : « il existe un flux d'énergie, et la manière dont cette énergie circule dans nos vies façonne nos expériences mentales et émotionnelles. L'information constitue un flux d'énergie structuré d'une certaine manière, et l'esprit est le processus émotionnel et corporel qui régulent ce flux d'énergie et d'information ». Selon cet auteur, nos corps séparés se connectent à mesure que l'énergie circule de vous (vous me souriez) à moi (je reçois ce sourire). L'intimité serait une sorte de résonance entre deux systèmes interactifs. Le cerveau est un processus social et les émotions sont, en réalité, son langage fondamental. L'intégration des différentes parties est un concept clé dans sa théorie, puisque de l'intégration émerge la cohérence et l'harmonie. Quand l'intégration est perturbée, le chaos et la rigidité s'en suivent.

Selon cet auteur, l'approche clinique spécifique utilisée devient moins importante que l'harmonisation du thérapeute. L'ajustement devient un mot-clé à mesure que l'interaction inconsciente, intuitive et émotionnelle devient plus importante que l'interaction verbale, et que les représentations réparatrices des expériences de la petite enfance, construites conjointement par le thérapeute et le client, deviennent essentielles pour la guérison. Dans cette approche, le thérapeute a besoin d'accéder au cerveau droit, afin de ressentir pleinement les sentiments de son client et les siens qui lui sont propres. Le thérapeute doit garder une connexion du cer-

veau droit à cerveau droit, afin de créer une harmonisation empathique, mais aussi une connexion du cerveau gauche à cerveau gauche, le côté plus rationnel, afin de donner du sens à ce qui est ressenti. David J. Wallin, psychanalyste d'approche relationnelle, parle de la « vision binoculaire » nécessaire pour le thérapeute qui s'engage dans une communication éventuelle avec le patient, et en même temps, doit être en contact avec ses propres états intérieurs, afin d'établir de nouveaux réseaux de connexions dans le cerveau du patient et améliorer sa capacité d'auto-régulation. Pour nous qui travaillons avec le corps, il s'agit là de bonnes nouvelles. Nous pouvons nous harmoniser physiquement avec nos patients, au travers de nos indices somatiques et émotionnels, ainsi que déchiffrer les indices somatiques et sensoriels de nos clients et y répondre. Siegel créa le concept de « fenêtre de tolérance », différente pour chaque patient, qui fait référence à l'intensité des émotions et la charge émotionnelle que le patient peut supporter sans être déréglé.

Les concepts d'Allan Schore

Pour le neuro psychanalyste Allan Schore, la connexion thérapeutique se produit au travers un « inconscient relationnel », où les deux inconscients, celui du thérapeute et du patient, communiquent. Avoir de l'empathie ne signifie pas seulement aider à ce que le patient se sente mieux, cela signifie créer un état d'activation neuronal. Il fut le premier à faire le lien entre le cerveau droit, relié aux émotions, et les connexions au cerveau droit, que l'on rencontre dans les dyades de l'enfance ou dans celles du thérapeute et son patient. Schore considère l'émotion comme un point central et parle d'une « révolution émotionnelle » dans le domaine psychothérapeutique. L'Analyse bioénergétique a clairement inclus le travail sur les émotions depuis ses tout débuts, mais nous savons que ce n'est pas le cas pour de nombreuses approches psychothérapeutiques. La contribution la plus pertinente d'Allan Schore est son intégration des modèles biologiques et psychologiques, en développant une théorie du développement émotionnel et de l'autorégulation durant l'enfance qui peut être appliquée à la psychothérapie avec des adultes. Ses recherches sur la régulation émotionnelle ont eu un impact profond sur la compréhension de la relation thérapeutique. Les contributions d'Allan Schore ont influencé de nombreux domaines, tels que les neurosciences affectives et la théorie du traumatisme. Ainsi, ses recherches se sont penchées sur les effets des traumatismes précoces sur le développement du cerveau, et, comme je l'ai dit, il nous a offert une compréhension profonde de la neurobiologie de l'attachement, ce qui a profondément marqué le champ de la psychothérapie.

L'impact des recherches en neurosciences sur le travail en Analyse bioénergétique

Avec cette nouvelle perspective, le corps et l'esprit sont réunis, l'esprit étant un système complexe qui intègre le corps. Nous ne devons plus « sortir de notre

tête », mais l'intégrer dans le corps. « À présent, il est temps de se concentrer sur le corps qui vit dans notre esprit ... nous ne sommes plus un esprit contre le corps, mais l'esprit et le corps fonctionnent ensemble, comme un système relié complexe qui transfère des informations, en traitant les états somatiques, et les événements de nature verbales et cognitives » (Resneck-Sannes, 2005).

Bob Lewis a écrit énormément sur la problématique reliée au le choc céphalique. « En analyse bio énergétique classique, dans ses débuts, la tête, le cerveau et l'esprit étaient considérés comme des éléments bloquant nos expériences les plus profondes et vitales. La psychothérapie était structurée pour « sortir » de la tête et « entrer » dans son corps. En 1976, j'ai apporté un changement de paradigme en analyse bio énergétique, un changement qui considère la tête et l'esprit, et le cerveau comme étant d'importance égale au corps » (Lewis, 2012).

Klopstech démontre que les recherches de Schore mettent en lumière le rôle des émotions dans les processus de changement, ainsi que le rôle prépondérant des relations interpersonnelles, dans le but de façonner les processus neuronaux et les capacités d'autorégulation. Selon Schore, une connexion thérapeutique se produit par un « inconscient relationnel », qui, en réalité, regroupe tous les processus passant d'un cerveau droit, celui du client, à l'autre cerveau droit, celui du thérapeute. Grâce à ses recherches portant sur l'autorégulation des états émotionnels, il fait la lumière sur ces processus relationnels implicites. « La relation thérapeutique peut modifier le système structurel interne du cerveau du patient qui, consciemment et inconsciemment, traite et régule les informations externes et internes. De cette façon, cette relation ne réduit pas seulement les symptômes négatifs du patient mais augmente également ses capacités d'adaptation » (Schore, cité par Klopstech, 2005).

Pour nous, thérapeutes bio énergéticiens, cela confirme ce que nous savions déjà de façon intuitive, à savoir qu'il existe une résonance somatique qui se développe à partir des interactions entre les hémisphères droits du thérapeute et du patient, et principalement de façon inconsciente. Schore a mis en application ses recherches, dans la relation parent à enfant, sur la communication de cerveau droit à cerveau droit, et transféré ces résultats au processus psychothérapeutique. Nous savons aujourd'hui que la communication émotionnelle et corporelle sont des processus de communication du "cerveau droit au cerveau droit", et cela nous amène à comprendre que ce qui est le plus curatif dans le processus thérapeutique. Resneck-Sannes (2002) expose ces contributions de Schore et se penche également sur l'influence cruciale que ces découvertes ont eu sur la compréhension de la relation thérapeutique. « Les expériences d'attachement précoces sont encodées dans le cerveau droit. Elles demeurent là, non symbolisées, et sont disponibles au travers de la communication corporelle dans la relation ... La mère et l'enfant construisent ensemble une relation corps à corps et l'esprit se développe dans cette matrice relationnelle. La structure peut être endommagée s'il n'y a pas de résonance empathique appropriée de la part de la mère. Selon Schore, la

clé de l'attachement est le processus d'autorégulation entre la mère et l'enfant » (Resneck-Sannes, 111).

La théorie de l'autorégulation de Schore souligne l'importance des expériences non verbales, et la capacité d'une relation thérapeutique, entre le patient et le thérapeute, dans le but de réguler les affects. Exactement comme cela se passe entre la mère et le bébé, et le thérapeute, qui à travers le lien thérapeutique, aide à réguler les états émotionnels perturbés du patient. « La recherche empirique qui porte sur les interactions entre le parent qui prends soin de son enfant, remet en question la notion selon laquelle un thérapeute est séparé de son client. Cela signifie qu'on peut fournir, grâce à l'interprétation du langage corporel, ldes interventions thérapeutiques utiles et nécessaires, en déchiffrant les fonctions figées. À la naissance, nous sommes dans une matrice relationnelle, et la thérapie consiste, en partie, en l'influence mutuelle des corps du client et du thérapeute » (Resneck-Sannes, 112).

Les recherches portant sur le rôle significatif des émotions dans les changements thérapeutiques furent considérables ces dernières années et enclenchèrent une véritable révolution dans le domaine psychothérapeutique, bien que cet aspect ait toujours été bien connu des analystes bio énergéticiens. Nous avons toujours reconnu la puissance de l'expression émotionnelle et de sa régulation impliquées dans les processus de changement. Cependant, les émotions occupent à présent un rôle central dans le changement thérapeutique, comme jamais auparavant dans l'histoire de la psychothérapie. Maintenant, il y a des preuves scientifiques évidentes qui montrent le lien important entre l'éveil émotionnel et la profondeur de ce qui peut être vécu. Ces recherches expliquent comment ces deux éléments sont reliés au résultat thérapeutique. Le rôle de la catharsis est revisité et redéfini, et l'impact d'expériences affectives intenses est validée. « le changement thérapeutique est la conséquence d'une exposition à des capacités maximales du cortex cérébral en lien avec des expériences affectives intenses. » (Resneck-Sannes, 39, 2005)

« Une expérience affective profonde et authentique, ainsi que sa régulation, à travers des échanges émotionnels coordonnés, ajustés, entre le patient et le thérapeute, sont considérés comme des agents transformationnels essentiels » (Diana Fosha citée par Klopstech, 120). Klopstech se penche sur le concept de « régulation des deux hémisphères » de Schore. Il estime que la régulation est considérée comme un processus d'interaction. Elle considère ce processus pertinent pour la communication non verbale, de corps à corps, entre le thérapeute et le patient, laquelle est considérée comme l'essence même de notre façon de travailler.

Schore fait également la différence entre un mode interactif, de personne à personne, et un mode non interactif, intra-personnel, en mettant l'accent sur le fait qu'une bonne psychothérapie doit combiner ces deux modes de fonctionnement. « La théorie de régulation de Schore propose que les mécanismes implicites se trouvent au cœur même des processus de changements importants. Les « méca-

nismes implicites » signifient que « l'harmonisation limbique » entre le patient et le thérapeute et les interactions émotionnelles et corporelles qui surviennent, sont de nature inconscientes » (Ibid. 121).

Les concepts bio énergétiques de niveau d'éveil et de charge énergétique sont redéfinis à la lumière de ces nouvelles contributions. Nous savons maintenant qu'un certain niveau de stimulation est nécessaire pour la restructuration neuronale dans le cerveau limbique. Greenberg, analyste d'approche relationnelle, croit que l'intensité de la charge, son expression et la réflexion sont des agents cruciaux de changement. Siegel définit une « fenêtre de tolérance » comme le cadre optimal qui permet l'éveil afin de traiter le matériel émotionnel. Cette fenêtre de tolérance peut varier d'une personne à l'autre, mais les thérapeutes doivent pouvoir trouver laquelle est la meilleure pour chaque patient. Un patient se sentira perturbé si ce qu'il ressent ou ce dont il fait l'expérience est en dehors de sa « fenêtre de tolérance ».

Klopstech explique que les neurosciences prouvent que la charge émotionnelle qu'un patient, une patiente, peut supporter, dépend non seulement de sa structure caractérielle, son type de personnalité, mais aussi de la façon dont le thérapeute établit la relation avec le patient, dans ce contexte précis. Grâce à nos connaissances concernant la lecture du langage corporel et celle de la structure du caractère, nous, analystes bio énergéticiens, en savons davantage dans le domaine de la régulation à l'intérieur de la fenêtre de tolérance thérapeutique. Nous savons comment créer des stimulations faibles et intenses, et comment travailler avec celles-ci. Sous cet angle, enraciner un patient pourrait signifier, amener le patient, la patiente, dans sa fenêtre de tolérance. Klopstech est en faveur de l'utilisation des cadres de référence reliées aux recherches en neurosciences et dans les approches relationnelles dans le cadre de notre travail en psychothérapie. « Pouvoir utiliser différents cadres m'a rendue plus efficace en tant que thérapeute » (Ibid. 122).

3d Le rôle de l'empathie et de l'harmonisation somatique dans le cadre de la relation thérapeutique

Cette nouvelle compréhension, apportée par les neurosciences, redéfinit certains aspects clés de la relation thérapeutique. Maintenant nous savons que les processus relationnels sont au cœur de la guérison. L'empathie et l'harmonisation sont devenues des concepts essentiels, au même titre que l'importance de savoir ce que nous ressentons quand nous sommes communiquons avec nos patients, et de quelle manière leurs états émotionnels influencent notre corps et vice versa. Resneck-Sannes déclare que, dans les interventions corporelles classiques, l'empathie, l'harmonisation et la congruence étaient absentes, et il a été prouvé à quel point elles sont cruciales. Elle donne un aperçu de l'importance de l'empathie et

de l'harmonisation dans les processus thérapeutiques, ainsi que de la tâche de régulation émotionnelle du thérapeute. « Un thérapeute empathique n'est ni sous-stimulant, (en étant trop distant, neutre, ou absent), ni trop stimulant, (en ne régulant pas le matériel apporté afin de prévenir que le client ne tombe pas dans des états où il se sent envahi, dissocié ou en rupture) » (Resneck-Sannes, 48, 2005). « Cela fait des années que les recherches démontrent ce que les clients nous disent, à savoir que ce n'est ni l'introspection, ni les interventions corporelles qui les soignent en elles-mêmes. Je ne dis pas que nos interventions sur le corps devraient être écartées. Bien au contraire, elles doivent se dérouler dans un contexte d'harmonisation, dans le cadre d'une relation empathique. Cela signifie que le thérapeute ne soit plus séparé du client, et qu'il entre maintenant dans son cabinet en tant qu'être humain » (Ibid. 49).

Ce qui compte vraiment, maintenant, ce sont les aptitudes du thérapeute à s'engager dans une relation vraie, empathique et harmonisée avec son client, sa cliente. Il s'agit là d'un changement de rôles assez important, comme nous l'avons déjà expliqué. La relation psychothérapeutique est considérée comme un processus régulateur partagé d'un développement mutuel, où chaque élément est influencé et transformé par l'autre. La vision de ce qu'est la guérison a profondément changé. « La guérison qui s'installe est rendu possible grâce à la capacité du thérapeute à lire les signaux somatiques et sensoriels de son client et à lui fournir en retour la communication somatique et sensorielle convenable ». L'hémisphère droit du thérapeute décode les stimuli émotionnels et répond de manière empathique. Cela permet au clinicien, harmonisé d'une façon psychobiologique, d'agir en tant que régulateur interactif des états internes perturbés du patient. Le thérapeute ne lit pas seulement le comportement visible et ses formes externes, mais, comme une « mère suffisamment bonne », est douée pour déchiffrer les états internes du patient. Il, elle, se sert de son propre processus somatique et sensoriel pour être conscient(e) des états du patient et l'aider à cheminer dans ces états intérieurs » (Ibid., 115).

Jörg Clauer conçoit l'empathie comme étant un processus de résonance énergétique et émotionnelle. « Les schémas des sensations et des postures peuvent être également utilisés dans le cadre du traitement psychothérapeutique, grâce aux processus de résonance physique de l'empathie et de contre-transfert vécu dans le corps. Je comprends l'empathie en termes de sensibilité envers l'autre personne, ainsi que de la capacité la ressentir, comme un processus de vibration physique conjointe, ou comme une entrée en résonance avec la réalité non consciente et les sentiments d'une autre personne » (Clauer, 84).

Les neurones miroirs

Lewis reprend les termes « connaissance relationnelle implicite » de Lyons-Ruth afin de décrire ce qui se passe dans le processus empathique, un processus incon-

scent en bonne partie. Des concepts tels que les « réseaux de neurones miroirs » nous aident à comprendre les phénomènes d'empathie et de résonance corporelle en tant qu'éléments essentiels des processus de transfert et contre-transfert, qui sont de nature somatiques. Le système des neurones miroirs nous permet de « lire » l'esprit des autres au travers de signes non verbaux. Nous percevons un état émotionnel chez une autre personne et la même émotion se met à s'activer chez nous. Ce type de neurones sont pris en considération par certains auteurs bio-énergéticiens.

« Les neurones miroirs sont nécessaire à notre harmonisation, mais il se peut qu'ils ne suffisent pas. Ils peuvent nous aider à voir au travers des miroirs de l'âme, les yeux, de l'esprit de nos clients, mais nous devons également être capable de pouvoir tolérer ce que nous y voyons dans leurs miroirs. Qu'est-ce que ces neurones soutiennent dans notre « connaissance relationnelle implicite » ? ... ils nous aident à écouter ce qui nous vient intuitivement en images fugaces, en sensations physiques ou en phrases. J'appelle cela « écouter avec le système limbique » ... j'ai appris à calmer mon esprit et à écouter mes mains. Elle savait, assez souvent, où et comment je devrais toucher mes patients, avant que je ne le fasse moi-même » (Lewis, 2012, 121). « Les neurones miroirs recréent l'expérience des autres en nous, nous permettant de nous mettre à la place de l'autre, et ainsi, ressentir de l'empathie. Ils sont situés dans le cortex pré-moteur et sont connectés au système limbique, région émotionnelle du cerveau. Lorsque mes neurones miroirs s'embrasent en réaction à mon patient, ils déclenchent en moi des émotions empathiques ou une résonance limbique » (Klopstech, 2008, 131).

Lewis (2005) : à propos de l'empathie, de la mémoire implicite et explicite

Lewis considère le corps du thérapeute comme un instrument crucial pour le changement thérapeutique. Selon celui-ci, nous sommes empathiques lorsque nous répondons aux besoins du patient et lorsque nous recevons les identifications projectives de nos clients. Lewis parle ici de deux modes de connaissances, l'un implicite et l'autre explicite, qui prennent chacun un réseau neuronal différent. Nous savons que la mémoire implicite est la mémoire émotionnelle et procédurale, hors de la conscience, alors que la mémoire explicite regroupe des informations conscientes et organisées.

Il propose une vision de la psychothérapie caractérisée par un système dyadique, non linéaire, où chaque membre de la dyade s'autorégule et régule simultanément l'interaction. Il cite Fogel : « Dans un modèle composé de systèmes, tout comportement se produit simultanément chez l'individu, pendant qu'en même temps, chacun se modifie tout en étant modifié par les changements de comportement du partenaire » (Lewis, 11). Pour Lewis, le corps du thérapeute est un outil essentiel. « Nous sommes nous-mêmes les instruments uniques qui s'har-

monisent à la psyché et au soma de l'autre. » Il cite Schore : « Le thérapeute, intuitif, en harmonie, depuis qu'il a pris contact et ce, au tout début du traitement, apprend, petit à petit, les structures rythmiques du patient et il modifie son comportement, d'une manière relativement flexible et fluide, afin de s'adapter à cette structure » (Ibid., 17). Lewis estime que la preuve évidente, découlant de la recherche en neurologie, est qu'on peut accéder implicitement aux expériences traumatiques vécues au cours des premières années de la vie, par des interventions au niveau corporel. Dans plusieurs écrits, il met l'accent sur le fait que nous ne devons pas oublier que nous sommes des guérisseurs blessés et que, comment à partir de cette blessure fondamentale, nous tirons des limites et des forces dans notre capacité empathique avec nos patients.

En tant que thérapeutes corporels, nous avons reçu de la formation nous permettant d'être conscients de nos processus corporels internes. Nous sommes conscients de nos tensions musculaires, et nos signaux somatiques qui nous montrent ce qui se passe dans notre corps mais également dans celui de nos clients. Dans le cadre du processus thérapeutique, il y aura des moments d'harmonisation, des moments d'impasse, des moments de déconnexion et des ruptures, mais le plus important, c'est la réparation. Si nous pouvons réparer les ponts brisés grâce à l'empathie et à l'harmonisation, le processus s'en ira dans la bonne direction. Schore utilise le concept d'interruption et de réparation, ce qui est un concept très important en psychothérapie, mais également dans toutes les relations interpersonnelles. « Les pauses dans le processus d'attachement activent le système limbique du thérapeute, ce qui produit alors une résonance somatique et sensorielle dans son corps. Les thérapeutes, qui sont formés d'un point de vue somatique, apprennent à porter attention aux informations émanant de leur propre corps et à utiliser ces données pour examiner les qualités relationnelles d'engagement et de désengagement qui se déroulent au sein de la thérapie » (Resneck-Sannes, 116).

Tom Warnecke, thérapeute d'approche corporelle, nous fournit une description du processus complexe des transferts somatiques, phénomènes qui font partie d'un continuum allant de l'empathie et de l'harmonisation aux processus intersubjectifs, aux problèmes de reconstitutions et des questions de transfert, à l'autre bout du continuum : « Deux personnes se rencontrent dans deux systèmes moteurs sensoriels, et deux systèmes nerveux autonomes qui commencent à se répondre, à s'identifier l'un à l'autre et à interagir. Le transfert somatique est facilité par la résonance limbique et par l'habileté de notre système moteur et sensoriel à ressentir les mouvements, les postures, et les états affectifs qui sont observés chez les autres. Les neurones miroirs font partie d'un système de résonance en action qui suscite des représentations neuronales motrices par l'observation du mouvement (Pineda). L'imitation est un processus préréflexif, intuitif et spontané. La résonance kinesthésique et limbique nous permet de ressentir avec les autres, d'évaluer leurs intentions, et poser les bases pour les phénomènes inter-

personnels comme l'empathie, la résonance, la synchronisation corporelle et le transfert » (Warnecke, 234).

4 Les implications pour la psychothérapie

Les expériences émotionnelles somatiques et sensorielles du patient et celles du thérapeute se rejoignent et s'influencent dans ce champ intersubjectif. Le corps du thérapeute devient un outil central qui résonne aux états internes du patient. Resneck-Sannes explique ce changement en analyse bio énergétique. « L'attention est déplacée du client ayant un caractère pathologique à l'influence exercée mutuellement, entre le client et le thérapeute, sur les états de stimulations physiologiques, leur désir de contact et d'intimité, ainsi que d'une régulation mutuelle. Cela confirme notre expérience démontrant: qu'au lieu d'être un observateur neutre qui peut lire des fonctions figées, deux corps sont ensemble dans la pièce, et qui, par le toucher, des regards mutuels et des mots, installent une situation permettant une résonance. Les résultats des recherches portant chez l'enfant montrent que notre attention peut être dirigée vers nos états somatiques internes ... Le thérapeute est présent à sa propre expérience somatique et utilise cette information pour comprendre ce qui se passe d'un point de vue interpersonnel » (Resneck-Sannes, 116).

Bob Hilton explique en détail ce déplacement de l'idée initiale selon laquelle le corps se soigne lui-même si les tensions sont relâchées et les émotions sont exprimées grâce aux mouvements physiques, à l'idée, qui n'exclut cependant pas la première, selon laquelle, les dynamiques relationnelles entre le thérapeute et le client sont des aspects cruciaux du processus de guérison. « Le thérapeute et le client finissent par créer une relation de Je et Tu, dans laquelle chacun d'entre eux apprend et se modifie lui-même, tout en étant influencé par l'autre. Dans ce processus, le thérapeute tente constamment d'intégrer les besoins du Soi interpersonnel du client, en tenant compte de ses limites, afin de répondre à ces besoins. Comme le thérapeute accompagne le patient dans son retour aux sources des échecs dans ses interactions, il doit connaître et comprendre ses propres échecs relationnels et les solutions qu'elle y a recherchées. Cette interaction dynamique, et tout ce qui y est sous-entendu, devient le processus de guérison pour les deux, le thérapeute comme le client » (Hilton, 42, 2000).

Cette nouvelle façon de faire apporte un changement considérable du rôle du thérapeute, puisque ce qui importe réellement est sa capacité à s'harmoniser aux mouvements corporels et émotionnels du client, et sa capacité à être empathique, puis d'y répondre. Resneck-Sannes décrit ce changement ainsi : « La théorie de l'attachement nous a montré que ce qui comptait le plus était en fait la capacité d'harmonisation émotionnelle du thérapeute, sa capacité à écouter, voir et sentir les signes verbaux et non verbaux chez son client, de manière à ce que le

client se sente réellement perçu et compris. L'harmonisation, ou la « communication contingente » comme Siegel la nomme, est une "danse interpersonnelle" très complexe entre deux systèmes » (Resneck-Sannes, 45).

L'harmonisation somatique, nécessaire pour que se produise le mécanisme d'attachement chez l'enfant, est nécessaire également pour tout processus thérapeutique, et devient un concept clé. Le rôle de guérisseur, dans le cadre de la relation psychothérapique, se retrouve en avant scène, et une grande partie de ce rôle est un processus inconscient. La connexion thérapeutique prend place dans « l'inconscient relationnel » de Schore. À partir de cette nouvelle perspective, le rôle du thérapeute évolue profondément. « Le thérapeute a besoin de s'ajuster afin que le matériel apporté par le client soit contenu dans la « fenêtre thérapeutique ». Nous sommes alors en miroir avec l'autre, qui s'identifie, qui s'harmonise. Le psychothérapeute "habitera" graduellement le corps et l'esprit de son client, pouvant ainsi l'aider dans sa vulnérabilité, ses besoins, ses peurs et sa colère » (Ibid. 48). L'harmonisation somatique devient cruciale pour traiter le matériel émotionnel. « Notre connaissance de la respiration, de l'enracinement, des façons de créer des frontières somatiques et énergétiques et de comment contenir l'affect, nous permettent d'être sensible également au fait d'aider le client à ne pas se sentir envahi par nous ... les interventions corporelles sont nécessaires mais pas suffisantes pour parvenir à la guérison, elles doivent se dérouler dans le contexte d'une relation harmonisée et empathique ».

5 Une nouvelle conception du corps : Le corps relationnel

Klopstech (2009) nous apporte une vue d'ensemble historique intéressante sur la question de la place du corps en psychothérapie. De Freud qui privilégiait plus le langage que le corps, à Reich qui a développé un modèle d'interaction corps/esprit, modèle qui fut approfondi par Lowen, comment les nouveaux paradigmes modifient-ils la vision que nous avons du corps ?

Finalement, le corps « entre en scène » dans le domaine de la psychothérapie, grâce au rôle essentiel que prennent les émotions dans le nouveau paradigme, le corps étant le dépôt des émotions. Le paradigme des théories relationnelles et neurobiologiques ont également influencé la perception que nous avons du corps en Analyse bioénergétique. Ce n'est plus seulement un corps qui doit être analysé, mais deux corps liés dans une « danse » créée conjointement, dans laquelle deux subjectivités se rencontrent et s'influencent. « En plus de l'attention habituelle portée sur les dimensions caractérologiques du corps, de la personnalité, sur le plan défensif et adaptatif, on se concentre aussi, et de manière égale, sur l'expérience vécue sur le plan corporel dans le cadre de l'interaction immédiate au sein de la dyade thérapeutique. Le corps « en action » dans l'interaction, dans le moment

présent, les corps du patient et du thérapeute qui communiquent et interagissent au cœur de la dyade thérapeutique » (Klopstech, 19).

Le concept du « corps en relation » prend de l'expansion dans ce contexte. L'intersubjectivité ne concerne pas seulement deux esprits, mais aussi deux corps. Siegel et Schore soulignent le rôle des émotions, et grâce à cela, le corps qui exprime ces émotions en vient à occuper une place centrale. Il ne s'agit plus d'un corps seul, mais d'un corps dans une relation. Klopstech exprime clairement le changement dans notre perception du corps : « En psychothérapie actuellement, le corps doit inclure des dimensions physiques et objectives, en se référant à son aspect dynamique sur le plan émotionnel et énergétique, son histoire et sa structure de personnalité. Mais il a besoin également d'être observé, parallèlement, à ses dimensions subjectives et intersubjectives, ce qui permet la communication, une relation dynamique, et ce qu'il représente mentalement. Il faut également laisser de l'espace pour le corps interactionnel, soit celui qui est en action et en interaction. La complexité de ce corps multiple est impressionnante, et nous devons sélectionner celui qui constitue notre zone de confort » (Ibid. 20)

Alors que le corps prend plus de place dans l'espace thérapeutique, Resneck-Sannes nous apporte une réflexion utile sur les limites de la recherche en neurosciences. Les neurosciences ont beaucoup étudié les contacts en face à face et regard à regard, mais ont porté peu d'attention sur le soutien ou le toucher. Au contraire, l'émphase est mise sur les interactions d'esprit à esprit, et peu d'importance est accordée à ce qui se passe en dessous de la tête. L'article récent (2016) de Vincentia Schroeter, dans lequel elle explore les techniques utilisées en Analyse bioénergétique d'un point de vue neuroscientifique, où le corps tout entier travaille en relation avec le système nerveux, est une contribution importante pour le domaine bioénergétique. « Depuis que l'émphase a été mise sur l'éloignement de l'organisme des processus défensifs et destructeurs, et sur son accompagnement vers des processus émotionnels sains, c'est la théorie polyvagale qui nous éclaire sur les rouages internes du système nerveux, d'une manière qui nous aide à comprendre plus profondément les mécanismes de défense et de la communication émotionnelle saine, d'un point de vue corporel » (Schroeter, 12).

Koemeda-Lutz (2012) synthétise bien la complexité de notre moment présent, à la fois compliqué, excitant et stimulant : « Intégrer le cerveau et le corps signifie percevoir nos clients et les interactions avec ceux-ci à différents niveaux, dont la plupart sont hors de portée de notre conscience. Il y a des changements biochimiques, cellulaires, comportementaux et psychologiques impliqués dans chacun des organismes participants. Aucun de ces niveaux n'est plus essentiel qu'un autre. Les processus présents à chacun de ces niveaux s'influencent les uns les autres, de bas en haut et de haut en bas, et évoluent de manière parallèle dans le temps. La plupart des perceptions sont traitées inconsciemment, et notre système nerveux initie ou provoque de nombreuses réactions psychiques et somatiques sans que nous en soyons conscients » (64).

6 Vignettes cliniques

Ces deux courtes vignettes, extraites de différentes sessions thérapeutiques, illustrent certains de ces nouveaux concepts en action.

Vignette numéro 1

L. arrive, excitée et folle de joie, à l'idée d'aller rendre visite à son nouveau petit ami qui vit dans une autre ville. Son visage et son corps ont l'air plein de vie. Je ressens une sensation de chaleur et un sentiment de joie dans ma poitrine, une harmonisation empathique, comme si cette nouvelle relation est le résultat positif d'un processus profond qui a eu pour but de soigner une blessure infligée par un père abusif. Elle se sent heureuse après avoir vécu une longue période sombre dans sa vie. Nous partageons ensemble sa vivacité, et j'essaie de l'aider à ce qu'elle s'enracine dans son corps, en lien avec ce qu'elle ressent, lui demandant de sentir ses pieds et ses jambes, et prendre conscience de sa respiration dans sa poitrine jusqu'à son bassin. Puis nous respirons ensemble et partageons ce moment de pur bonheur. Lors de la séance suivante, elle raconte que la rencontre avec son nouveau petit ami s'était bien déroulée. Mais elle arrive anxieuse et effrayée. Elle a l'impression que ses émotions sont trop intenses. Elle a peur d'ouvrir son cœur et alors de se sentir blessée à nouveau. Cela provoque de l'anxiété, ainsi que la peur de ne pas être capable de soutenir toute cette intensité sans se sentir perdue. Je ressens sa nervosité dans ma poitrine, et intuitivement, je sens que travailler avec la respiration et le contact l'aidera à s'enraciner et contenir cet état perturbé afin de parvenir à un endroit intérieur plus régulé, plus stabilisant. Nous avons construit une bonne alliance thérapeutique. J'essaie d'être en contact avec mes mots et je lui propose un contact physique de son pied sur le mien pendant qu'elle respire. Elle accepte et, peu à peu, sa respiration devient plus profonde et calme, et elle retrouve la possession d'elle-même qu'elle avait perdue. Elle part, se sentant plus détendue, et comprenant ce qui a provoqué le fait qu'elle se soit sentie perturbée. Moi, je ressens un soulagement et mon dos se détendre.

Vignette numéro 2

N. reste hiératique, d'une raideur solennelle, au niveau de son visage et de son corps, et il garde ses yeux immobiles sont fixés sur moi. Lorsqu'il parle, ses joues et sa bouche sont presque figées, ses yeux sont plissés, hiératiques et fixes. Souvent, au début de la séance, j'ai une sensation gênante, une tension dans ma poitrine et le sentiment d'être envahie par son regard pénétrant, qui me perturbe d'ailleurs souvent. Sa voix est monotone, plate, sans émotion perceptible. Je ne le considère

pas comme un client facile, et j'ai souvent des tensions dans le dos parce que je ne me sens pas complètement en sécurité. D'une manière ou d'une autre je dois rester sur la défensive. Mon contre-transfert somatique est facilement activé. Je peux rapidement passer de l'empathie à l'irritation. Il m'arrive plusieurs fois d'avoir des mouvements physiques qui sont mécaniques et pas toujours utiles. Parfois, je rêve de le secouer, alors qu'il m'emmène dans une partie à l'intérieur de moi-même où je me sens impuissante. Cela correspond à la même incapacité qu'il ressent, incapable de faire quelque chose dans sa vie, vers une direction différente et vers un mouvement où il sentirait plus son corps, durant la séance de psychothérapie. Il ressent une insatisfaction permanence dans sa vie, dans son travail, dans sa relation avec les autres, et, visiblement, dans sa thérapie avec moi. Il est incapable de faire quoi que ce soit dans sa vie qui le mènerait vers un état plus satisfaisant, et, parfois, je me sens coincée dans son immobilité en termes contre-transférentiels. Ce n'est pas une tâche facile que de créer un lien mutuel, ce processus constituant même un vrai défi. Lorsque nous nous bougeons dans ce qui est souvent une « danse dysharmonique », lorsque nous sommes un peu plus proche l'un de l'autre, il devient alors moins tendu et plus ouvert. Puis ce moment est suivi d'une rupture ; il se retire du contact, ce qui nous éloigne. Je le sens distant. Je n'ai pas encore trouvé comment créer un pont vers cette poitrine recouverte d'une « armure d'acier ». Il est rare qu'il ressente ou exprime une émotion et souvent il se retourne dans la « forteresse » de son esprit. Néanmoins, nous essayons tous les deux de continuer, malgré la complexité de la situation. Parfois, je me sens un peu plus proche, je respire et je me détends un peu, mais à d'autres moments, je suis incapable d'entrer en contact avec lui, ou de trouver même une minuscule fissure pour tenter de m'infiltrer dans sa forteresse. Je me sers de mon harmonisation somatique, d'une attitude empathique envers une dimension cachée de celui-ci : ce petit garçon qui a été en état de choc, qui a vu son père menacer sa mère avec un fusil. Puis avec mes yeux, ma voix douce et calme, ma posture corporelle, j'essaie de lui envoyer le message qu'il est dans un endroit sûr et que je n'essaie pas de le blesser à mesure que nous avançons, nous nous approchons l'un de l'autre.

Ces deux vignettes sont de petits exemples de la manière dont les processus corporels de transfert et de contre-transfert interagissent, comment les ponts peuvent se construire, être détruits ou endommagés, et, plus important encore, comment nous, thérapeutes, utilisons notre harmonisation somatique et empathique dans nos tentatives de réparation de ces ponts brisés.

7 Conclusion

Nous avons fait longue route, et le voyage n'est pas terminé. La vision bioénergétique de la relation thérapeutique et de ses processus de transfert et de contre-

transfert ont été transformés et approfondis sous l'influence de ces nouveaux concepts et de nouvelles théories, sans que nous ne perdions ce qui nous définit. Nous ne pouvons plus voir le patient uniquement comme un système énergétique qui doit être libéré de ses blocages. Nous savons que les blocages physiques sont la manifestation d'émotions refoulées, et nous considérons qu'il est crucial d'intervenir à ce niveau, mais la façon dont nous le faisons a changé. Grâce à cette nouvelle perspective, nous ne voyons plus le patient comme un système énergétique isolé, mais nous considérons le patient et le thérapeute engagés dans un système somatique et sensoriel, intersubjectif, mutuel, s'influençant l'un et l'autre, tous les deux étant touchés et transformés par ce système. Le rôle du thérapeute est d'aider le patient, la patiente, à réguler ses états intérieurs au travers la relation thérapeutique, tout en étant régulé par celle-ci. Pour les patients souffrant de traumatismes préverbaux précoces, se concentrer sur les signes somatiques et sensoriels peut être extrêmement utile et, parfois, l'unique voie d'action possible. Nous pouvons considérer maintenant que nos outils et notre compréhension bio-énergétique sont validés par la recherche. Nous savons à présent comment notre travail, dans une relation centrée sur le corps, peut transformer les réseaux neuronaux d'une personne, ses perceptions, ses émotions et sa place dans le monde. Nous savons depuis longtemps comment les émotions peuvent être contenues et régulées par un contact physique, dans le cadre d'une relation thérapeutique, et aujourd'hui, des recherches scientifiques valident ces connaissances.

Le transfert et le contre-transfert impliquent toutes ces interactions somatopsychiques que nous connaissons déjà, mais dans un cadre du champ intersubjectif, qui prend place dans le moment présent, dans une véritable relation. Nous devons davantage nous pencher sur la manière dont nous, analystes bio-énergéticiens, pouvons utiliser notre corps et nos émotions, en tant qu'outils thérapeutiques, pour résonner avec le corps et les émotions de nos clients. Comme l'explique Bob Lewis, nous avons besoin de reconnaître mieux ces messages corporels subtils qui, souvent, ne sont pas perçus. Nous avons fait longue route, mais le voyage n'est pas terminé. Nous sommes partis du corps seul au corps relationnel, de la structure corporelle au corps en résonance. Je vous ai emmenés dans un voyage qui touche à sa fin. En partant des contributions des analystes bio-énergéticiens aux thèmes de la relation thérapeutique, en passant par ces processus de transfert et de contre-transfert, vers les contributions de nouvelles théories et de leur impact sur l'Analyse bioénergétique. J'espère que vous avez trouvé ce voyage utile.

Références

- Brien, M. (2001) Corps en Résonance. Le Corps et l'Analyse vol.2 n° 2.
Carlino, L. (1993) The Therapist's Use of Self. IIBA Journal n°5.

- Case, L. (2000) When Trust becomes Distrust and Other Perils of Countertransference. *IIBA Journal* nº11.
- Clauer, J. (2016) Elements of Comprehending Change – Processes in BA From Isolated Self-Regulation to Interactive Regulation : Embodied Resonance (Empathy) and Physical Encounter. *IIBA Clinical Journal* nº 26
- Fréchette, L. (2004) Countertransference, How to use it energetically ? (teaching material)
- Guillermé, J.M. (1994) Contre-Transfert Corporel chez Freud, chez Reich ... Aujourd'hui. *Les Lieux du Corps* nº 1.
- Heinrich, V. (1999) Physical Phenomena of Countertransference, Therapists as a Resonance Body. *IIBA Journal* nº 10.
- Hilton, B. (1997) Countertransference : An Energetic and Characterological Perspective. *Relational Somatic Psychotherapy*, ed. by Michael Sieck.
- Hilton, B. (2007) My Body of Work Part Two, *Relational Somatic Psychotherapy*. ed. M. Sieck.
- Hilton, B. (1997) Countertransference : An Energetic and Characterological Perspective. *Relational Somatic Psychotherapy*, ed. by M. Sieck.
- Hilton, B. (2000) Bioenergetics and Modes of Therapeutic Action. *Relational Somatic Psychotherapy*, ed. by M. Sieck.
- Keleman, S. (1986) Bonding, a Somatic-Emotional Approach to Transference. Center Press Berkeley.
- Klopstech, A. (2000) The Bioenergetic Use of a Psychoanalytic Concept of Cure. *IIBA Journal* nº 11.
- Klopstech, A. (2005) Catharsis and Self-Regulation Revisited. Scientific and Clinical Considerations. *IIBA Journal* nº15.
- Klopstech, A. (2008) Bioenergetic Analysis and Contemporary Psychotherapy Further Considerations. *IIBA Journal* nº 18.
- Klopstech, A. (2009) So Which Body Is It ? The Concepts of the Body in Psychotherapy. *IIBA Journal*.
- Koemeda-Lutz, M. (2012) Integrating Brain, Mind and Body : Clinical and Therapeutic Implications of Neuroscience. *IIBA Journal* nº 22.
- Lewis, B. (2004) Projective Identification Revisited, Listening with the Limbic System. *IIBA Journal* nº 14.
- Lewis, B. (2005) Anatomy of Empathy. *IIBA Journal* nº15.
- Lewis, B. (2012) Neurobiological Theory and Models, A Help or Hindrance in the Clinical Encounter. *IIBA Journal* nº 22.
- Messler Davies, J. (1999) Getting Cold Feet, Defining Safe Enough Borders : Dissociation, Multiplicity and Integration in the Analyst's Experience. *The Psychoanalytic Quarterly* (184–208)
- Pla, F. (2011) Contribuciones desde la Teoría del Apego al Análisis Bioenergético. Paper presented at Jornadas Ibéricas de Análisis Bioenergético in Seville (Spain).
- Pla, F. (2013) Implicaciones de la Teoría del Apego y las Neurociencias en la Comprensión de la Relación Terapéutica (Implications of Attachment Theory and Neurosciences in The Understanding of the Therapeutic Relationship). Paper presented at the Jornadas Ibéricas de Análisis Bioenergético en Valencia (Spain).
- Pla, F. (2015) Los Patrones de Apego en el Terapeuta. Implicaciones para la Práctica Clínica. Paper presented at the Jornadas Ibéricas de Análisis Bioenergético en Barcelona.

- Resneck-Sannes, H. (2002) Psychobiology of Affects Implications for a Somatic Psychotherapy. IIBA Journal n° 13.
- Resneck-Sannes, H. (2005) Bioenergetics, Past, Present and Future. IIBA Journal n°15.
- Resneck-Sannes, H. (2012) Neuroscience, Attachment and Love. IIBA Journal n° 22.
- Sassenfeld, A. (2010) Fundamentos de la Relación Psicoterapéutica en la Psicoterapia Corporal Relacional. Rev. GPU, 6,1 :51–62.
- Schroeter,V. (2016) Polyvagal Theory, Introduction for Somatic Psychotherapy. IIBA Journal n° 26.
- Shapiro, B. (2000) Will Iceberg Sink Titanic ? Avoiding Collisions and Collusions Instigated by The Dark Side of Client and Therapist : A Bioenergetic Approach. IIBA Journal n° 11.
- Soth, M. (2004) Embodied Countertransference. Michael Soth, webpage.
- Sykes, M. Turner, L. (2011) The Attuned Therapist. The Psychotherapy Networker. Vol. 35, n°2.
- Tonella, G. (2008) Attachment, Transference and Countertransference. PDW Holland Writings.
- Warnecke, T. (2011) Stirring the Depths : Transference, Countertransference and Touch, Body Movement and Dance. Psychotherapy Journal vol.6, n° 3.
- Wink Hilton, V. (1987) Working with Sexual Transference. IIBA Journal n° 13.

Biographie de l'auteure

Fina Pla est psychologue clinicienne, formatrice locale de l'Association Catalane de l'Analyse bioénergétique (Associació Catalana en l'Anàlisi Bioenergètica ou ACAB) à Barcelone. Elle a été formée en Gestalt-thérapie, en psychanalyse de type lacanienne et de type relationnelle. Praticienne de la thérapie EMDR. Elle est responsable du Centre de Psychothérapie Alenar (Alenar Centro de Psicoteràpia) à Barcelone. Mail : fppla@copc.cat

Trouble de la personnalité borderline, honte et contre-transfert somatique

Ingrid Cryns

Traduit par Daisy Rassart et Michèle Dupuy-Godin

Résumé

Comprendre des causes possibles du trouble de la personnalité borderline (TPB) et des manières dont ce trouble diffère du trouble bipolaire (TB), du trouble de la personnalité narcissique (TPN), du trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), voilà ce dont traite cet article. Les caractéristiques de ces différents troubles peuvent se révéler difficiles à saisir, se chevauchent régulièrement, se côtoient parfois, et il arrive que le diagnostic soit erroné. Cet article offre une vue d'ensemble qui compare les similarités et les différences entre ces maladies. Ainsi les manières dont l'affect central de la honte peut être ressenti d'un point de vue somatique chez le client souffrant d'un trouble borderline sont expliquées. L'article se penche également sur la relation de honte afin d'en distinguer les sentiments négatifs de dégoût, d'abandon et de rejet. Certaines informations s'adressent au psychothérapeute en Analyse bioénergétique lorsqu'il fait face à des états émotionnels difficiles, et lui propose un programme de guérison intégré pour un client avec un TPB. Sont incluses certaines suggestions de régimes, de complémentations alimentaires et de remèdes naturels. Pour terminer, certaines recommandations sont offertes au sujet de la manière dont un psychothérapeute peut repérer et comprendre ses problèmes de contre-transfert afin de travailler plus efficacement avec un client souffrant d'un TPB.

Mots-clés : Borderline ; Honte ; Traumatisme ; Contre-transfert somatique ; Affects négatifs

Introduction : Le trouble de la personnalité borderline

Pour beaucoup d'individus diagnostiqués avec un trouble de la personnalité borderline (TPB), la théorie à l'origine est celle d'un attachement instable avec un

parent au cours de la petite enfance, théorie que cet article examine brièvement. Les ruptures de l'attachement durant l'enfance chez les clients TPB peuvent se traduire par des schémas désorganisés ou des triangulations paradoxales telles que vécus très tôt dans leurs familles. Un exemple réside dans l'absence ou la confusion des rôles interactifs essentiels du père (ou du deuxième parent) dans la relation triangulaire première entre la mère, le père et leur enfant ¹.

Le TPB peut également se développer en dehors de la création de liens affectifs d'attachement instables durant l'enfance. Il y a des preuves de l'existence d'un génotype plus « sensible » potentiellement héréditaire^{2 3}. Cette sensibilité peut également être liée à des influences environnementales traumatiques telles que « *des agressions sexuelles et physiques, un divorce parental, une maladie ou la psychopathologie parentale* »⁴. Pour certains individus, vivre des traumatismes liés à la guerre, à des accidents, ou au harcèlement par leurs pairs peut aussi provoquer une diminution de leur aptitude à répondre correctement aux stress induits par l'environnement, ce qui favorise alors le développement de symptômes du TPB. On a découvert que les adolescents ayant subi du harcèlement durant l'enfance ou vécu des relations difficiles avec leurs pairs ont un facteur de risque plus élevé de développer un TPB^{5 6}. Ce risque peut être exacerbé à cause du développement du cerveau qui prend place à cette période.

Des recherches plus récentes indiquent qu'il peut y avoir des anomalies au niveau du cortex préfrontal et des amygdales chez les individus souffrant d'un TPB, expliquant ainsi leur difficulté à gérer leurs émotions négatives et à moduler leur impulsivité d'une façon saine pour eux-mêmes⁷. Ce qui devient l'enjeu central d'une représentation de soi incohérente là où il peut y avoir un continuum incompatible de sentiments de honte, de dégoût, d'abandon, et/ou de rejet d'eux-mêmes.

- 1 Clauer, J. (2012) Neurobiology and Developmental Aspects of Grounding., *Bioenergetic Analysis, Clin. J. of IIBA*, V21 :38–40
- 2 Linehan M. (1993) Cognitive Behavior Therapy of Borderline Personality Disorder. New York : Guilford
- 3 Stepp, S. D. (2011) Children of Mothers with Borderline Personality Disorder : Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention. *Personal Disord.* Jan ; 3(1) : 76–91
- 4 Distal, M, et al (2009) Familial Resemblance of Borderline Personality Disorder Features : Genetic or Cultural Transmission ? New York : Guilford
- 5 Kaess, M, et al (2014) Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, V134(4)
- 6 Weill Cornell Medical Center (2007) *Brain Abnormalities Underlying Key Element Of Borderline Personality Disorder Identified*, Science Daily. www.sciencedaily.com/releases/2007/12/071221094757.htm
- 7 Ibid.

Voici un bref commentaire concernant le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et ses labels : à l'origine, le DSM fut créé pour pouvoir prescrire correctement un soutien pharmacologique aux patients afin de les aider à gérer leurs symptômes apparents et leurs souffrances. Il fournit également une base sur laquelle débattre de problèmes de connaissances communes avec d'autres cliniciens. Cependant, les labels de diagnostics peuvent également s'avérer très restrictifs lorsqu'il s'agit de décrire correctement les caractéristiques complexes d'un individu en détresse ou en souffrance. L'objectif de cet article est de pouvoir décrire certains des problèmes les plus importants que les individus peuvent avoir. L'attention est concentrée sur une différenciation plus claire de ce qui est caractérisé principalement comme un TPB et sur les difficultés rencontrées pour distinguer la façon dont le TPB s'identifie au monde. Il est important de noter que les individus peuvent être évalués selon un continuum de gravité du fonctionnement de l'égo, comprenant une grande variété de forces et de faiblesses.

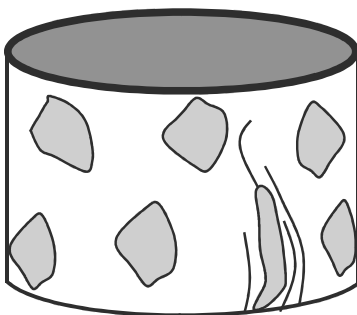
Les pronostics de guérison des patients atteints d'un TPB peuvent être très encourageants s'ils sont compris en termes de comment travailler avec les liens interconnectés du corps et de l'esprit, comment regagner la capacité d'autorégulation biologique, comment réformer les attachements relationnels, et comment coopérer avec d'autres individus. Il est également important de mentionner qu'il s'agit d'une thérapie à long terme qui requiert un engagement, ainsi qu'une capacité d'actualiser les suggestions de traitement.

C'est le traitement non verbal du cerveau droit qui crée la capacité de connecter les expériences physiques et émotionnelles avec la conscience de soi⁸. Le cerveau peut continuellement changer grâce à l'apprentissage de nouvelles connexions corporelles et sensorielles, ainsi que de méthodes ramenant le corps à un état de régulation, après avoir été dans des états déconnectés, confus, incohérents et chaotiques (provoqués par des éléments déclencheurs émotionnels, inconscients et/ou dissociés.)

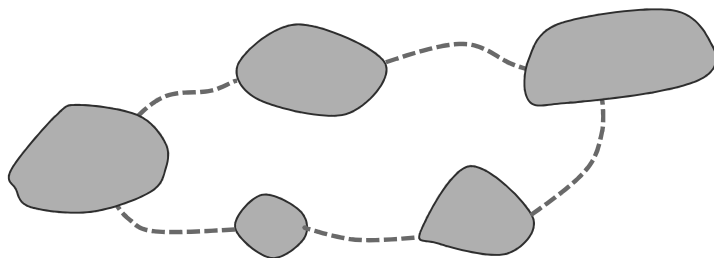
L'analyse bioénergétique est une forme corporelle psychothérapeutique unique pour rétablir un attachement relationnel stable (avec le thérapeute) à l'aide d'un système d'informations somatique non verbal. Elle permet d'intégrer l'attachement à une nouvelle conscience d'une connexion sans danger et cohérente avec soi-même et avec les autres, ainsi que de développer des manières de coopérer avec les autres. Une thérapie à long terme avec un thérapeute d'orientation psychocorporelle, connaissant bien les façons de travailler avec les aspects subtiles, fractionnés ou dissociés que le TPB recèle, peut aider à réformer les réseaux neuronaux et la neurobiologie chez le client souffrant de TPB.

8 Resneck-Sannes, H. (2002) Psychobiology of Affects : Implications for a Somatic Psychotherapy. *Clin. J. of IBA*, V13 :111–122

Les concepts des TPB et les critères diagnostiques



Imaginez que votre perception de vous-même est comme un cylindre de fromage suisse, et que les trous et les déchirures sont les parties manquantes et fragmentées de votre conscience stable de vous-même. Ou encore, que votre conscience de vous-même est comme une série d'îlots de conscience séparés qui dérivent et s'éloignent les uns des autres, sans connexion solide ou de pont pour les maintenir ensemble. C'est ce à quoi ressemble l'organisation interne d'un client souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Il s'agit d'un trouble complexe et difficile à appréhender.



Le TPB est essentiellement un dérèglement de l'affect émotionnel qui finit par créer ultimement une conscience de soi instable et incohérente. Les perturbations structurelles essentielles communément suggérées pour le TPB sont⁹ :

1. Un schéma subtil de relations interpersonnelles perturbées ou instables ;
2. Un dérèglement affectif ou émotionnel ;

9 Gunderson, J.G., Hoffman, P. D. (2005) *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Publishing, Inc. p. 7

3. Une impulsivité comportementale ou perte de contrôle en début de l'âge adulte.

Les clients souffrant d'un TPB ont une peur extrême de l'abandon. Cette peur est une pulsion inconsciente, mélange de rejet, de honte et de dégoût envers leur propre image. Ces clients ont souvent des relations interpersonnelles médiocres et souffrent d'une impulsivité comportementale provoquée par des déclencheurs intenses et constants (perçus ou réels) et par le dérèglement émotionnel considérable qui en découle. D'autres noms préférables ont été suggérés pour le TPB, tels que « *trouble du dérèglement émotionnel* » ou « *trouble de la régulation émotionnelle* »¹⁰. Ces dénominations peuvent être préférées lorsque l'on parle avec les clients ou leurs proches.

Les points suivants dressent une liste de base des symptômes du TPB (selon le DSM-IV-TR¹¹ il faut un minimum de 5 symptômes correspondant sur les 9 énoncés, et certains points provenant du DSM-5¹² y sont également intégrés, accompagnés de descriptions supplémentaires.)

1. **Une peur intense de l'abandon et d'être laissé seul.** [Insécurité dans la séparation : Peurs du rejet par (et/ou de la séparation de) l'être cher, associées aux peurs d'une dépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie. (Ces peurs peuvent être réelles ou imaginées, parfois perçues comme un besoin important de tout faire ensemble, ou à des efforts désespérés pour s'accrocher à l'autre ou pour rejeter les autres avant d'être rejetés soi-même).]
2. **Un schéma ou un passé jalonné de relations conflictuelles, instables et intenses.** [Dysfonctionnements de fonctions interpersonnelles empathiques (incapacité à reconnaître les sentiments et les besoins des autres, avec soi-même une hypersensibilité interpersonnelle (c'est-à-dire une tendance à se sentir amoindri ou agressé) ; caractéristiques négatives ou vulnérabilités biaisant sélectivement la perception des autres et/ou de l'intimité (méfiance, manque, préoccupations anxieuses liées à un abandon réel ou imaginaire) ; les relations proches sont souvent dans les extrêmes (ne voir que le bon chez les autres), ou la dévaluation (tout est négatif), et balancement entre l'engagement extrême et le retrait.
3. **Une perturbation de l'identité, ou peu d'estime de soi.** [Une perception de leur image de soi perpétuellement instable, des problèmes reliés aux troubles du fonctionnement personnel souvent associés à de l'autocritique

10 Ibid. 10

11 Ibid. 6

12 Sarkis, S. (2011) *Borderline Personality Disorder: Big Changes in the DSM-5*. www.psychologytoday.com/blog/here-there-and-everywhere/201112/borderline-personality-disorder-big-changes-in-the-dsm-5

- exacerbée, une auto-direction faible : instabilité en ce qui concerne leurs propres objectifs, leurs aspirations, valeurs et plans de carrière.]
4. **Impulsivité, désinhibition et/ou comportements autodestructeurs ou auto-sabotage.** [Agir sur le moment pour répondre à des stimuli immédiats ou agir sans réfléchir ou sans prendre en compte les conséquences de ses actes, dénier les dangers personnels réels, dans au moins deux domaines, parmi lesquels la conduite imprudente, les comportements dépendants, la consommation de substances, le sexe, la boulimie, etc.]
 5. **Automutilation récurrente.** [Menaces, frayeur, mutilations par brûlures, griffures, trichotillomanie, ou pulsions suicidaires récurrentes.]
 6. **Instabilité émotionnelle extrême.** [Sautes d'humeurs, stimulation facile et réactions disproportionnées, alternant entre des sentiments négatifs intenses tels que : dysphorie épisodique (dépression, tristesse, détresse, impuissance, désespoir, pessimisme envers le futur, honte, dénigrement et difficulté à se sortir de ces états), irritabilité ou anxiété (appréhensions, nervosité, tensions, panique, inquiétudes liées au passé ou au futur, sentiment d'inquiétude, peur de l'inconnu, peur de s'effondrer ou de perdre le contrôle), généralement d'une durée entre quelques heures et quelques jours (rarement).]
 7. **Sentiment de vide chronique.**
 8. **Réactions inappropriées, intenses, explosions de colère.** [Colère persistante ou fréquente en réponse à des critiques ou à des insultes de peu d'importance et/ou difficulté à contrôler sa colère occasionnant de constantes explosions de colère, des altercations physiques récurrentes, des démonstrations fréquentes de mauvaise humeur, etc.]
 9. **Pertes temporaires du sens de la réalité ou pensées paranoïaques** [Cela peut être provoqué par le stress, la nourriture, des médicaments et peut mener à des symptômes dissociatifs graves (psychose).]

Selon le DSM-5, il est important de remarquer qu'il y a trois autres critères à prendre en considération.¹³

« A. Les perturbations du fonctionnement de la personnalité et les moyens d'expression de la personnalité de l'individu sont stables dans la durée et systématiques d'une situation à une autre.

B. Les perturbations du fonctionnement de la personnalité et les moyens d'expression de la personnalité de l'individu ne sont pas mieux compris comme normaux si on considère son niveau de développement individuel ou son environnement socio-culturel.

13 Ibid.

C. Les perturbations du fonctionnement de la personnalité et les moyens d'expression de la personnalité de l'individu ne sont pas seulement dus aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue, un médicament) ou à un état de santé général (comme un traumatisme crânien). »

Il se peut que certains individus souffrant d'un TPB soient incapables de maintenir une séparation avec « l'autre » à cause de leur peur viscérale de l'abandon et/ou du rejet. En général, les personnes atteintes par ce trouble ont un manque de limites. Cela peut être observé de l'extérieur : portes laissées ouvertes ; frigos, armoires et tiroirs désorganisés ; désordre, amassement d'objets et difficulté à se séparer de possessions personnelles (déplacement de l'attachement) ; se sentir menacé par des points de vues différents ou alternatif ; difficulté à dire « Non » aux autres ; difficulté à prendre de solides décisions. D'autres individus souffrant d'un TPB seront incapables de démontrer une certaine constance envers les autres, d'être fiables et dignes de confiance. Ceci est défini comme un manque de « **constance d'objet** »¹⁴, lorsque « l'autre » n'est pas physiquement présent avec eux, ils peinent à garder son image ou une connexion avec cet autre.

Pour de nombreux clients TPB, la réalité donne l'impression de marcher sur du sable qui glisse en permanence. Leur réalité ne semble jamais stable ou solide. Voici des phrases décrivant des difficultés généralement ressenties par ces clients :

« Je te hais, mais je ne peux pas te quitter. » ou « Je te hais – Ne me quitte pas. »¹⁵

« Je suis tellement bon au début, mais je finis toujours par tout détruire, moi y compris. »¹⁶

« Certains disent que je suis trop sensible, mais la vérité, c'est que je ressens trop. Chaque mot, chaque action, chaque énergie touche directement mon cœur. »¹⁷

14 Formica, M.J. (2008) *Understanding Constancy in Relationship*. Psychology Today. www.psychologytoday.com/blog/enlightened-living/200805/understanding-constancy-in-relationship.

15 Williams, K. (2016) *I Hate You, Don't Leave Me : Understanding the Borderline Personality*. www.psychcentral.com/lib/i-hate-you-dont-leave-me-understanding-the-borderline-personality/.

16 Van Gelder, K. (2010) *The Buddha and the Borderline : My Recovery from Borderline Personality Disorder through Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Publications

17 *Borderline Personality Disorder Quotes*. www.healthyplace.com/insight/quotes/borderline-personality-disorder-quotes/

« *J'ai l'impression de marcher sur des œufs en permanence.* » (Témoignage d'une personne engagée dans une relation intime avec un client souffrant d'un TPB.)¹⁸

Distinction entre le TPB et TPN, TB, TSPT et TDAH

Voici une description des similarités et différences entre le trouble de la personnalité borderline (TPB) et le trouble de la personnalité narcissique (TPN), le trouble bipolaire (TB), et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Ces diagnostics sont souvent confus et il arrive qu'ils cohabitent, selon où se trouve le client sur le continuum complexe de gravité, de sensibilité et d'influences environnementales externes. Aussi, pour finir à ce chapitre, puisque les traumatismes influencent profondément l'affect et ses dérèglements somatiques, il est extrêmement utile de comprendre les similarités entre le TSPT et le TPB en ce qui concerne le traitement de ce dernier.

Le trouble de la personnalité narcissique (TPN) vs. le TPB

On a dit précédemment que le trouble de la personnalité borderline (TPB) peut avoir des traits communs avec celui de la personnalité narcissique (TPN). Si on considère que l'origine du TPB se trouve dans les attachements de la petite enfance, ces troubles proviennent tous les deux des deux premières années de vie de l'enfant, soit de sa période préverbale. Si elles ne sont pas liées à un traumatisme de l'attachement, les caractéristiques peuvent sembler similaires dues à un choc traumatique. Il est parfois difficile de déterminer le TPB à cause des aspects qui se chevauchent souvent et de la compréhension plus commune du TPN. Les deux troubles peuvent également cohabiter à différents degrés.

Selon les structures de caractères en analyse bioénergétique, le traumatisme développemental d'attachement instable durant l'enfance chez un TPN se forme durant le stade oral du développement, à un stade plus précoce que le TPB, quelque part entre six semaines et un an. Le TPB se retrouve un peu plus loin, entre six mois et un an. La personnalité du stade oral est d'abord façonnée par la peur de l'abandon. Le développement neuro-affectif (la capacité *biologique* d'autorégulation) actualise l'enjeu central de chacune des cinq structures des caractères bioénergétiques durant les deux ou trois premières années de vie.¹⁹

18 Mason, P., Kreger, R. (2010) *Stop Walking on Eggshells*. New Harbinger Publications

19 Bentzen, M. (2015) *Shapes of Experience : Neuroscience, Developmental Psychology, and Somatic Character Formation. The Handbook of Body Psychotherapy and Somatic Psychology*, North Atlantic Books

Cela correspond à la théorie de Vincentia Schroeter selon laquelle les aspects du TPB peuvent être trouvés dans tous les caractères bioénergétique.²⁰ Voir Tableau A :



Tableau A – Structures des caractères en analyse bioénergétique : premiers stades du développement neuro-affectif

En plus des traits communs tels que la honte, l'abandon et le rejet, le TPN et le TPB partagent des caractéristiques telles que les relations conflictuelles, une conscience faible des sensations physiques, une anxiété générale, une dissociation, et le fait de blâmer. Voir Tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1

TPB & TPN – Caractéristiques similaires
- Relations conflictuelles - Conscience faible des sensations physiques - Anxiété - Déclencheurs de dissociation - Blâmer/projeter - Peur profonde de l'abandon - Honte, rejet

Toutefois, ils se distinguent par la manière qu'ils expriment leur colère ou gèrent le conflit. Une personne avec un TPN pensera souvent qu'elle n'a pas besoin de thérapie, car il est difficile pour les gens souffrant de ce trouble de vraiment ressentir leurs sentiments dans leur corps. Cela vient de signaux manqués lors de la création d'un attachement inadéquat avec les parents. Une scission de leur noyau et une dissociation à l'intérieur d'eux-mêmes sont alors provoquées. Le fait de blâmer les autres est une caractéristique commune qu'ils utilisent pour projeter le conflit qu'ils créent eux-mêmes sur les autres. Lorsque l'énergie libidinale sur eux-mêmes leur est niée ou que ce qu'ils demandent leur est refusé, le contenu de leur

20 Schroeter, V. (2009) Borderline Character Structure Revisited. *Clin. J. of IIBA*, V19:41

colère est souvent plus critique et humiliant. Le Tableau 2 ci-dessous compare des différences entre le TPB et le TPN.

Tableau 2 – TPB vs. TPN – Différences de caractéristiques

Trouble de la personnalité borderli- ne Différences	Trouble de la personnalité narcissi- que Différences
La colère peut être explosive, facile- ment déclenchée – réaction excessi- ve et impressionnante (rage) envers les autres (honte, évite de se sentir rejeté ou abandonné) La colère peut être inconsciemment pleine de ressentiment, créant des réac- tions de conflit dans la relation (sché- ma en boucle qui essaie de s’indivi- dualiser sans succès) La colère peut être retournée vers soi-même, sous la forme de compor- tements explosifs ou d’automutilati- on (scarification, suicide) La colère peut devenir chronique ou supprimée, en dépression, en désespoir (à cause de l’incapacité à tolérer l’in- tensité de la douleur centrale de l’aban- don, de la honte et ou du rejet) Les sentiments peuvent changer rapi- dement, dissociés de l’autre extrême Parfois, l’individu ne ressent pas le besoin de faire une thérapie (il existe différents niveaux)	La colère est critique et humiliante envers soi et les autres Grande difficulté à ressentir ses pro- pres besoins, ses sentiments parmi les autres, ses sentiments envers les autres Difficulté à ressentir de l’empathie ou de la compassion pour les autres (il y a différents niveaux d’habileté) Les individus tentent d’imiter les senti- ments du mieux qu’ils peuvent (ils app- rennent en observant les autres), afin d’obtenir ce qu’ils veulent des autres La gamme d’émotions ressenties est peu élaborée Souvent, l’individu ne ressent pas le besoin de faire une thérapie (il existe différents niveaux)

Les narcissiques sont plus ou moins incapables de ressentir de la compassion ou de l’empathie pour les autres. Puisqu’ils sont davantage déconnectés des senti-
ments dans leur corps, ne profitant pas d’informations provenant d’expériences
passées, leur conscience ne peut pas rassembler toutes les informations nécessai-
res à imaginer la réalité d’une autre personne. Bien qu’ils puissent sembler imiter
des états émotionnels afin d’obtenir ce qu’ils désirent des autres, ils reproduisent

en réalité les actions qu'ils ont observées afin de s'assurer d'avoir le contrôle de la relation et de combler leurs propres besoins uniquement. Leur plus grande peur est d'être abandonnés et cette peur est inconsciente, par conséquent, le reflet intérieur d'abandon constitue la vraie dissociation de leurs états émotionnels corporels. Il est normal pour eux d'être déconnectés et de ne pas ressentir d'empathie pour les autres, puisqu'ils ne comprennent pas vraiment comment cela se ressent dans le corps. La vie et le fait d'être dans le corps sont principalement des constructions mentales.

Les individus avec un TPN ou un TPB partagent cette peur profonde de l'abandon. Dans les cas où, lors de l'enfance, il y eut abandon réel, et si certains besoins n'y ont pas été comblés, ces individus projeteront chez les autres et agiront des scénarios d'abandon variés. Chez le narcissique, cela rejoue la difficulté de reconnaître et d'accepter les besoins et sentiments des autres. Cependant, les individus avec un TPB sont souvent hautement sensibles et peuvent avoir des réactions disproportionnées et des réponses exagérées envers les autres afin de ne pas ressentir leur abandon²¹ (incluant les sentiments de honte et de rejet qui accompagnent souvent ce sentiment d'abandon). La colère peut alors commencer à être ressentie grâce à une certaine conscience de leur obsession incontrôlable d'être en permanence conscient tout d'abord de ce dont l'autre personne a besoin.

Avec le temps, pour certains individus avec un TPB, cela se transformera peu à peu en rancune. Ils créeront alors inconsciemment des conflits dans leurs relations intimes de manière à agir leur besoin de se sentir séparé de l'autre. (Il s'agit d'un besoin sain de s'individualiser qui n'a pu être résolu et qui s'est alors déformé²²).

De même, pour certains individus avec un TPB, la colère peut rapidement se transformer en rage. Ils sont très sensibles et peuvent être facilement provoqués. Ils peuvent cependant aussi se sentir embarrassés, ou même ressentir des remords à cause de leurs actions, mais ils n'arriveront pas à savoir comment mettre fin ou contrôler ce schéma relationnel répétitif. Pour d'autres, la colère peut être refoulée et redirigée à l'intérieur sous la forme de comportements d'automutilation (scarifications), ou de dépression provoqués par un sentiment de désespoir lié à l'impossibilité de demeurer présents à la douleur centrale d'avoir été abandonnés, à la honte, au dégoût et/ou au rejet qui y sont associés. Ils ne sentent coincés dans des schémas sans issue qu'ils ne peuvent pas changer.

21 *Borderline Narcissistic Personality Disorder Differences.* <https://www.clearviewwomenscenter.com/borderline-narcissistic-personality-disorder-differences.html>

22 Marahi, A.J. (2008) Power and Control Struggles in Borderline Personality Disorder. www.borderlinepersonality.typepad.com/my_weblog/2008/07/power-and-contr.html

Trouble bipolaire (TB) vs. TPB

Le TPB est souvent confondu avec le trouble bipolaire (TB), ce qui mène à de mauvais diagnostics. Il arrive occasionnellement que ces deux types coexistent. Ils ont en commun la labilité de l'humeur (mauvaise régulation de l'affect) et l'impulsivité, une colère disproportionnée par rapport aux situations, l'automutilation (risques de suicides élevés) et l'instabilité des relations.

Les individus souffrant d'un de ces deux troubles ont également tendance à penser dans les extrêmes, soit vous êtes tout bon, ou tout mauvais. Ils sont incapables de considérer une personne comme ayant du bon et du mauvais en elle, comme un concept d'intégralité. Vous pouvez très bien être leur meilleur ami et la minute suivante, leur ennemi. Cette façon de penser de « tout noir, tout blanc » peut se manifester à des degrés divers, mais en général, il y a une forte tendance chez ces personnes à ne pas être capable de trouver un juste milieu et de développer un point de vue plus général ou plus complexe. Cela peut représenter leurs états intérieurs, comme des îles séparées de conscience qui ne sont pas capables de rester ensemble pour former une conscience de soi cohésive. Le Tableau 3 reprend une liste des similarités principales des TPB et TB.

Tableau 3 – TPB & TB – Caractéristiques similaires

TPB & TB – Caractéristiques similaires
Mauvaise régulation de l'affect (sautes d'humeur/labilité)
Impulsivité
Colère inappropriée
Colère ayant pour conséquence l'automutilation, risque suicidaire
Relations instables
Anxiété et dépression
Pensées en tout noir ou tout blanc

Il existe une différence clé entre le TPB et le TB : chez le client souffrant d'un TPB, l'image de soi est essentiellement mauvaise, alors que le client avec un TB a une estime de lui grandiose (est souvent arrogant).

Le TPB a une réaction plus distincte lorsqu'il perçoit de l'hostilité ou de l'autonomie chez les autres (peur de la séparation/de l'abandon) que le patient avec un TB. Les sautes d'humeur chez un client souffrant d'un TPB peuvent être assez fréquentes, et durer de quelques heures à quelques jours, alors qu'un client avec un TB aura des périodes manifestement plus longues de manie/hy-

pomanie ou dépression. Il y a également des cas de patients avec un TB qui ont des cycles plus rapides. Les réactions émotionnelles chez l'individu souffrant d'un TPB peuvent être déclenchées par une peur (perçue ou réelle) d'abandon²³ qui est souvent profondément dissociée et peut être la cause d'un état d'anxiété persistant.

Un client avec un TB ne répondra souvent pas à un défi ou à une interprétation venant du thérapeute, alors que le client avec un TPB aura une réponse émotionnelle forte, qui peut être exprimée par la colère/la rage (signes somatiques : agitation accrue, mains serrées ; le client tape du pied, parle plus fort (crie), devient sur la défensive, etc.) ou la fuite (signes somatiques : lève les yeux au ciel, tourne la tête, les pieds ou le corps dans la direction opposée pour se préparer à fuir), la dissociation (la personne change de sujet immédiatement ou « rêvasse »), ou l'interruption de la séance (elle quitte, ne revient pas, etc.)²⁴.

Tableau 4 – TPB vs. TB – Différences de caractéristiques

Trouble de la personnalité borderli- ne Différences	Trouble bipolaire Différences
Image de soi principalement mauvai- se (honte chronique) Sautes d'humeur pouvant durer de quelques heures à quelques jours Sensibilité interpersonnelle à l'hosti- lité et à la séparation Une réaction plus distincte lorsqu'il perçoit de l'hostilité ou de l'autonomie (peur de la séparation/de l'abandon) A souvent une réponse émotionnel- le forte pouvant être exprimée par de la colère/de la rage = en conflits relationnels constants Alterne entre l'idéalisation et la dé- préciation des autres	Estime de soi grandiose Longues périodes de sautes d'humeur, généralement de plusieurs mois, avec des périodes distinctivement plus lon- gues de manie, d'hypomanie ou de dé- pression Insensibilité interpersonnelle Ne répond généralement pas aux défis et aux interprétations proposés par le thérapeute Utilise la fuite et le déni et fait preuve de peu de perspicacité

23 Lane, C. (2015) *Borderline Personality Disorder*. www.toddlerstime.com/dx/borderline/bpd-ekleberry.htm

24 Gunderson, J.G., Hoffman, P. D. (2005) *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Publishing, Inc. p. 43

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) vs. TPB

Une préoccupation majeure des individus avec un TPB est la difficulté à réguler l'affect physique de leurs émotions. Selon une étude par Ford et Courtois (2014), **7 critères diagnostiques du DSM-V sur 9 pour le TPB et pour le TSPT sont similaires**. Les symptômes généraux du TSPT se retrouvent souvent dans les TPB liés à une sensibilité exacerbée dans la neurobiologie du cerveau et des difficultés à gérer les stressés traumatiques provenant de l'environnement externe. Ils peuvent tous deux souffrir d'une anxiété constante tout autant que d'un sentiment de désespoir concernant leur incapacité à réguler ou contrôler leur affect émotionnel. Cela peut résulter en des états de dépression chroniques. Cette difficulté est due aux réponses de combat, de fuite ou d'immobilité face au trauma. Devant faire face à un traumatisme, le corps peut se dissocier de l'intensité d'émotions négatives ou douloureuses afin de ne simplement plus les ressentir. La conscience du corps est alors basse, et de nombreux déclencheurs de dissociation se répètent en boucle. Cette boucle dissociative chronique, fondée sur l'engourdissement émotionnel, crée un sens de vide intérieur que le TPB et le TSPT partagent, alors qu'ils se sentent tous les deux coincés dans le désespoir, sans comprendre comment s'en sortir. L'intensité est très difficile à tolérer et sans soutien adéquat et sans informations au sujet de la raison pour laquelle cela se passe ainsi, ils peuvent éventuellement devenir à haut risque suicidaires. Durant l'adolescence, ces risques pour le TPB et le TSPT sont très élevés. Cependant, il arrive souvent qu'à l'âge adulte, l'intensité de ces symptômes diminue, ce qui diminue les facteurs de risque. Le Tableau 5 dresse la liste des caractéristiques communes à ces deux troubles²⁵.

Tableau 5 – TPB & TSPT – Caractéristiques similaires

TPB & TSPT – Caractéristiques similaires
Mauvaise régulation de l'affect (sautes d'humeur/labilité) Estime de soi généralement faible (honte chronique) Colère qui mène à l'automutilation, risque de suicide Comportements impulsifs Anxiété importante Dépression, désespoir Sentiment de vide chronique Relations conflictuelles (enchevêtrement intense et volatile) Détachement social et évitement

25 Ford, J.D., Courtois, C.A. (2014) Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. BioMed Central Ltd.

Faible conscience des sensations physiques
 Déclencheurs de dissociation
 Manque d'habileté à ressentir du plaisir ou des émotions positives

La principale différence entre le TPB et le TSPT est que le TPB fait ressentir une terreur extrême de l'abandon ou du rejet, et mène également à une forte tendance à alterner entre l'idéalisation et le dénigrement d'autrui. Cela n'est pas le cas pour le TSPT ou le TSPT complexe (TSPTc). Il semblerait que le TPB a davantage tendance à souffrir à la fois d'une régulation faible ou exagérée des états émotionnels, ainsi qu'à ressentir moins de faible régulation lorsque le traumatisme ayant pris place durant le développement de l'enfant est confirmé. Une régulation trop faible signifie que quelqu'un exprime ses émotions d'une manière forte, exagérée et dramatique. Au contraire, une régulation de l'affect trop développée prend place lorsque les émotions sont retenues, davantage contrôlées, ou supprimées. Le TSPT complexe a tendance à montrer des combinaisons complexes de dissociations négatives et positives accompagnées d'états émotionnels peu régulés. Les symptômes dissociatifs positifs se manifestent dans des réponses défensives actives et peuvent inclure des souvenirs traumatiques intrusifs, des réviviscences, des voix intrusives, ainsi que des schémas complexes tels que des reconstitutions. Les symptômes dissociatifs négatifs se manifestent par des réponses défensives passives, et sont généralement liés à des pertes de fonctions comme des pertes de mémoire, des pertes des fonctions corticales supérieures, des pertes de sensations, des pertes du contrôle moteur ainsi que des perceptions somato-sensorielles (telles engourdissements)²⁶. Les clients souffrant d'un TSPT éprouvent également plus de difficultés à reconnaître les émotions que les clients avec un TPB.²⁷

Les clients avec un TPB ont des facteurs de risque complexes différents de ceux des clients souffrant d'un TSPT. Ils peuvent se révéler chroniques et plus dangereux pour le Soi. Ils ont davantage tendance à avoir des caractéristiques de comorbidité liées à d'autres troubles (comme les Troubles alimentaires, la Bipolarité, etc.) Il semblerait également qu'ils aient un risque plus élevé d'être traumatisés à nouveau à l'âge adulte.

Pour terminer, une petite partie des clients avec un TPB souffrent simultanément d'un TSPT, et il existe également un sous-ensemble de clients souffrant d'un TSPTc (complexe) qui ont un TPB. Des différences distinctes sont à considérées davantage dans une catégorie que dans l'autre. Le Tableau 6 reprend les caractéristiques qui différencient les deux troubles²⁸.

26 Urlich, F.L. et al (2014) *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation : Towards an Embodied Self*. Springer Publishing Company, Pgs. 22–23

27 Ford, J.D., Courtois, C.A. (2014) *Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder*. BioMed Central Ltd.

28 Ibid.

Tableau 6 – TPB & TSPT – Différences

Trouble de la personnalité borderline Différences	Trouble de stress post-traumatique Différences
Peur profonde de l'abandon ou du rejet Alterne entre l'idéalisation et la dépréciation des autres Facteurs de risque plus complexes (que pour le TSPT) qui peuvent être chroniques ou plus dangereux Plus de chance d'avoir des caractéristiques de comorbidité (<10%) plus difficiles à gérer (pourcentage plus important pour les troubles alimentaires {50%} et la bipolarité {35%}) Risques plus importants de re-victimisation à l'âge adulte à cause des traumatismes vécus durant le développement de l'enfant (Un sous-groupe de patients avec un TPB peut quelques fois souffrir d'un TSPT)	Combinaison complexe de dissociations positives avec un affect trop peu régulé et de dissociations négatives avec un affect trop régulé (TSPTc) Epreuve des difficultés à reconnaître et ressentir les émotions Capacité variable d'établir rapport à des croyances dans leur propre conscience de soi (On peut s'attendre à une combinaison de victimisation traumatique et de relation d'attachement rompue avec un parent – le TPB peut être considéré comme un sous-groupe de TSPTc)

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) & le TPB

Bien qu'il existe des études qui rapportent un nombre élevé de cas d'enfants diagnostiqués avec un TDAH qui, plus tard, sont diagnostiqués avec un TPB, il y a des différences distinctes entre ces deux troubles. Ils ont en commun une faible capacité à réguler leurs états émotionnels et leur impulsivité. Le TDAH pourrait être un symptôme précurseur apparaissant durant l'enfance du développement d'un TPB à l'âge adulte. Le Tableau 7 regroupe les caractéristiques similaires de ces deux troubles²⁹.

²⁹ Ibid.

Tableau 7 – TPB & TDAH – Traits similaires

TPB & TDAH – Caractéristiques similaires
Faible régulation de l'affect (sautes d'humeur/labilité) Impulsivité Relations conflictuelles Colère inappropriée Déficits interpersonnels Anxiété importante Faible conscience des sensations physiques Déclencheurs de dissociation

Le TPB a des caractéristiques qui diffèrent de manières significatives de celles du TDAH. Parmi celles-ci, un sentiment de vide chronique qui peut conduire à un risque élevé de suicide (accompagné de sentiments de honte, d'abandon ou de rejet). Il y a une plus forte tendance à la dissociation. Bien que ces deux troubles partagent l'impulsivité, un individu avec un TPB est motivé par des aspects affectifs et de sensibilité interpersonnelle. Le TDAH consiste principalement en une difficulté à rester concentré ou à être attentif, ce que le TPB ne partage pas. (Bien que similaires aux caractéristiques du TSPT, l'impulsivité de ces patients est davantage liée à des déficits du traitement de l'attention et du traitement cognitif causés par des problèmes comportementaux d'inhibition). Certaines personnes avec un TDAH ont tendance à être en perpétuel mouvement dans des schémas comportementaux d'hyperactivité constants. Le Tableau 8 regroupe les différences entre le TPB et le TDAH³⁰.

Tableau 8 – TPB & TDAH – Différences

Trouble de la personnalité borderline Différences	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité Différences
Sentiment de vide chronique Automutilations, risque important de	Incapacité à se concentrer (est facilement distrait) et/ou attention im-

30 Matthies, S. D., Philipsen, A. (2014) Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD) : Review of Recent Findings. McGraw, A. P.

suicide Une plus grande tendance à la dissociation Impulsivité motivée par des aspects affectifs et de sensibilité interpersonnelle	portante portée sur des sujets spécifiques qui intéressent l'individu Tendance à être toujours en mouvement (hyperactivité) Désinhibition comportemental/désorganisation Répond bien aux traitements médicamenteux Déficits des processus cognitifs et de l'attention causés par des problèmes comportementaux d'inhibition liés à l'impulsivité
--	---

L'Attachement durant l'enfance et le TPB

Dans les années 1960, Mary Ainsworth identifia une typologie de base de l'attachement : **attachement sécure**, **attachement anxieux-évitant insécure**, **attachement anxieux-ambivalent insécure**. Mary Main, collègue d'Ainsworth, ajouta une quatrième catégorie d'attachement : **l'attachement désorganisé/désorienté**. Il s'agit de la catégorie la plus instable des schémas d'attachement insécures. Selon Main, l'attachement désorganisé se produit lorsque l'attachement au parent est effrayant, effrayé ou dissocié, et est perçu comme une stratégie « d'effondrement » du client qui ressent une « peur sans solution » ³¹.

L'attachement insécure peut se développer avec les parents qui ont de grandes difficultés à être complètement présents pour leurs enfants durant de longues périodes au cours de la première année de vie, comme dans les cas suivants : dépression post-partum, deuil d'une personne importante ou maladie en phase terminale d'un proche (par exemple, un autre enfant), stress relationnel important avec le partenaire (séparation ou divorce), naissance prématurée avec séparation de l'incubation et/ou accident ou hospitalisation d'un parent. Les enfants adoptés peuvent aussi développer des attachements insécures à cause de la séparation d'avec leur mère biologique et une période instable avec des parents transitoires jusqu'à ce qu'un parent adoptif soit complètement présent dans la vie du bébé.

Imitation : Peter Fonagy remarqua que l'attachement sécure aux parents se révélait être à la fois « congruent » et « marqué ». Cela signifie que les expressions faciales et vocales du parent correspondent au reflet juste et vrai des expressions émotionnelles de leur enfant ou de ses états émotionnels, plutôt

31 Wallen, D.J. (2007) *Attachment in Psychotherapy*. Gilford Press, p. 49

qu'aux états du parent³². Ceci est devenu la base des premières représentations des affects émotionnels propre à l'enfant appelée **l'imitation contingente** ou **l'imitation émotionnellement harmonisée**. Il s'agit de la base sur laquelle l'enfant construira sa capacité à réguler ses émotions ainsi qu'à contrôler ses impulsions. Selon Fonagy, chez un client avec un TPB, dans sa conscience, le lien entre son ressenti intérieur et les réponses obtenues de son environnement est potentiellement rompu, ou en grande partie dissocié³³.

Le phénomène qui découle d'une situation où la mère est présente pour l'enfant, mais ne répond pas correctement au ressenti de l'enfant, s'appelle imitation banalisée (floue) ou non-contingente. Une imitation banalisée se passe lorsque le bébé déchiffre le visage de sa mère pour en retirer ses réponses, des signes ou des signaux de détresse et **que la mère (ou le parent principal) répond avec ses propres besoins**, incapable de donner un reflet cohérent confirmant une réponse saine aux vrais besoins de son enfant³⁴. L'imitation banalisée est la source principale de la formation du traumatisme développemental pour le TPB, puisqu'il y a une impossibilité de développer un attachement sécure avec la mère. **Cela finit par se traduire par une image de soi non-cohérente que l'enfant considère comme quelque chose fondamentalement mauvaise ou incorrecte au fond de lui. S'établit alors une honte chronique et un dégoût basé sur sa conscience de soi.**

L'imitation non-contingente prend place lorsque l'enfant est invité à assimiler l'image de sa mère/de ses parents comme son **Soi émotionnel** plutôt que d'être capable de découvrir son propre état émotionnel. Cela crée une vulnérabilité à une pathologie plus narcissique ainsi qu'une séparation ou une illusion d'une conscience de soi qui oscille entre la grandeur et le vide³⁵.

Le fait de comprendre les émotions non verbales de l'imitation nous fournit des informations cruciales au sujet de l'importance d'imiter avec justesse avec des mots, des intonations de voix, des expressions faciales et corporelles dans le cadre du traitement relationnel entre le thérapeute et son client souffrant d'un TPB.

La honte chronique du client avec un trouble borderline

Les problèmes fondamentaux à l'origine du traumatisme développemental du TPB durant la petite enfance se trouvent dans l'attachement insécure ou désorganisé. L'un et l'autre peuvent faire en sorte que la conscience de soi devienne inconsciemment associée à des sentiments de honte. À cause de ce traumatisme

32 Ibid.

33 Ibid.

34 Ibid.

35 Ibid.

développemental précoce, les personnes souffrant du TPB pensent qu'ils sont mauvais par essence. Cela est également lié à leur peur sous-jacente intense de l'abandon et/ou rejet. La honte chronique peut aussi apparaître avec d'autres formes de TPB qui peuvent se développer plus tard dans la vie de l'enfant à partir de facteurs de stress extérieurs.

La prochaine direction que prend cet article est de suivre comment ceci est en lien avec l'expérience d'états émotionnels négatifs liée à des états d'affect correspondants dans le corps. Lorsque nous pouvons suivre une forme de TPB causée par une blessure développementale durant l'enfance, nous pouvons trouver des indices sur la manière dont nous pouvons le soigner ou le réparer à travers l'intégration d'interventions psychothérapeutiques efficaces, accompagnées d'une conscience physique améliorée des états d'affects émotionnels positifs et négatifs.

La honte (un état d'affect négatif)

La honte est l'énergie de conscience la plus difficile et tenace à soigner ! Elle est tellement douloureuse pour la plupart des individus que se fragmenter ou s'en dissocier est un mécanisme de défense compréhensible pour s'en protéger. C'est similaire à ce qui se passe lorsque le traumatisme affecte le corps. Pour comprendre la honte, nous devons commencer par comprendre la physiologie des états d'affect négatif et comment ils se représentent dans les expressions somatiques.

Silvan Tomkins décrit la honte comme un affect qui *demeure* et qui est inhérent à la biologie du corps³⁶. Grâce à des pulsations d'expansion et de contraction, l'énergie corporelle se retire lorsque la connexion positive est interrompue. Un enfant peut assimiler un système de honte chronique ou de haine de soi, conséquence du besoin de rétablir l'amour (une connexion positive), et l'enfant finira par devenir plus vulnérable à la honte³⁷.

Selon ce qu'affirme Donald L. Nathanson dans son livre *Pride and Shame*³⁸, il existe neuf *affects* émotionnels de base (il s'appuie sur le travail fondateur de Silvan Tomkins³⁹), par lesquels notre corps exprime instinctivement ses sentiments. Un *affect* est défini comme une portion biologique d'émotions. Lorsque votre visage s'illumine d'un sourire, vous montrez l'*affect* de satisfaction. Le circuit produisant les affects est stocké dans la partie primitive du cerveau (tronc cérébral), aussi appelé « cerveau reptilien ». Lorsqu'un affect est déclenché, il active « un mécanisme

36 Helfaer, P.M. (2007) Shame in the Light of Sex and Self-Respect. *Clin. J. of IIBA*, V17:57-79, p. 66

37 Ibid. 62, 67

38 Nathanson, D.L. (1994) *Pride and Shame, Affect, Sex and the birth of Self*. Norton & Co. Ltd.

39 Conger, J. (2001) The Body of Shame : Character and Play. *Clin. J. of IIBA*, V12:71

qui produit alors un schéma connu d'événements biologiques »⁴⁰. Une émotion apparaît lorsque l'on devient conscient d'un affect. Les affects constituent un aspect instinctif de nos corps avec lequel nous sommes tous nés et que nous exprimons tous. Depuis l'instant où nous prenons notre première inspiration, nous savons comment pleurer et crier pour qu'on nous aide et nous console. Cela se produit grâce à la combinaison des affects de peur, de détresse, et peut-être de colère. Nathanson affirme que, parmi les neuf affects, deux sont positifs, un est neutre, et six sont considérés comme des sentiments négatifs. Ci-dessous les neuf *affects innés* fondamentaux provenant du livre de Nathanson, *Pride and Shame* (certains d'entre eux sont classés comme un continuum d'une gamme de sentiments)⁴¹ :

POSITIFS

- 1) **Intérêt – Excitation** (réaction au succès/désir de partager) – sourire, lèvres étirées, énergie plus chargée
- 2) **Satisfaction – Joie** (réaction à une nouvelle situation/désir de participer) – sourcils relâchés, yeux attentifs, écoute attentive, sentiment de fierté, énergie plus relaxante

NEUTRE

- 3) **Sursaut – Surprise** (réaction à un changement soudain/désir de recommencement, clarifie l'esprit) – sourcils levés, clignements des yeux, les mains peuvent se lever, corps/tête vers l'arrière

NEGATIFS

- 4) **Peur – Terreur** (réaction au danger/désir de s'enfuir ou de se cacher) – regard figé, visage pâle, froid, transpiration, cheveux hérissés, yeux écarquillés, sourcils levés
- 5) **Détresse – Anxiété** (réaction à une perte/impulsion de deuil) – pleurs, sanglots, sourcils contractés, bouche abaissée, sentiment de peine intense
- 6) **Colère – Rage** (réaction à une menace/impulsion d'attaque) – sourcils froncés, mâchoire serrée, visage rouge, tape de la main ou du pied (irritation/agitation)
- 7) **Sentiment de dégoût** [mépris/rejet] (réaction à une mauvaise odeur/envie de l'éviter – similaire à la répugnance) – lèvre supérieure retroussée, tête en arrière
- 8) **Dégoût** (réaction à un mauvais goût/impulsion de jeter) – lèvre du bas relevée et saillante, mouvements de la tête de l'arrière vers le bas, nausée possible
- 9) **Honte – Humiliation** (réaction à l'échec/désir de revoir son comportement) – yeux baissés, tête baissée et détournée, le visage rougit

40 Nathanson, D.L. (1994) *Pride and Shame, Affect, Sex and the birth of Self*. Norton & Co. Ltd., p. 49

41 Ibid.

En observant cette liste, il est clair que les sentiments négatifs dépassent de loin les trois positifs ou neutres. La honte est le sentiment le plus difficile à déceler et à éliminer. La honte prend place lorsque le flux naturel d'un des deux affects positifs (intérêt-excitation ou satisfaction-joie) est perturbé. La honte peut limiter l'empathie et l'intimité en interrompant ou interférant avec les connexions sûres et cohérentes avec les autres. Bien souvent, la colère peut être une réponse au sentiment de honte. Elle peut être perçue comme une réponse défensive afin de ne plus ressentir de honte et de tenter de rétablir des sentiments positifs.

Il existe de nombreux autres sentiments, mais Nathanson les considère généralement comme une combinaison de certains de ces neuf affects fondamentaux. Par exemple, il dit que la culpabilité n'est pas un affect inné et fondamental mais le résultat de la combinaison des affects innés de honte et de peur. L'embarras et la culpabilité sont comme la honte, mais ils constituent des réponses *comportementales*. La honte est un concept entier, connecté à la conscience de soi, à l'impression d'être déficient.

L'affect de **dégoût** peut également être combiné à l'affect de honte :

« L'impression d'être dégoûtant accompagne les sentiments de honte pour différentes raisons. Tout d'abord, il semblerait que l'affect de dégoût se trouve dans le sillage de la honte qui se désintègre. Schore remarque que, dans les théories du développement en psychothérapie, l'affect de dégoût est encore plus souvent négligé que la honte. Il cite une étude qui démontre que les personnes diagnostiquées avec un trouble de la personnalité borderline (TPB) ou un trouble de stress post-traumatique (TSPT) – c'est-à-dire, des personnes souffrant de traumatismes développementaux et relationnels sévères – sont particulièrement sujettes au concept implicite de dégoût de Soi. La sensibilité au dégoût est élevée pour les troubles liés à un traumatisme, et ce dégoût de soi sera probablement dissocié. »⁴².

La honte est comme une cape sombre, posée sur vous par quelqu'un d'autre. Elle est produite en réponse à une source externe. Il s'agit d'une émotion relationnelle qui vise à se **cacher** des jugements projetés par les autres (perçus ou réels), des commentaires désagréables, des critiques ou des attaques.

À la base, les enfants sont dépendants de leurs parents afin que ceux-ci reflètent leurs besoins de réponses positives ou de calme, d'apaisement. Lorsque les enfants se retrouvent face à un parent en colère, ou terrorisant en réponse à leurs besoins, ils se retourneront contre leur propre force vitale positive, et finiront par créer un Soi intérieur en colère, terrorisant contre lui-même. Cela empêche une individualisation saine et provoque de grandes difficultés à honorer ou à re-

42 DeYoung, P.A. (2015) Understanding and Treating Chronic Shame : A Relational/Neurobiological Approach. Routledge, p. xiii

connaître ses propres droits et besoins. Cela peut également créer un sentiment constant d'annihilation dans le développement de leur conscience de soi. Eventuellement, ils repousseront leur propre énergie vitale – causant ainsi une haine ou un dégoût de soi⁴³.

« La honte est une expérience de désintégration de la conscience de soi dans une relation avec un autre, perturbateur [...] quelqu'un de proche de nous dont les réponses émotionnelles nous laissent comme fragmentés [...] » (DeYoung, 2015)

L'affect de honte est lié à la *conscience de soi*. Les clients avec un TPB ont vraiment l'impression qu'ils sont profondément inadéquats en tant qu'êtres humains. **Le TPB produit un problème central constant et insupportable de honte et de dégoût quant au sens de soi.** Les mots suivants incarnent l'intensité de la perception de soi induite par la honte (mêlée à du dégoût) :

Corrompu ; déficient ; pas bon ; mauvais ; incomplet ; fragile ; indéfinissable ; déraciné ; incertain ; indigne ; vide ; haine de soi ; autodestructeur ; défaitiste ...

La honte peut finir par devenir un obstacle aux affects positifs futurs. Avec le temps, si un individu ne ressent pas assez d'affects positifs (ou ne possède pas assez de réseaux neuronaux positifs qui créent des affects positifs), il finira pas ne plus y avoir accès. C'est ce qui peut se produire s'il y a des formes d'attachements évitant, ambivalent, résistant, déconnecté ou désorganisé durant l'enfance. Ces formes de traumatismes développementaux mènent à des complications de dérégulation émotionnelle. Les états émotionnels négatifs, comme la honte et le dégoût, deviennent alors difficiles à supporter. Un individu se dissociera de ces états émotionnels et deviendra inconscient. Toute forme de traumatisme peut avoir une tendance à s'accrocher à un de ces états, ou à en déclencher un en une boucle émotionnelle négative. Soit l'enfant a rarement ou jamais eu l'occasion de faire l'expérience d'un état émotionnel positif, sûr et stable avec sa mère, soit il est devenu de plus en plus difficile pour lui de se rappeler ce que ça fait de se sentir bien.

L'affect somatique d'embarras (forme comportementale modérée de l'affect de honte) peut être observé tout d'abord comme une rougeur légère, venant de la poitrine, passant par le cou et/ou montant au visage. Avec l'affect de honte, la tête et les yeux peuvent subtilement se baisser afin d'éviter le contact visuel. La honte peut aussi être ressentie comme un large élastique tendu qui tient ensemble dans

43 Baum, S. (2007) Living On Purpose : Reality, Unreality and the Life of the Body. *Clin. J. of IIBA*, V17, p. 157

une relation deux personnes et qui se fait subitement couper. Le sentiment de honte frappe alors la personne qui se dit « j'ai dû faire quelque chose de mal pour perdre ce lien. » Cela peut se produire très rapidement et être ressenti comme une énorme claque au visage, ou comme une poussée hors du centre du corps, ou comme des picotements d'horreur, comme si quelque chose tombait à l'intérieur du corps. Les enfants interprètent inconsciemment cet affect en se disant qu'ils doivent avoir tort.

Lorsque les enfants perdent ou sont incapables de maintenir de manière consistante un lien d'amour continu avec un parent, cela leur semble vraiment être la fin du monde. Cela provoque un sens d'annihilation : un sentiment de mort qui se répète, encore et encore, qui devient une partie intégrante de leur conscience de soi. Cela résulte en une perception du Soi non cohérente, qui, à son tour, crée une difficulté à réguler efficacement les émotions. Ils peuvent initialement pleurer en réaction à leur besoin d'être connectés (apaisés, se sentir bien et en sécurité à nouveau), mais avec le temps, leur système s'effondre et ils finissent par abandonner et se dissocier afin de gérer cette douleur provenant du lien rompu. Par après, cela se transforme en un déclencheur chronique d'états émotionnels d'impuissance ou de désespoir et/ou d'un état de colère qui se répète en boucle afin de se protéger et de se défendre contre l'état de honte.

Traiter le trouble de la personnalité borderline (TPB)

Le fait de travailler avec des méthodes psychocorporelles intégrées peut améliorer le travail de guérison pour les individus souffrant d'un TPB. La découverte d'indices au travers des formes d'expression préverbaux ou non verbaux chez un enfant durant les deux premières années de sa vie aide à guider les praticiens dans la manière de soutenir les clients avec un TPB afin qu'ils puissent rétablir une régulation stable de l'affect, et réclamer plus d'états émotionnels positifs stabilisants. Les expressions faciales, le contact visuel, le ton de la voix, les sons, le toucher, la posture, l'intensité du contact, ainsi que le rythme ou le synchronisme font partie de ces indices.

Suivent certaines suggestions d'approches qui peuvent être utilisées pour guérir un TPB grâce à de nouveaux entraînements relationnels, au développement d'une conscience de soi positive qui soutient, à la modulation des dérèglements de l'affect, à un accroissement de la contenance, au développement de limites saines, à l'intégration d'expériences somatiques découlant de protocoles traumatiques, et au rétablissement de la honte chronique.

1. Rétablir une conscience de soi positive grâce à la psychothérapie relationnelle et corporelle (comme l'analyse bioénergétique). En travaillant à développer et à modifier les connexions entre le cerveau droit et le corps, l'esprit peut ré-en-

trainer sa conscience afin qu'elle se transforme en un sens de soi plus fort et plus cohésif. Les nouvelles sensations corporelles des états d'affects positifs, la nouvelle contenance et l'encadrement émotionnel deviennent des passerelles afin que le cerveau droit puisse traiter les informations et comprendre le Soi comme positif et sain. S'il y a un traumatisme du développement durant l'enfance ou un choc-trauma, le thérapeute peut soutenir son client afin qu'il développe ce qui lui manque. L'utilisation d'exercices concentrés sur le corps, l'introduction d'expériences d'imitation positives nouvelles, et l'exploration des problèmes non verbaux d'attachement somatique ou d'enjeux relationnels, permettent au client de développer un lien de confiance authentique avec son thérapeute. Cela s'intègre alors à une nouvelle relation à l'intérieur de lui-même.

En se servant de méthodes encourageant les connexions corporelles positives et une régulation cohésive de l'affect émotionnel, le client comble les « trous » qui lui manquent en soutenant une connexion saine et cohérente avec le Soi fondamental. Quelques idées sont présentées ici comme exemples de travail pour développer une conscience de soi fondamentale et positive au travers de nouvelles techniques de conscience somatique.

La réalité de présence ou d'être centré et enraciné dans le corps doit être développée. La présence consiste en l'incarnation de la conscience de soi complètement présente, ici et maintenant. Les traumatismes fragmentent le Soi et défient la capacité d'être complètement présent dans tous les aspects de sa vie. S'inquiéter du futur (anxiété/peur) en fonction des traumatismes passés empêche de vivre dans le moment présent. Être centré consiste à ramener sa conscience à l'équilibre dans le corps, dans la réalité présente. Cela peut être fait en développant un témoin interne plein de compassion, en traquant la conscience sensorielle des différentes parties du Soi ou la conscience de la manière dont un individu développe sa conscience de lui-même, dans sa tête, son cœur ou son ventre, ou dans sa relation aux autres⁴⁴.

Développer une pratique cohérente de lecture du corps et être davantage présent dans le corps de manière générale, peut impliquer enseigner au patient un nouveau langage permettant le lien entre sa conscience de lui-même et les sensations physiques conscientes de base comme la chaleur, le froid, la tension, la pression, des picotements, des pulsations, la douleur (pouvoir en définir le type (aigue, diffuse), la forme, la taille), etc. Ce langage peut également être enseigné en touchant le corps, en faisant régulièrement des automassages et/ou en nommant les sentiments et les sensations afin de les ancrer de manière plus cohérente dans la conscience. Un outil bioénergétique accessible est de travailler avec la plante des pieds en se servant d'une corde, d'un bâton ou de balles de textures et tailles différentes afin de soutenir une plus grande capacité d'enracinement.

44 Maley, M. (2002) *Bioenergetic Fundamentals, A Self-Exploration Manual*. Body Smart Publications, p. 22–23

Schroeter parle de l'importance de comprendre les difficultés éprouvées par les clients avec un TPB à s'enraciner à l'aide de leurs jambes et à commencer à mettre d'abord l'accent sur le sentiment de sécurité au travers de la relation avec le thérapeute. Le corps du thérapeute peut être présenté comme un nouveau contenant pour le Soi afin qu'il soit doucement enraciné, en sécurité, en plaçant le pied ou la main du thérapeute sur le pied du client, ou en plaçant le pied du client sur le ventre/les hanches du thérapeute. Schroeter décrit l'énergie comme étant soit fractionnée « *entre le haut et le bas, avec un abdomen tendu, soit entre la tête et le corps.* »⁴⁵. Schroeter suggère des exercices qui aident à développer des sensations d'enracinement positives et stables dans le corps, comme soutenir la tête et la région de l'occiput ou bercer le corps du client autour du corps du thérapeute lorsqu'ils sont couchés sur le côté, le client enveloppant alors le thérapeute de tout son corps⁴⁶.

Pratiquer quotidiennement la conscience complète du corps au travers d'exercices d'enracinement renforce les connexions entre les parties du corps et de l'esprit qui sont fragmentées. Il est important pour un client souffrant d'un TPB de régulièrement étirer son corps, de le tendre et de sentir sa force dans son corps. Des exercices d'enracinement simples comme étirer et mobiliser les articulations, cambrer le dos dans les quatre directions et étirer la colonne vertébrale effectuant des rotations de la taille aident à rétablir la circulation sanguine, la chaleur, l'énergie tout autant qu'une relation plus cohérente entre le corps et l'esprit.

Travaillant avec un grand ballon d'exercice sur laquelle le thérapeute et le client s'assoient dos à dos, un client peut commencer à être davantage conscient de sa colonne vertébrale et à s'y connecter⁴⁷. Il se sentira non seulement soutenu, mais il aura également une conscience de lui-même correspondante et commencera doucement à expérimenter une sensation de contenance, de connexion, de solidité intérieure ou de force, et l'incorporation de ses éléments (manquants ou fragmentés) sera délicatement encouragée. En ramenant la colonne vertébrale dans une relation consciente, on intègre la conscience du cerveau dans le corps d'une manière plus complète et on soutient de plus grandes connexions avec la conscience de soi fondamentale.

Puisque les formations de l'attachement insécure durant l'enfance du TPB s'installent quelque part au stade de développement de l'enfant entre 6 mois et un an, c'est le moment où son dos apprend à « se soutenir par lui-même » à mesure qu'il passe de ramper à marcher. **En se concentrant sur le travail relationnel somatique avec la tête, l'abdomen et la colonne vertébrale, le thérapeute**

45 Schroeter, V. (2009) Borderline Character Structure Revisited. *Clin. J. of IIBA*, V19 :46

46 Ibid. 48

47 Clauer, J. (2012) Neurobiology and Developmental Aspects of Grounding. *Bioenergetic Analysis. Clin. J. of IIBA*, V21 :100–103

est en mesure d'intégrer la séparation entre le corps et l'esprit, entre le haut et le bas du corps, au travers de *tous* les stades de développement de l'attachement. Ces formes d'interventions somatiques doivent être présentées de manière répétée afin de lentement entraîner et soutenir les nouvelles informations conscientes dans le corps. Elles devraient également uniquement être appliquées par un psychothérapeute corporel formé à la *conscience* subtile et éthique du toucher du point de vue du travail relationnel sur le développement de l'enfant et des traumatismes, de même que du point de vue des enjeux sexuels et/ou culturels du contact physique. À travers de nouvelles expériences relationnelles et de liens affectifs somatiques sécurisant, solide et positif avec son thérapeute, le client avec un TPB peut développer un Soi fondamental positif, enraciné et cohérent.

2. Comprendre la régulation de l'affect et développer de nouvelles aptitudes pour moduler les émotions. La régulation de l'affect, l'expression physiologique de nos émotions, se forme durant les deux premières années de la vie de l'enfant. Les thérapeutes bioénergéticiens sont entraînés à être capables de montrer au client comment faire face à des expressions régulées d'émotions telles que la peur intense ou des états explosifs de colère. Les clients peuvent apprendre en prenant la responsabilité de leurs émotions. Ils peuvent alors apprendre comment les rediriger vers des manières plus saines et sûres. (La colère, par exemple, peut être exprimée en toute sécurité en frappant un matelas, des oreillers, ou en s'allongeant et en frappant avec les pieds et/ou les bras.) Il existe de nombreuses techniques qui peuvent être explorées pour gérer et ralentir les affects émotionnels intenses, ainsi que des stratégies pour éviter des sentiments tels l'envahissement, l'anxiété intense, la colère ou l'hyperstimulation.

Les thérapeutes bioénergéticiens peuvent aussi aider les clients à être davantage connectés à des émotions trop contenues ou régulées qui peuvent s'avérer plus refoulées ou dissociées. Ils peuvent guider un client afin qu'il découvre quels peuvent être les sentiments plus profonds se cachant sous un état émotionnel intense particulier, ou pouvant se révéler être la cause principale de ce qui les met dans un état émotionnel négatif.

Il est crucial pour les clients atteints d'un TPB d'apprendre à développer une gamme d'**outils et de ressources**, sains et positifs (voir Annexe n°4 ci-après pour davantage d'informations sur le sujet) qui les aident à se calmer, à contenir et réguler leurs états émotionnels intenses et négatifs. Cela peut être fait au travers d'une variété de techniques telles que (mais pas limitées à) :

Pratiquer des exercices de respiration subtile et profonde pour apaiser et ralentir le corps et l'esprit. À cause d'une division ou d'une contraction dans l'abdomen, le diaphragme des clients souffrant d'un TPB sera plus contracté et tendu⁴⁸. La plupart des individus avec un TPB respireront davantage du haut

48 Schroeter, V. (2009) Borderline Character Structure Revisited. *Clin. J. of IBA*, V19:46

de la poitrine, puisqu'ils sont incapables de contenir leurs sentiments plus complètement dans leur corps, et sont donc sous-régulés dans leurs émotions. En pratiquant des exercices de respiration tels que compter doucement jusqu'à 5 ou 7 à l'expiration (expirer plus longtemps pour expulser plus d'air) avant d'inspirer à nouveau. Cette technique ralentit la respiration en forçant des inspirations plus profondes au travers du bloc diaphragmatique et dans le bas du ventre.

- **Relâcher doucement dans le corps les tensions et traumatismes contenus à l'aide d'exercices simples qui encouragent des tremblements spontanés.** Une bonne ressource provenant d'une pratique fondée sur l'analyse bioénergétique se trouve dans les exercices de la **méthode TRE (Trauma Release Exercises (TREE))** par David Berceli.⁴⁹
- Inclure une approche de **thérapie comportementale dialectique (TCD)**. La TCD est une technique plus structurée (cerveau gauche) qui préconise de la part du client son engagement et sa capacité d'auto-surveillance et de suivi. Cela inclut une approche dialectique (une synthèse d'opposés, de non absolus, de fluidité de changement), des pratiques de pleine conscience, le développement de nouvelles compétences, ainsi qu'un suivi cohérent⁵⁰. La TCD aide les clients à devenir conscients et à suivre les déclencheurs qui causent leurs dérèglements émotionnels de même qu'à observer à quel point l'acquisition de leurs nouvelles compétences et les stratégies qu'ils développent pour lutter fonctionnent pour eux. Ce qui leur apporte de l'espoir pour se sortir de leur état de désespoir. Ce type de thérapie individuelle, en complément d'une thérapie de groupe, fonctionne bien puisqu'elle connecte l'esprit et le corps.
- **Exprimer des sentiments à travers des explorations du mouvement du cerveau droit, des sons et de la créativité.** Des formes de danses qui encouragent les mouvements spontanés, intuitifs ou authentiques permettent des façons saines pour le corps d'exprimer ses états émotionnels difficiles. Dessiner les états émotionnels à l'aide d'expressions intuitives et abstraites de couleurs et de formes peut canaliser l'énergie négative dans le bras, puis la main, vers l'extérieur du corps. Ces dessins peuvent aussi être interprétés par la suite, comme pour l'interprétation des rêves, afin d'accéder aux significations inconscientes. Des sons spontanés, des psalmodies ou des chants peuvent également déplacer l'énergie de détresse dans le corps et l'amener à des états énergétiques plus calmes et plus positifs.
- **Expérimenter avec diverses formes de psychologie « énergétique ».** De nombreuses formes de psychologie énergétique telles la Médecine tradition-

49 Berceli, D. (2005) Trauma Releasing Exercises (TRE) : A revolutionary new method for stress/trauma recovery. Book Surge Publishing. www.traumaprevention.com

50 Pederson, L. (2015) Dialectical Behavior Therapy : A Contemporary Guide for Practitioners. Wiley-Blackwell

nelle chinoise pratique le savoir des méridiens énergétiques à travers le corps et soutiennent les systèmes sensibles qui, déclenchés, envahissent facilement⁵¹.

- **Apprendre la technique de libération émotionnelle (Emotional Freedom Technique ou EFT)**, une technique d'approfondissement, également fondée sur la conscience des mouvements de l'énergie en médecine traditionnelle chinoise, qui aide à reprogrammer les connexions d'émotions négatives intenses et les systèmes de croyances du cerveau et du corps⁵².
- Pratiquer des exercices issus de la **médecine énergétique de Donna Eden**, tels que « la routine des 5 Minutes » pour équilibrer l'énergie, ou sa méthode d'apaisement du « triple réchauffeur » qui aide à calmer les hyperstimulations que l'on retrouve chez les TSPT et TPB^{53 54}.
- Explorer la thérapie structurée pour la régulation affective et interpersonnelle, avec exposition prolongée modifiée (**Structured Therapy for Affective and Interpersonal Regulation with Modified Prolonged Exposure (STAIR-MPE)**)⁵⁵ ou le guide pour la Régulation des Émotions traumatique (**Trauma Affect Regulation : Guide for Education and Therapy (TARGET)**)⁵⁶.

3. Travail sur la capacité de contenir. Un aspect important de la guérison du TPB est de renforcer et de construire de nouvelles connexions pour une conscience de soi plus circonscrite et contenue. Apprendre des techniques de pleine conscience fortifie l'esprit afin qu'il reste dans le moment présent et lâche prise quant aux inquiétudes futures et quant aux schémas constant de pensées déconcentrées. Il est utile d'y ajouter un centre de méditation, de prendre des cours et/ou d'aller régulièrement en retraite pour développer ces compétences en présence d'autres personnes, puisque les énergies du groupe peuvent soutenir l'entraînement de nouveaux schémas neurobiologiques dans le cerveau.

51 Aung, S.K.H., Heather, F., & Hobbs, R.F. (2013) Traditional Chinese Medicine as a Basis for Treating Psychiatric Disorders : A Review of Theory with Illustrative Cases. *Medical Acupuncture*, Mary Ann Liebert, Inc.

52 Ortnier, N. (2014) *The Tapping Solution*. Hay House Inc. 8th ed

53 Andrade, J., & Feinstein, D. (2004) Energy Psychology : Theory, Indications, Evidence. In D. Feinstein, *Energy psychology interactive Innersource*, Appendix 199–214

54 Andrade, J., & Feinstein, D. (2004) Energy Psychology : Theory, Indications, Evidence. In D. Feinstein, *Energy psychology interactive Innersource*, Appendix 199–214

55 Levitt, J.T., Cloitre, M. (2005) A clinician's guide to STAIR/MPE : Treatment for PTSD related to childhood abuse. *Cognitive and Behavioral Practice* 12(1) :40–52

56 Ford, J.D., Russo E. (2006) Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction : trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy* 60(4) :335–355

Écrire un journal constitue également une très bonne manière de suivre la piste, d'explorer et de réécrire leur récit personnel sur comment les individus souffrant d'un TPB se perçoivent. Cela les aide à s'accrocher aux souvenirs des éléments qui se sont fragmentés et les encourage à l'introspection, à la résolution des problèmes ou à la prise de décisions. Cela offre également des occasions de réécrire les histoires avec de nouvelles informations, grâce à une compréhension de soi à des niveaux davantage profonds et intégrés.

Le travail sur la colère et sur la mise en place de limites peut souvent se révéler être une façon cruciale d'aider à récupérer le corps. Pour de nombreuses personnes, l'affect de colère a besoin d'être réorganisé afin de soutenir le Soi et qu'il obtienne ce dont il a besoin, plutôt que de retourner cette colère envers soi, en se blessant, ou vers l'extérieur au travers de manières qui pourraient s'avérer destructrices envers les relations intimes ou de travail. Dans le contexte de traumatismes développementaux vécus dans l'enfance, la colère peut parfois être un sentiment très difficile à ressentir. Le traumatisme peut *couper le sentiment de colère ou de honte* de l'individu à cause de réactions figées dissociatives, nécessaires pour prendre de la distance concernant la douleur qu'ont provoquée les événements.

Les limites ont besoin d'être enseignées en mettant l'emphasis sur la manière dont on peut les percevoir avec le corps. Bien que la thérapie traditionnelle verbale puisse se révéler très utile afin de créer un récit plus clair en ce qui concerne l'identité de l'individu, le travail avec le corps peut souvent opérer plus rapidement des changements significatifs, changements qui se traduisent bien au travers des nouveaux modes de fonctionnement dans le monde extérieur. Des exercices effectués debout avec une corde disposée sur le sol, en cercle autour du client (qu'il a placée ainsi lui-même), pendant lesquels on s'avance doucement vers lui (des quatre côtés de son corps) peut nous donner une idée de la façon qu'il il répond (en observant sa respiration, ses micromouvements, ses expressions faciales, sa perception de la pression, etc., avec neutralité), ce qui lui apprend à avoir une conscience simple d'une énergie de frontière autour de son corps. D'autres exercices durant lesquels le thérapeute et le client jouent à pousser les mains de l'autre (en étant debout également) et font des mouvements où l'on repousse et où l'on tire en utilisant des expressions verbales telles que « Non », « Va-t'en » et/ou « Viens ici » simulent le stade de rapprochement de l'attachement et peuvent enseigner de nouvelles connexions corps/esprit concernant des vrais besoins du client. Le travail sur les limites peut aussi être exploré sous de nombreux autres angles, tels que les relations intimes ou professionnelles, tels qu'apprendre à écrire des contrats clairs avec les autres, ou peut-être en développant la discipline nécessaire pour organiser et maintenir un style de vie et un environnement organisés.

Le travail de Ben Shapiro se servant d'exercices bioénergétiques où on enroule et déroule le corps en chargeant et contenant peut s'avérer très utile pour les clients souffrant d'un TPB. Développés comme méthode douce pour aider à restaurer les

pulsations énergétiques naturelles, les exercices de Shapiro fournissent une contenance pour construire les limites à l'aide de sensations somatiques. Certains de ces exercices aident à calmer le système, et d'autres aident à le charger ⁵⁷.

Le fait de faire des voyages solo en nature peut faire vivre des expériences qui permettent d'apprendre à compter davantage sur soi-même, ce qui peut créer un espace pour le développement d'une individualisation saine de conscience de soi. Les individus souffrant d'un TPB peuvent avoir une tendance générale à trop se fondre dans les autres et à dépendre d'eux pour initier des événements ou prendre des décisions. Les explorations solo, indépendantes, incluent de simples promenades en pleine conscience dans un parc, des promenades à vélo jusqu'à des parcours isolés en pleine nature, des descentes en canoë ou en kayak. Avec le temps, un individu peut voyager plus longtemps dans la nature, partir en canoë ou camper afin de se lancer un défi personnel et faire l'expérience d'aventures positives où il est seul et indépendant.

Pour terminer, il est souvent utile de développer dans le travail sur la contenance et les limites une connexion personnelle avec une forme de spiritualité capable de transformer des attachements confus ou négatifs en une forme d'attachement stable, aimante et empreinte de compassion dans le cadre du travail de maîtrise de soi ou portant sur les limites. Par exemple, passer d'une expérience d'une mauvaise mère à une forme positive de « Mère Divine » peut être très utile et libérateur.

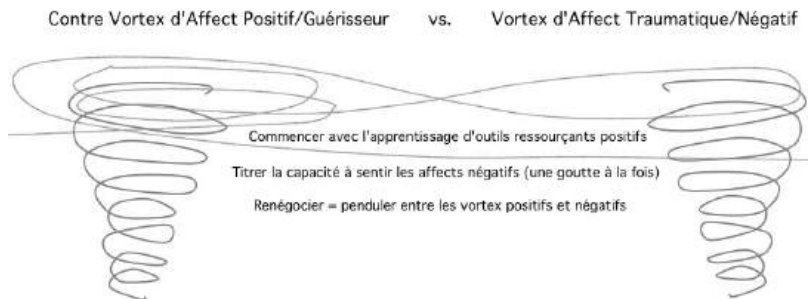
4. Travailler lentement et doucement avec les sensations physiques liées aux protocoles traumatiques : ressourcement, titrage, renégociation, contre-vortex guérisseur/de l'affect positif versus le vortex traumatique/de l'affect négatif (cette section s'inspire grandement du travail de Peter Levine)⁵⁸.

Ressourcement. Il devient important de redéfinir ce que signifie « être dans le corps » afin de pouvoir ressentir et guérir les états d'affect négatif. Les sensations corporelles, la peur, la colère, la honte, l'abandon et/ou le rejet accompagnent souvent en combinaison, les traumatismes ou les blessures développementales de l'enfance. Afin de défaire ces relations négatives, d'abord apprendre dans son corps des expériences de sécurité et de plaisir. Le client doit « repartir à zéro » pour apprendre à contenir, à réguler ou à négocier l'intensité de ses émotions négatives. Cela finira par lui donner une certaine mesure de contrôle et de sécurité lui permettant se sortir par lui-même des états émotionnels et sensoriels négatifs qu'il connaît. Levine appelle cela le **Ressourcement**, et il y a de grandes variétés d'outils qui peuvent être implémentés pour atteindre ce but et se reconnecter à des états d'affect positif⁵⁹.

57 Shapiro, B. (2008) Your Core Energy is Within Your Grasp. *Clin. J. of IIBA*, V18 :65–91

58 Levine, P.A, (1997) *waking the Tiger*, North Atlantic Books

59 Ibid.



Puisque les traumatismes provoquent souvent des symptômes de TSPT, le corps peut rester coincé dans un ou plusieurs états d'affects négatifs. La colère ou la honte sont souvent ressenties comme des sentiments négatifs, mauvais ou inconfortables. Se sentir submergé par trop de sentiments intenses à la fois fait partie de la réponse d'affect de peur. S'il y a traumatisme, la peur crée une réaction de combat, de fuite ou d'immobilité. Lorsqu'on se fige, il y a une sensation d'engourdissement (être présent au cœur du traumatisme, mais être incapable de bouger ou de répondre par le combat ou la fuite) ou une dissociation (lorsque la conscience quitte le corps et qu'il ne reste aucun souvenir de l'événement). Ce sont des mécanismes de protection instinctifs qui gèrent le traumatisme causé par un événement.

Lorsque le corps est coincé dans un état figé, il est possible d'en revenir en traversant doucement les actions physiques de combat ou de fuite dans le corps. Cela permet à l'énergie de se libérer et de circuler à nouveau. **Il peut arriver que des individus soient coincés pendant des années, leur énergie affective gelée, figée, leur torse ou leur colonne vertébrale tordus, avec des trémulations de certaines parties du corps ou une sorte d'engourdissement dans un membre, etc.** Avec le traumatisme, ou avec la honte, la peur qui s'en dégage pousse une partie du Soi à quitter la conscience du corps. C'est également ce qui provoque une douleur émotionnelle ou un inconfort intense qui peuvent déclencher des comportements d'auto-blessure là où la colère apparaît afin d'essayer de créer un changement et qu'elle se heurte à un blocage, ou à l'énergie traumatisée emprisonnée. La colère s'attaque alors au Soi, l'individu se scarifiant pouvant même se rendre jusqu'au suicide.

Dans un corps traumatisé, les sensations physiques peuvent initialement être interprétées comme des sensations négatives. Le sentiment d'être submergé est une réponse liée à la peur. Il n'est pas agréable de se trouver dans le corps, s'il est terrifié. Apprendre comment visualiser et ressentir des sensations positives dans le corps est au centre de l'attention, afin de se réapproprier le travail de régulation émotionnelle du corps et de l'esprit. Des ressources positives peuvent être

utilisées pour créer de nouveaux systèmes afin de permettre au système traumatisé de s'apaiser lui-même et de réguler sa nature submergée. Sous cet angle, les addictions (telles que l'alcool, la cigarette, les drogues, la nourriture, etc.) peuvent être perçues comme des façons de réguler l'affect de forte anxiété et permettre à l'individu de s'apaiser. Si un thérapeute travaille avec un client qui a subi une quelconque forme de traumatisme, lui retirer une addiction prématurément, autrement dit avant que d'autres ressources puissent être introduites, assimilées et se révéler efficaces, fonctionne rarement.

Pour un client avec un TPB, dès que la menace d'automutilation est sous contrôle, le principal objectif est de lui enseigner des techniques pour qu'il puisse s'apaiser seul, afin de gérer le dérèglement de ses affects émotionnels. Les individus souffrant d'un TPB sont extrêmement sensibles et il est très facile de les faire réagir. Leur apprendre qu'ils n'ont pas à se sentir comme des victimes ne contrôlant pas leur labilité émotionnelle leur donne de la force, du pouvoir. En réalité, lorsqu'ils apprennent à contrôler leurs états émotionnels intenses grâce à des nouvelles relations ou à différentes formes d'exercices qu'ils peuvent pratiquer seuls leur donne de l'espoir. Ils peuvent aussi avoir une meilleure compréhension de ce qu'ils peuvent faire pour interrompre de plus en plus rapidement des états émotionnels négatifs de leur système.

Titrage : Réorganisation. Le ressourcement positif doit être enseigné doucement et prend du temps à être assimilé puisque tout sentiment (positif ou négatif) produit une charge d'énergie dans le corps et y crée de ce fait davantage d'oxygène et de vie. Alors, ce qui peut activer une réponse qui submerge le patient, qui peut vite se transformer en panique, en engourdissement ou en dissociation.

Le titrage, autre terme emprunté à Levine⁶⁰, est une pratique standard pour ce genre de travail. Le fait de permettre qu'une goutte à la fois entre dans le système peut réorganiser lentement et en douceur l'expérience originale en vue d'intégrer un sentiment de sécurité dans le corps. Comme Jacqueline Carleton l'explique, il s'agit de « [...] faire une pause pour permettre au système nerveux de commencer un nouveau cycle et d'éviter la régression iatrogénique, liée au traitement, et à répétition. Cela peut être effectué de nombreuses manières : en ressourçant dès le début et, à mesure qu'on avance, en demandant au patient de se concentrer sur le présent, au travers de n'importe lequel des exercices d'enracinement et de stabilisation »⁶¹.

L'étape suivante est de mettre en place de nouvelles ressources d'information qui encouragent le corps et l'esprit à se connecter à des états émotionnels de

60 Yalom, V., Yalom, M. (2010) *Peter Levine on Somatic Experiencing*. www.psychottherapy.net/interview/interview-peter-levine

61 Carlton, J. A. (2009) *Somatic Treatment of Attachment Issues : Applying Neuroscientific and Experimental Research to the Clinical Situation*. CA-SPR (Canadian Society for Psychotherapy Research) Montreal

sécurité, de plaisir et de connexion. Pour l'humain, il est essentiel d'apprendre à calmer son corps rapidement lorsqu'il est envahi par la peur, la colère, l'impuissance ou le désespoir, afin de comprendre comment réguler les états d'affect d'émotions intenses.

Renégociation : Le contre-vortex guérisseur/de l'affect positif versus le vortex traumatique/de l'Affect négatif⁶². À cause d'une sensibilité exacerbée aux états émotionnels négatifs chez l'individu souffrant d'un TPB, le système sera facilement submergé, ce qui pourrait être ressenti comme si l'individu retombait dans les « vieux » (provenant du passé) sentiments : de négativité, de désespoir, d'impuissance, d'annihilation, d'auto-sabotage, de rejet, d'épuisement, d'effondrement, et/ou de contraction. Il se peut alors que la rechute soit ressentie comme si le traumatisme passé ou l'interruption de la stabilité émotionnelle s'était introduits dans la réalité présente. Pour travailler avec un concept de contre-vortex guérisseur/de l'affect positif, il faut avoir un nombre d'outils de ressourcement différents afin de contrebalancer le **vortex traumatique/de l'affect négatif** (Levine 1994).

Une fois que le corps commence à apprendre à se sentir en sécurité et a ressenti à plusieurs reprises le plaisir et le calme, on peut alors permettre à des états émotionnels négatifs plus intenses d'entrer en thérapie afin de les réorganiser. Il s'agit d'un processus appelé **renégociation** (Levine, 1994), travail fondamental pouvant réintroduire une régulation émotionnelle dans un système dérégulé.

Le fait de penduler entre le **vortex traumatique/de l'affect négatif** et le **contre-vortex guérisseur/de l'affect positif** (Levine 1994) permet à une douce amélioration de contenir et de transformer les déclencheurs de ruptures en sensations nouvelles et positives.

L'introduction de l'humour ou d'approches plus légères pour encourager une reconnexion avec le corps peuvent également se révéler extrêmement utiles pour transformer, réduire ou changer les états d'affects négatifs, parmi lesquels des réponses de fuite, de combat ou d'immobilité que peut produire l'essai d'intégrer conscience et émotions. Ce qui permet de développer peu à peu une capacité à moduler d'une manière plus douce l'autorégulation de l'affect avec le corps.

5. Guérir la honte chronique. L'acceptation et le respect de soi sont de vrais antidotes contre la honte. En acceptant le Soi avec ses défauts et ses aspects négatifs (qui incluent la honte, le dégoût et/ou la haine), nous développons une forme de respect de soi qui nous permet de supporter ces sentiments, « *plutôt que de souffrir des conséquences de cette lutte contre eux* »⁶³. Helfaer met l'emphasis sur l'importance de comprendre comment les pôles du Soi idéalisé/auto-dénigré peuvent être

62 Levine, P.A. (1997) *Waking the Tiger*. North Atlantic Books, p. 199

63 Helfaer, P.M. (2007) Shame in the Light of Sex and Self-Respect. *Clin. J. of IIBA*, V17:74

interprétés dans la dialectique du narcissisme à travers le besoin d'être perçu comme spécial (pôle positif), ou sans valeur (pôle négatif)⁶⁴. La saine intégration du Soi positif et négatif développe le respect de soi.

Il faut explorer avec le client ses histoires honteuses, mais aussi ses récits courageux dont il peut être fier. Soutenir un client avec un TPB afin qu'il revendique un récit de son passé honteux l'aide à lier et à reconnecter les parties fragmentées de lui-même en un tout cohésif. Cela doit être fait par un thérapeute avec lequel il a développé un lien de confiance et d'attachement. Utiliser les protocoles traumatiques cités ci-dessus réorganisant les ressources positives à l'intérieur des réactions somatiques de honte, dissout doucement les trous ou les blocages dissimulés que la honte crée dans la conscience fondamentale de soi chez les clients avec un TPB.

En accompagnant les récits de honte d'histoires de courage et de fierté, le thérapeute contribue souvent à restructurer les fragments de l'histoire honteuse grâce à une acceptation bienveillante, qui ne juge pas, modifiant ainsi les réseaux neuronaux du cerveau à l'aide de sentiments positifs. Dévoiler une histoire honteuse d'un client avec un TPB peut doucement transformer sa honte chronique en une conscience de soi plus joyeuse, plus fière ceci grâce au reflet corporel relationnel essentiel que le client rencontre dans le regard attentionné et compassionné du thérapeute qui le « voit » alors qu'il en parle.

Lorsqu'un client partage ses histoires de honte et de fierté devant des groupes, cela permet à la communauté de le voir également avec compassion, avec une compréhension commune importante. Parce que la honte est si souvent cachée du Soi, comme perdue, le fait d'entendre les histoires d'autres membres dans un groupe peut offrir des indices additionnels quant aux parties fragmentées et dissociées manquantes chez un patient avec un TPB. Ce type de travail de groupe a le potentiel de transformer la honte à des niveaux plus profonds et mettre en valeur les parties non-exprimées face à la honte.

En plus, bien que ce ne soit pas du domaine habituel de la psychothérapie, le thérapeute psychocorporel désire aider le client à vivre une vie équilibrée. Il peut se révéler intéressant et complémentaire à la thérapie de recommander de consulter des spécialistes en nutrition ou en pharmacie, spécialisés dans les produits naturels. De nombreux individus avec un TPB sont très sensibles ou intolérants au sucre et/ou à d'autres types de nourriture. Un régime sain et naturel soutient une régulation émotionnelle plus harmonieuse et aide au processus de guérison. En outre, à cause de leur sensibilité exacerbée, ils seront probablement très affectés par les énergies électriques et électromagnétiques, ainsi que par l'alcool et les autres drogues. Ces éléments peuvent constamment déstabiliser leur énergie et les faire entrer dans des états émotionnels négatifs brouillant les énergies du corps et

64 Ibid.

de l'esprit, ce qui a pour résultat une incapacité encore plus grande à se concentrer ou à penser clairement⁶⁵.

Le contre-transfert corporel du thérapeute auprès des TPB

Il existe de nombreuses occasions pour le thérapeute psychocorporel d'être conscient d'enjeux contre-transférentiels ou de contre-transferts somatiques lorsqu'il travaille avec des patients souffrant d'un TPB.

En général, les enjeux de contre-transfert avec de nombreux clients tout autant qu'avec les personnes souffrant d'un TPB peuvent s'adresser aux difficultés suivantes concernant le respect des frontières ⁶⁶ :

- Un thérapeute peut être entraîné dans des comportements sexuels ou plus intimes à cause de limites éthiques mal définies.
- Il se peut que le thérapeute offre des auto-divulgations inappropriées et ne soit pas capable de garder une limite « d'informations personnelles » pour lui-même.
- Les transgressions éthiques peuvent s'accompagner d'un sens de responsabilité exacerbé pour le client, essayant de résoudre des problèmes qui ne le regardent pas.

Avec les clients souffrant d'un TPB, il peut y avoir quelques problèmes de contre-transfert additionnels⁶⁷ :

- Le thérapeute peut être happé, relâchant ses limites professionnelles, et devenir trop impliqué avec leur patient souffrant d'un TPB.
- Le thérapeute peut être manipulé afin de donner au client une attention particulière parce qu'il est perçu comme spécial, ainsi que pour repousser les réponses colériques du patient.

Le thérapeute peut commencer à développer des limites trop flexibles en dépassant le temps imparti pour la séance, en permettant des coups de téléphones excessifs et supplémentaires, en envoyant des courriels ou des messages entre deux séances, en repoussant le paiement ou en ne faisant pas payer ses honoraires. Il peut s'agir d'un processus complexe pour un thérapeute que d'annoncer clairement ce qui lui appartient et ce qui appartient à son client. Bien que cela soit vrai de ma-

65 Cryns, Ingrid (2012) EMF & Radiation FAQ's. www.somaeearth.com/emf-radiation-faqs/

66 Lane, C. (2015) *Borderline Personality Disorder*. www.toddlerstime.com/dx/borderline/bpd-ekleberry.htm

67 Ibid.

nière générale, cela peut se produire plus souvent avec des patients souffrant d'un TPB à cause de leur propre manque de clarté au niveau de leurs limites personnelles. Selon la gravité de leurs blessures, un thérapeute professionnel peut avoir besoin de soutien supplémentaire en travaillant sur le contre-transfert sous supervision personnelle, ou en cherchant du soutien dans sa propre thérapie et/ou en supervision de groupe.

Un problème significatif de contre-transfert peut apparaître quand un psychothérapeute ressent des sentiments alternés de peur, de colère, de désespoir qui existent chez le client avec un TPB mais qui sont dissociés de leur conscience. Cela peut être ressenti d'un point de vue somatique, dans le corps du thérapeute, pendant ou entre les séances.⁶⁸ Afin d'être en mesure de répondre efficacement à un client avec un TPB, il est important pour le thérapeute de devenir conscient de sa propre histoire avec le désespoir ou la colère, et de comprendre clairement comment ces états émotionnels se manifestent physiologiquement pour lui ou la façon dont ils peuvent être agis.

« Ils [les clients souffrant d'un TPB] peuvent provoquer des sentiments de désespoir et de colère chez la personne qui s'occupe d'eux. Il est, dès lors, vital de fixer et renforcer des limites afin que le thérapeute puisse rester impliqué, compatissant, stable et cohérent (Oldham, 1990, p. 306). Sperry (1995, pp. 65–66) mentionne quatre points qui font consensus lorsque l'on s'occupe d'individus avec un TPB :

- Le thérapeute doit activement identifier, confronter et diriger les comportements du client ;
- L'environnement thérapeutique doit être stable ;
- Le client avec un TPB doit apprendre à connecter ses actions à ses sentiments ;
- Les comportements autodestructeurs doivent être rendus dévalorisants ;
- Les sentiments de contre-transfert doivent faire l'objet d'une attention particulière. »⁶⁹

Le déclenchement contre-transférentiel de la colère chez le thérapeute est un affect avec lequel il est difficile de travailler. Il se peut que le client veuille « jouer » à générer des conflits sans se rendre compte. À cela, il y a deux façons de réagir. La première est le désir naturel de responsabiliser le client. La seconde est de mettre davantage l'accent sur ce qui est présent dans son corps, comme thérapeute, en termes de concentration et d'intensité, afin de maintenir une connexion, d'être plus présent à soi, plutôt que de s'en déconnecter. Afin de travailler avec ceci, il

68 Ibid.

69 Baum, S. (2007) *Living On Purpose : Reality, Unreality and the Life of the Body*. *Clin. J. of IIBA*, V17 :178–182

est important de se centrer sur soi-même et simplement de ne pas réagir à l'autre. Ainsi, commençant par vous, vous avez la possibilité de diminuer votre tension, de vous centrer rapidement sur le client, d'accepter son point de vue différent du vôtre. Vous allégez les énergies conflictuelles en présence.

La meilleure façon de travailler avec les états alternés de colère et de désespoir est de commencer par nommer peu à peu les états émotionnels présents dans *votre* corps et demander au client s'il ressent quelque chose de similaire dans *son* corps. Il est important de le faire à plusieurs reprises puisqu'il est probable qu'il se déconnecte ou se dissocie de sa capacité à ressentir cet état au début. Préparez-vous à faire face au déni quand vous commencez, et ne vous laissez pas arrêter. En ce qui concerne l'état d'impuissance, **il suffit de le nommer lorsqu'il se présente, de ne pas montrer votre propre peur, de ne pas être envahi de panique ou happé par le désespoir devant le blocage. Il est important d'être capable, comme l'est la mère ou le parent, de « souligner » les sensations corporelles et les sentiments les reflétant le plus fidèlement possible ceci à l'aide de votre voix, de vos tonalités et de votre langage corporel. Cela permettra au client d'être simplement présent à cet état de désespoir à l'intérieur de lui sans se juger au travers d'une honte défensive ou dissociée.** Ainsi, vous l'invitez, à l'aide de douces techniques d'auto-guérison, à ressentir de nouveau sécurité et plaisir, et à se ramener à un état émotionnel positif dans le corps.

Un client avec un TPB peut créer chez son thérapeute « [...] *un maelström de sentiments de mort, de vide, de désespoir ou de terreur dont on ne peut s'échapper* »⁷⁰. Scott Baum parle du concept de « meurtre de l'âme » comme effet direct de la terreur dans le corps qu'un patient avec un TPB peut ressentir suite à la formation précoce d'un traumatisme relationnel développemental durant l'enfance. Il le décrit comme un sentiment direct d'annihilation qui donne l'impression d'être un « mort vivant » à l'intérieur. Baum considère qu'il est essentiel pour le thérapeute de demeurer présent lors de ces états émotionnels négatifs terribles et intenses (parmi lesquels on retrouve également l'impuissance, l'abandon, le rejet, la honte, le dégoût, la haine, etc.). Il est important d'être en mesure de nommer et de valider ces affects négatifs et d'affirmer la vérité réelle du sentiment d'agonie qu'ils produisent. Ceci donne au client une nouvelle occasion d'apprendre comment émerger de ces affects négatifs et de parvenir à une connexion positive entre le Soi et l'autre, à l'aide d'une relation transformationnelle de guérison avec son thérapeute.

Voici une liste des différents états émotionnels qui peuvent être ressentis somatiquement par un thérapeute comme une réalité contre-transférentielle potentielle avec un client qui a un trouble de la personnalité borderline. Il est important d'être très familier avec ces différents états et la sensation qu'ils procu-

70 Baum, S. (2007) Living On Purpose : Reality, Unreality and the Life of the Body. *Clin. J. of IIBA*, V17 : 178–182

rent dans le corps du thérapeute, afin que lorsqu'ils sont ressentis par le client, le thérapeute puisse saisir des indices sur ses propres états vécus au plan corporel, ce qui augmente la connaissance des sentiments que le client ressent. S'appropriant ses propres états émotionnels somatiques, ces indices peuvent être explorés par le thérapeute, se réappropriant ce qui lui appartient, c'est-à-dire ses états somatiques personnels liés à l'affect émotionnel. La supervision avec un thérapeute bioénergéticien ou d'orientation psychocorporelle, peut grandement l'assister dans ce processus.

La colère

Les clients avec un TPB peuvent souvent ressentir de la colère et de l'agressivité. Ils peuvent également nier leur auto-sabotage ou leur colère et créer une dynamique où ils poussent les autres à exprimer leur propre colère. Une réponse honteuse peut être facilement déclenchée, et peut être déviée vers la colère, la reléguant ainsi à une émotion secondaire, afin de se protéger et éviter de se sentir mal à propos d'eux-mêmes. Ces clients peuvent se montrer très destructeurs, et leur colère peut devenir hors de contrôle avec très peu de régulation de l'affect pour modérer certaines situations si nécessaire. Leur agressivité massive peut être interprétée comme une colère sous-jacente, chronique et inconsciente envers l'absence, l'abandon et/ou le rejet du parent qui fut la première personne à s'occuper d'eux.

En tant qu'émotion secondaire, d'autres douleurs émotionnelles comme **la peine, la peur ou la honte** peuvent se dissimuler sous la colère. Cette colère peut aussi coexister avec une ou plusieurs de ces émotions secondaires. C'est parfois le cas, mais cela complique l'identification de la vraie source de cette colère et de ce que *ce message véhiculé par la colère* peut essayer d'exprimer chez le client. Le corps essaie de trouver un certain équilibre. La colère peut parfois être considérée comme une information émise par le corps concernant un besoin qui n'est pas clairement identifié.

La colère se manifeste généralement parce que nous **n'obtenons pas ce que nous voulons**. Nous voulons que quelque chose change afin d'être soulagés d'un inconfort émotionnel négatif dans notre corps. La colère peut déclencher des choses. Elle peut être un élément de changement accompagné d'une dépense d'énergie. Certaines personnes apprennent que, avec la colère, il y a une force qui peut les *amener* à obtenir ce qu'ils veulent.

Leur apprendre l'introspection peut mettre en route le processus d'assouplissement des blocages que le message véhiculé par la colère crée à l'intérieur du corps. Les questions que l'on peut poser pour aider un client sont :

Qu'est-ce que je retiens à l'intérieur ?

À quoi est-ce que je me retiens ?

De quoi ai-je besoin ici ?

Qu'est-ce que je n'obtiens pas ?
De quoi ai-je peur ?
Qu'est-ce que j'essaie d'éviter de voir ou de ressentir ?
De quelle chose ou sentiment est-ce que j'essaie de me cacher ?

Afin de gérer les contre-transferts somatiques, il est utile d'être capable de lire les expressions inconscientes de colère que notre corps laisse transparaître. En se concentrant uniquement sur l'affect de la colère, son expression dans le corps peut être perçue au travers la tension ou la contraction de tissus et de muscles. Il existe de multiples variations de ces signes, comme par exemple rougir (les tissus de la peau rougissent sous l'afflux sanguin et sont contractés), froncer le visage (les muscles de la bouche tirés vers le bas, contractés), crier (les muscles de la gorge se tendent), et/ou balancer les bras pour frapper (les muscles des bras et les mains se tendent et se contractent).

Un individu peut cacher, réprimer ou supprimer un affect de colère de nombreuses façons : tendre les muscles des épaules, contracter la mâchoire, serre les poings, taper du pied, ou se sentir agité. Les symptômes du syndrome du côlon irritable peuvent être provoqués par des tensions dans les intestins liées à des sentiments de peur ou de rancune⁷¹. La médecine traditionnelle chinoise suggère que les problèmes de foie peuvent être provoqués par un déséquilibre induit par la colère, et les problèmes de vésicule biliaire pourraient être liés à un sentiment de rancune ou de colère⁷². Les irritations de la peau (eczéma), l'inflammation des muscles ou l'arthrite peuvent être des expressions somatisées de la colère ou de la rage. De cette manière, la colère peut être somatisée dans le corps sans que l'esprit n'ait même conscience de son existence.

Il est également utile d'établir un lien stable de confiance avec un client souffrant d'un TPB, et de créer des ressources positives de reconnexion avant de défier les stratégies défensives de la boucle continue de la colère. Pour commencer à démêler la complexité de leurs états émotionnels négatifs, soyez conscient que leur défense au travers de la colère leur a permis de survivre jusqu'à la thérapie. Cela peut aussi s'avérer utile pour leur expliquer que cette colère essaie de les protéger de ce qui s'est passé avant, mais qu'il est temps de la laisser partir, de la réorganiser et de la transformer afin d'être plus efficace dans leur vie actuelle.

Il est crucial de comprendre comment travailler avec la très forte sensibilité d'un client avec un TPB. Craignez-vous de déclencher chez votre client un état de colère ou de rage au moindre mot ? Essayez de ne pas être sur la défensive. Retirez-vous, faites quelques exercices subtiles de respiration durant la séance pour reve-

71 Rogers, M., McKay, D.J. (2003) *When Anger Hurts : Quieting the Storm Within*. New Harbinger Publications, p. 27

72 Cutler, N. (2011) *Anger Inflames Liver Disease*. www.liversupport.com/anger-inflames-liver-disease/

nir à votre propre présence corporelle. Concentrez-vous sur le fait de refléter leur état de colère sans jugement au travers de vos expressions faciales ou du ton que vous employez. Montrez votre préoccupation et répétez leurs mots ou expliquez leurs réactions corporelles liées à l'état de colère. Aidez-les à faire le lien entre les états observés et ce qu'ils essaient d'exprimer au travers d'elle. Soyez cohérent et clair en ce qui concerne vos limites, ce dont vous avez besoin pour être en sécurité, et maintenez ces limites. Ils ont besoin de sentir vos limites pour se sentir en sécurité eux-mêmes.

L'abandon

Les clients rateront peut-être des rendez-vous ou trouveront difficile de rester présents et concentrés durant les séances. Remarquez-vous qu'ils s'interrompent, se figent ou s'absentent pendant quelques secondes alors qu'ils sont en train de parler ? C'est un signe de dissociation qui peut également être considéré comme un abandon d'eux-mêmes. Il s'agit d'une réflexion sur ce qui leur a été fait par le passé et ce qui se passe à l'intérieur d'eux-mêmes à l'instant présent.

Leurs expressions somatiques d'abandon sont la manifestation d'une déconnection de la conscience de soi. C'est un sentiment d'extrême solitude et d'isolement. Vous (ou votre client) pouvez ressentir comme si vous étiez dans un état de rêve, ou déraciné dans la conscience de vous-même ou dans votre corps. Il se peut également que vous ne ressentiez rien du tout dans votre corps, ce qui est souvent un signe important de dissociation chez le client. La colère peut également répondre à l'abandon. Cependant, en ce qui concerne les traumatismes développementaux précoces, la colère de l'enfant peut n'avoir reçu aucune réponse, auquel cas elle devient dissociée chez le client adulte et est dès lors plus facile à ressentir dans le corps du thérapeute.

Vérifiez et demandez-vous si vous vous sentez irrité par leur abandon, leur dissociation ou par le fait que vos patients nient leurs problèmes ? Ressentez-vous consciemment la colère dissociée de vos clients (d'avoir été abandonné) ? Ou, au contraire, ne ressentez-vous rien ou avez-vous l'impression d'être seul durant la séance avec ces clients, essayant peut-être trop de les amener à faire quelque chose ? Si c'est le cas, il se peut que vous soyez en présence d'états fragmentés, d'abandon chez vos clients.

L'annihilation

L'annihilation donne l'impression que la personne que vous êtes ou que votre point de vue n'existent pas. Vous avez l'impression d'être invisible, que personne ne vous écoute, que personne ne vous voit. Le client peut se sentir comme un fantôme dans un corps invisible. Il s'agit là d'un sentiment tellement intolérable et terrifiant que la plupart des personnes s'en dissocient. L'annihilation a des

états somatiques similaires à l'abandon avec pratiquement aucun sentiment dans le corps. En tant que thérapeute, avez-vous l'impression de ne pas exister aux yeux de votre client, ou que votre travail/votre influence semble avoir peu ou aucun impact sur ses progrès ? Si c'est le cas, il se peut que vous soyez en présence d'un client dans un état d'annihilation.

L'égarement et de confusion

L'égarement est un sentiment où l'on se sent perdu ou confus en ce qui concerne ce que l'on est censé ressentir ou ce qui se passe. Le sentiment de confusion peut être provoqué par des sentiments constants d'étouffement ou par trop d'émotions. Ceci peut être expérimenté comme une sorte d'état de choc. Vous (ou le client) vous sentez rêveur, en dehors de la réalité. Les yeux du client peuvent être écarquillés, comme dans un état de surprise ou de frayeur, ou bouger sans cesse, essayant de comprendre quelque chose qu'il n'est pas en mesure de saisir. Le corps peut aussi se sentir engourdi, ou ne rien ressentir du tout, se dissociant ainsi d'états émotionnels variés et trop troublants. Dans ce cas, en tant que thérapeute, êtes-vous incapable d'être conscient de ce qui se passe dans votre corps lorsque vous êtes avec ce client ? Ou encore, vous sentez-vous coincé, égaré ou désorienté lorsque vous êtes avec lui ? Est-ce que votre client vous fait vous sentir un peu fou (en passant par de nombreux états émotionnels différents, sans cesse et très rapidement) ? Si c'est le cas, il se peut que vous soyez en présence d'un client dans un état d'égarement ou de confusion.

Le désespoir

Il se peut que vous vous sentiez démuni quant à savoir quoi faire ou comment répondre à votre client lorsqu'il est coincé dans un état de désespoir. La capacité à demeurer présent à un patient souffrant d'un TPB lorsqu'il expérimente un sentiment de désespoir intense peut s'avérer très difficile pour la plupart des gens. Peut-être avez-vous envie d'arrêter de travailler avec ce client ? Ou avez-vous l'impression que vous ne pouvez plus rien faire pour lui ? Si c'est le cas, il se peut que vous soyez en présence d'un client désespéré aux prises avec un profond état d'impuissance.

Êtes-vous familier ou êtes-vous capable de rester présent à cet endroit intérieur où se vit votre propre désespoir ? Êtes-vous en paix avec ce lieu, l'avez-vous consciemment accepté en tant que partie intégrante de vous et de la condition humaine ? Êtes-vous capable de vous asseoir avec d'autres personnes, acceptant et ressentant de la compassion et/ou ayant de l'espace pour cet état émotionnel ? La thérapie personnelle du thérapeute au cours de laquelle il explore ces états d'affect intenses et difficiles peut se révéler utile ou nécessaire pour soutenir ce travail profond avec les autres.

Le dégoût

L'affect de dégoût remonte des profondeurs du ventre et il peut donner une impression de nausée ou d'être sur le point de vomir. La bouche peut se froncer, le visage se rider, se crispier, la langue légèrement sortir, mimant ainsi le réflexe de régurgitation. Le nez peut se plisser un peu comme si on sentait quelque chose de mauvais. Le dégoût est lié à l'aversion pour soi ou à la haine au centre de soi. Peut-être n'aimez-vous pas votre client ou détestez-vous travailler avec lui ? Ou peut-être savez-vous simplement que vous vous sentez mieux que ce client. Vous sentez-vous supérieur à lui ? Quelque chose chez le client vous dégoûte ? Si c'est le cas, il se peut que vous soyez en présence d'un client dans un état de dégoût de lui-même.

La peur/le sentiment d'être submergé/la terreur

L'affect de peur possède un continuum d'expression qui va du sentiment d'être légèrement submergé par les émotions, en passant par une anxiété moyenne, des attaques de panique occasionnelles, des peurs variées et des phobies, à une terreur extrême. La peur a pour effet le retrait de l'énergie de la périphérie du corps vers le centre du corps entourant les organes et les viscères. L'image d'un état de peur complet est celle du corps couché, recroquevillé sur lui-même en position fœtale. Le corps et la conscience de soi se contractent tous les deux. Précédent cet état, le corps s'est mis en état de combat, de fuite ou d'immobilité. Lorsque la contraction est complète, le corps est figé et peut alors se dissocier des états émotionnels.

La terreur est un sentiment de peur plus intense, celui de nous effondrer et de perdre le contrôle. Cet état peut provoquer un dérèglement émotionnel complet.

À nouveau, utilisez votre conscience somatique à la recherche d'indices sur l'état du client. Une peur dissociée ou peut-être une raideur ou une sensation de constriction dans votre corps ou dans le corps du client quand vous l'observez ? Il peut parfois être envahissant d'être avec un client avec un TPB car leurs états d'affect intenses et leur humeur labile peuvent constituer un véritable défi pour la plupart des gens. Avez-vous envie de crier à l'intérieur de vous-même lorsque vous êtes en présence de votre client ou pouvez-vous ressentir ses propres cris intérieurs de peur/terreur ? Si c'est le cas, il se peut que vous soyez en présence d'un état de peur/terreur chez votre client.

L'auto-sabotage

L'auto-sabotage est une forme de colère inconsciente que les patients agissent et qui finit par les blesser. L'auto-sabotage prend place lorsque l'énergie de colère implose et qu'elle est redirigée vers l'intérieur (faisant partie d'une réponse de honte), et, que sans le savoir, elle finit par blesser ou détruire quelque chose pour

le patient. Cela se produit lorsque la colère est déformée ou réprimée et qu'elle ne fonctionne pas de manière constructive pour aider le patient à obtenir ce qu'il désire. L'auto-sabotage questionne davantage les actions nocives du client plutôt que leur expression somatique. Cependant, les comportements qui causent du tort, comme se blesser soi-même, s'automutiler, sont une forme somatique de nuisance au corps alors que la colère implose et qu'elle est dirigée vers l'intérieur.

Avez-vous la sensation d'être en colère avec vous-même pour avoir fait une erreur avec votre patient ? Ou peut-être laissez-vous paraître de l'irritation ou avez-vous échappé une remarque critique envers lui ? Peut-être avez-vous fait une erreur parce que vous vous sentiez envahi par l'intensité de sa colère ou de ses peurs. Si c'est le cas, il se peut que vous soyez en présence d'un client dans un état d'auto-sabotage.

La rage

La rage est une émotion différente de la colère. Sous la rage se cache le désespoir. Si elle est pleinement exprimée, les sentiments corporels peuvent devenir complètement déréglés. La rage peut aussi être liée à la terreur. Il s'agit d'une expression de l'instinct de survie provenant d'un passé lointain. L'expression somatique de la rage est un cri qui traverse le corps tout entier. Pour soutenir les clients lorsqu'ils expriment leur rage, vous devez leur permettre d'être soutenus par votre présence, afin qu'ils puissent la démonter par des cris de douleur et trouver un endroit de paix après l'avoir laissé s'échapper de leur corps.

Un peu comme pour la peur, pouvez-vous sentir un cri dans le corps de votre client ? En tant que thérapeute, avez-vous envie de hurler lorsque vous êtes avec votre client ? Est-ce que votre client vous fait parfois vous sentir tellement en détresse que vous ressentez l'envie de crier ? Si c'est le cas, il se peut que vous soyez en présence d'un client qui se débat dans un état de rage dissocié.

Le rejet

L'expérience physique du rejet est vraiment intense et la plupart des gens ne veulent pas ressentir cet état émotionnel négatif. Un client peut avoir l'impression de ne pas pouvoir respirer ou d'être en train d'étouffer. Il peut avoir l'impression que son cœur est déchiré en deux ou brisé en mille morceaux, ou que son corps s'émiette et que tous ses muscles sont secoués de spasmes. Cela peut être semblable à la douleur d'un coup de couteau affuté, ou à une claque au visage.

Avez-vous l'impression de juger, ou ressentez-vous du dédain ? Est-ce qu'il vous arrive d'accidentellement faire se sentir mal ou incorrect votre client durant une séance ? Êtes-vous conscient de votre propre histoire ou de vos sentiments concernant le rejet dans l'histoire de votre conscience somatique ? Il se peut que votre client soit dans un état aigu ou chronique de rejet, coexistant probablement avec des états de honte et/ou d'abandon.

La honte

Comme expliqué précédemment, l'effet physique de la honte peut être observé : la tête subtilement tournée vers le bas, les yeux baissés, le contact visuel évité.

Faites-vous des erreurs embarrassantes, ou avez-vous l'impression que vous ne pouvez jamais rien réussir avec votre client ? Il peut être interpellant de se connecter avec la honte dans le contre-transfert somatique du thérapeute. Si vous êtes familier avec les états somatiques de votre propre histoire avec la honte, il sera plus facile pour vous d'identifier ce que vous ressentez lorsque vous travaillez avec votre client. La honte que vous ressentez peut être la vôtre ou appartenir à votre client qui se trouve dans un état de honte dissocié.

Résumé des enjeux cliniques de contre-transfert

Pour nous psychothérapeutes, il peut être vraiment soutenant d'utiliser une approche plus corporelle lorsque l'on travaille avec des clients avec un TPB. L'autorégulation peut être enseignée, à l'aide de la conscience des sensations corporelles, à les lier aux expressions physiologiques des émotions, puis de là aux schémas conscients de la pensée. Les signes non verbaux se révèlent être des portes d'entrée pour la compréhension de ce que le corps tente vraiment d'exprimer au travers des schémas physiques traumatiques. Il est également important de laisser le client mener le processus avec sa capacité à rester présent durant le travail (et donc ne pas se dissocier), et de le laisser gérer le lent travail de récupération de la conscience des sensations corporelles. Le fait de prendre le temps de comprendre la neurobiologie de l'attachement et de chercher la manière dont la création de liens peut être restructurée à l'aide de contacts visuels, de présence, d'un reflet authentique du Soi du client, de la sensation de sécurité, de touchers doux et empreints de compassion et/ou de contacts respectueux dans le cadre d'un travail de régulation de l'affect, constitue un vrai soutien pour le thérapeute. La réparation à l'aide de la resynchronisation somatique est possible, et elle rétablit une confiance de base, une régulation émotionnelle et une saine maturation du Soi⁷³.

Parvenir à la guérison d'un système dérégulé nécessite la capacité d'apprendre à avoir confiance, qu'en laissant les clients aller dans des états émotionnels négatifs intenses, ils seront naturellement capables de revenir dans un état plus régulé. Ils peuvent devenir profondément dérégulés (par exemple, avoir des révisions, s'effondrer). Cependant, se servant des compétences de ressourcement

73 Bentzen, M. (2015) *Shapes of Experience : Neuroscience, Developmental Psychology, and Somatic Character Formation. The Handbook of Body Psychotherapy and Somatic Psychology*, North Atlantic Books

positif qu'ils ont pratiquées, ils apprennent ce qu'est la sécurité et comment être confiants en leur capacité à revenir à nouveau en un lieu de régulation cohérente. Cela leur permet de construire lentement une contenance plus forte de leur estime d'eux-mêmes, et de la transformer en un tout, nouveau et intégré, qui inclut et transforme doucement l'intensité du dérèglement de leurs états émotionnels négatifs.

La relation authentique et directe avec le psychothérapeute est aussi un élément important pour la guérison d'un lien d'attachement brisé précoce de clients avec un TPB. Il peut être utile pour le praticien de refléter à ses clients qu'un conflit peut parfois être une occasion de réparer une rupture ou une boucle de déconnexion du passé, et de grandir à l'intérieur d'une connexion plus cohérente et permanente avec leur Soi dans le présent. Apprendre à réparer la confiance perdue avec « l'autre » et la regagner à l'intérieur de leur Soi, est un pas significatif vers la construction de nouveaux réseaux neuronaux dans leur cerveau, ce qui se traduit par une conscience de soi plus forte, plus solide et contenue. Le fait d'apprendre à ne pas se perdre dans un cycle de déconnexion, et de savoir au contraire qu'ils peuvent au besoin se relever et revenir, encore et encore, est une importante et significative nouvelle expérience qu'ils peuvent cultiver à l'intérieur des aspects relationnels du travail avec leur thérapeute.

Il est important de trouver un soutien thérapeutique qui inclut certains entraînements de régulation de l'affect somatique et/ou de la conscience de leurs traumatismes chez les personnes souffrant de TSPT⁷⁴. Ce travail peut également, doucement, modifier le poids des autoaccusations qui souvent s'insinuent chez les clients présentant un TPB. Ne voyant pas leurs problèmes ou leur faute comme les isolant, ce travail peut changer leur expérience chronique d'impuissance ou de victimisation en une d'accroissement du pouvoir sur soi.

Résumé

Cet article résume des définitions du TPB ou trouble de la personnalité borderline. Il décrit également certaines caractéristiques uniques des ressentis des personnes souffrant de ce trouble. Il compare les caractéristiques parfois complexes et co-existantes de certains autres troubles tels que le TPN ou trouble de la personnalité narcissique, le TB ou trouble bipolaire, le TSPT ou trouble de stress post-traumatique, et le TDAH ou trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, de manière à plus facilement différencier ces troubles. Cet article décrit les affects somatiques de honte chronique tels que le dégoût, l'abandon et le rejet, ainsi que la manière de les traiter en thérapie. Un modèle intégré de gué-

74 Ford, J.D., Courtois, C.A. (2014) Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. BioMed Central Ltd.

raison du TPB y est également présenté. Ce modèle inclut une vaste gamme de concepts depuis des protocoles d'expériences somatiques jusqu'au développement de capacité de contenir qui devient acceptable et de régulation d'affect. Pour terminer, cet article se penche sur l'aspect complexe du contre-transfert, à l'aide de la propre conscience somatique du thérapeute et la manière de travailler avec cette conscience afin d'être plus efficace lorsque celui-ci travaille avec un client souffrant d'un TPB.

Références

- Andrade, J., & Feinstein, D. (2004) Energy Psychology : Theory, Indications, Evidence. In D. Feinstein, *Energy psychology interactive*, Innersource, Appendix 199–214
- Aung, S. K. H., Heather, F., & Hobbs, R. F. (2013) Traditional Chinese Medicine as a Basis for Treating Psychiatric Disorders : A Review of Theory with Illustrative Cases. *Medical Acupuncture*, Mary Ann Liebert, Inc.
- Baum, S. (2007) Living On Purpose : Reality, Unreality and the Life of the Body. *Clin. J. of IIBA*, V17
- Bentzen, M. (2015) Shapes of Experience : Neuroscience, Developmental Psychology, and Somatic Character Formation. *The Handbook of Body Psychotherapy and Somatic Psychology*, North Atlantic Books
- Berceli, D. (2005) *Trauma Releasing Exercises (TRE) : A revolutionary new method for stress/trauma recovery*. Book Surge Publishing. www.traumaprevention.com
- Carlton, J. A. (2009) *Somatic Treatment of Attachment Issues : Applying Neuroscientific and Experimental Research to the Clinical Situation*. CA-SPR (Canadian Society for Psychotherapy Research) Montreal www.jacquelineacarltonphd.com/text/pdfs/somatictreatmentofattachmentissues.pdf
- Chapman, A. L. (2006) *Dialectical Behavior Therapy, Current Indications and Unique Elements*. Psychiatry, Edgemont
- Clauer, J. (2012) Neurobiology and Developmental Aspects of Grounding. *Bioenergetic Analysis, Clin. J. of IIBA*, V21 :38–40
- Conger, J. (2001) The Body of Shame : Character and Play. *Clin. J. of IIBA*, V12 : 71–85
- DeYoung, P. A. (2015) *Understanding and Treating Chronic Shame : A Relational/Neurobiological Approach*. Routledge
- Distal, M., Rebollo-Mesa, I., et al (2009) Familial Resemblance of Borderline Personality Disorder Features : Genetic or Cultural Transmission ? *PLoS ONE* V4(4) : e5334. DOI : 10.1371/journal.pone.0005334
- Feinstein, D., & Eden, D. (2008) *Six pillars of energy medicine : Clinical strengths of a complementary paradigm*. *Alternative Therapies*, V14(1) : 44–54. www.innersource.net/em/107-resources/publishedarticles/283-sixpillarsofem-dp1.html
- Ford, J. D., Courtois, C. A. (2014) *Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder*. BioMed Central Ltd. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579513/
- Ford, J. D., Russo E. (2006) Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction : trauma adaptive reco-

- very group education and therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy* V60 (4) : 335–55
- Gunderson, J.G., Hoffman, P.D. (2005) *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Publishing, Inc. ISBN 978-1-58562-135-4
- Helfaer, P.M. (2007) Shame in the Light of Sex and Self-Respect. *Clin. J. of IIBA*, V17 : 57–79
- Kaess, M., Brunner, R., Chanen, A. (2014) Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, V134 (4) www.pediatrics.aappublications.org/content/134/4/782
- Linehan M. (1993) *Cognitive Behavior Therapy of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press
- Levine, P.A. (1997) *Waking the Tiger*. North Atlantic Books. www.traumahealing.org
- Levitt, J.T., Cloitre, M. (2005) A clinician's guide to STAIR/MPE : Treatment for PTSD related to childhood abuse. *Cognitive and Behavioral Practice* V12 (1) : 40–52. DOI: 10.1016/S1077-7229 (05) 80038-0
- Maley, M. (2002) *Bioenergetic Fundamentals, A Self-Exploration Manual*. Body Smart Publications
- Mason, P., Kreger, R. (2010) *Stop Walking on Eggshells*. New Harbinger Publications
- Matthies, S.D., Philipsen, A. (2014) Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD) : Review of Recent Findings. McGraw, A. P. DOI : 10.1186/2051-6673-1-3
- Nathanson, D.L. (1994) *Pride and Shame, Affect, Sex and the birth of Self*. Norton & Co. Ltd.
- Ortnr, N. (2014) *The Tapping Solution*. Hay House Inc. 8th Ed.
- Pederson, L. (2015) *Dialectical Behavior Therapy : A Contemporary Guide for Practitioners*. Wiley-Blackwell
- Resneck-Sannes, H. (2002) Psychobiology of Affects : Implications for a Somatic Psychotherapy. *Clin. J. of IIBA*, V13 : 111–122
- Rogers, M., McKay, D.J. (2003) *When Anger Hurts : Quieting the Storm Within*. New Harbinger Publications
- Schroeter, V. (2009) Borderline Character Structure Revisited. *Clin. J. of IIBA*, V19 : 31–51
- Shapiro, B. (2008) Your Core Energy is Within Your Grasp. *Clin. J. of IIBA*, V18 : 65–91
- Stepp, S.D. (2011) Children of Mothers with Borderline Personality Disorder : Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention. *Personal Discord* V3 (1) : 76–91 DOI : 10.1037/a0023081
- Urich, F.L. et al (2014) *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation : Towards an Embodied Self*. Springer Publishing Company
- Van Gelder, K. (2010) *The Buddha and the Borderline : My Recovery from Borderline Personality Disorder through Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Publications
- Wallen, D.J. (2007) *Attachment in Psychotherapy*. Gilford Press
- Warren C, et al. (2012) *Too close for comfort, or too far to care ? Finding humor in distant tragedies and close mishaps*. Psychological Science Journal, Sage Publications. ISSN 1467-9280 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22941877
- Wolke, D, Schreier A, et al. (2012) Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age : A prospective study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. V53(8) :846–855 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22380520>

Articles en ligne

- Borderline Personality Disorder*. www.outofthefog.website/personality-disorders-1/2015/12/6/borderline-personality-disorder-bpd
- Borderline Narcissistic Personality Disorder Differences*. www.clearviewwomenscenter.com/borderline-narcissistic-personality-disorder-differences.html
- Borderline Personality Disorder Quotes*. www.healthypace.com/insight/quotes/borderline-personality-disorder-quotes/
- Cryns, Ingrid (2012) EMF & Radiation FAQ's. www.somaeearth.com/emf-radiation-faqs/
- Cutler, N. (2011) *Anger Inflames Liver Disease*. www.liversupport.com/anger-inflames-liver-disease/
- Formica, M. J. (2008) *Understanding Constancy in Relationship*. www.psychologytoday.com/blog/enlightened-living/200805/understanding-constancy-in-relationship.
- Lane, C. (2015) *Borderline Personality Disorder*. Psyweb.com.www.toddlerstime.com/dx/borderline-bpd-ekleberry.htm
- Marahi, A. J. (2008) *Power and Control Struggles in Borderline Personality Disorder*. www.borderlinepersonality.typepad.com/my_weblog/2008/07/power-and-contr.html
- Neale, S. (2016) *Stop Walking on Eggshells : Taking Your Life Back When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder*. www.psychcentral.com/lib/stop-walking-on-eggshells-taking-your-life-back-when-someone-you-care-about-has-borderline-personality-disorder/
- Sarkis, S. (2011) *Borderline Personality Disorder: Big Changes in the DSM-5*. www.psychologytoday.com/blog/here-there-and-everywhere/201112/borderline-personality-disorder-big-changes-in-the-dsm-5
- Weill Cornell Medical Center (2007) *Brain Abnormalities Underlying Key Element Of Borderline Personality Disorder Identified*. www.sciencedaily.com/releases/2007/12/071221094757.htm
- Williams, K. (2016) *I Hate You, Don't Leave Me : Understanding the Borderline Personality*. www.psychcentral.com/lib/i-hate-you-dont-leave-me-understanding-the-borderline-personality/
- Yalom, V., Yalom, M. (2010) Peter Levine on Somatic Experiencing. www.psychotherapy.net/interview/interview-peter-levine

Biographie de l'auteure

Ingrid Cryns a un cabinet privé à Toronto, Newmarket et Zephyr, Ontario. Elle est certifiée thérapeute bioénergéticienne depuis 2004. Elle a écrit de la poésie, publié des sur la psychothérapie ; elle poste régulièrement sur des blogs et dirige depuis plus de 15 ans une variété de conférences en ligne, de séminaires et d'ateliers.

Ingrid Cryns, BES, B Arch, CBT
866-888-7662
E-mail : ingrid@buildingsoul.ca
www.buildingsoul.ca
www.earthsoul.ca

Analyse Bioénergétique, le Journal Clinique de l'IIBA est une publication annuelle distribuée aux membres de l'association internationale. Son objectif est de permettre l'élaboration plus avant des concepts théoriques et scientifiques ainsi que d'accroître la communication et d'élargir les contacts

avec d'autres écoles de psychothérapie, la psychologie académique, et d'autres écoles psychosomatiques de pensée. Ce journal est publié en anglais depuis 1985 et est le plus ancien pour l'IIBA. Ce numéro comporte une édition spéciale, traduite en français pour la communauté francophone de l'IIBA.



Maê Nascimento, Licenciée en Psychologie, travaille en libéral à São Paulo au Brésil. Elle enseigne l'Analyse Bioénergétique dans la formation à l'Analyse Bioénergétique et dans des groupes indépendants. Elle est actuellement ancienne membre du Conseil d'Administration de l'IIBA, membre du Conseil Editorial, membre invitée de Lessex, un groupe de chercheurs d'une Université Brésilienne de São Paulo.

Margit Koemeda-Lutz, Docteur diplômée en Psychologie, est psychothérapeute accréditée en pratique libérale, formatrice internationale membre de la Faculté de l'IIBA et enseignante pour la Société Suisse d'Analyse et Thérapie Bioénergétique. Elle a contribué à deux études importantes sur la validité de la psychothérapie dans les pays de langue allemande et poursuit des activités de recherche dans le champ de la psychothérapie corporelle.

Vincentia Schroeter, Ph.D., est une psychothérapeute accréditée en pratique libérale à Escondido en Californie. Formatrice internationale membre de la Faculté Internationale elle enseigne au sein de l'Institut d'Analyse Bioénergétique de Californie-Sud. Elle est éditrice en chef du journal de l'IIBA et co-auteure avec Barbara Thomson du manuel de techniques bioénergétiques *Bend Into Shape*.

