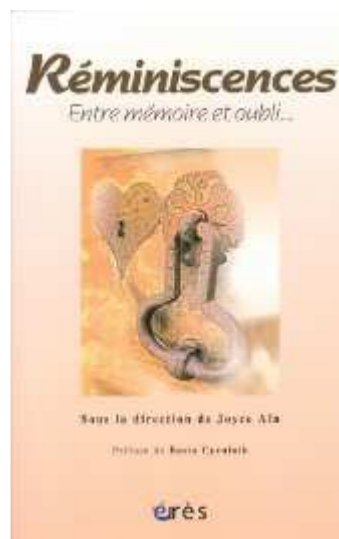


UNE MEMOIRE POUR LE CORPS

Guy TONELLA
2010



Réminiscences, Joyce Ain (Ed.), Erès, France, p.53-76

Freud parlait d' « amnésie infantile ». Certes, nous ne pouvons pas nous souvenir de notre petite enfance en faisant appel à des représentations sémantisées, encodée dans des images et des mots, mais notre petite enfance se rappelle à nous en s'actualisant constamment dans le présent sous forme corporelle, comportementale, interactionnelle. Notre système limbique, notre hippocampe, se souviennent et racontent nos premières années. Comment ? Sous forme non verbale, comportementale et interactionnelle.

Des messages non verbaux transmis par les états de vitalité tels que la rythmicité respiratoire, les variations toniques, les états émotionnels implicites, le regard, l'expression du visage, la posture, des micromouvements, actualisent y compris à l'âge adulte et la plupart du temps en dehors du champ de la conscience l'histoire de soi-bébé immergé dans son système d'attachement préverbal. Ces signaux appartiennent à la mémoire implicite et datent de l'histoire préverbale, antérieure aux trois premières années de la vie. Leur encodage est sensori-émotionnel et sensori-moteur. « Parce que de telles expériences restent dans une forme somatosensorielle ou iconique, elles ne peuvent qu'être communiquées de la même manière » (S. Sands, 1997, p. 702). La technique thérapeutique se centre sur ces expériences du corps propre, implicites et présymboliques « précisément parce que c'est à ce niveau que la régulation mutuelle la plus précoce s'est dérégulée » (S. Bach, 1998, p. 188). Ces dernières réflexions issues de la psychanalyse de l'attachement rejoignent la pratique thérapeutique bioénergétique lorsque celle-ci se centre sur l'exploration des états vitaux et des états émotionnels préverbaux, encodés dans une « mémoire corporelle » : le processus thérapeutique avec Jeremy l'illustre.

ILLUSTRATION CLINIQUE

Il y a, dans la carrière d'un psychothérapeute, quelques « rencontres d'exception ». Jeremy en est une pour moi. Sans doute parce qu'il m'a d'emblée touché, affectivement parlant, de manière implicite. Ensuite parce que son intelligence et sa capacité d'élaboration, exceptionnelles, sont des trésors pour un clinicien-chercheur prêt à remettre ses cadres théoriques et ceux de ses pairs sur le métier. Les citations que je fais de lui ne sont pas retouchées, simplement transcrites des enregistrements que je fais de chaque séance. Jeremy est physicien, un « savant fou » disent ses collègues. Les algorithmes qu'il manipule pour percer le secret de la lumière interstellaire et la transformer en images lisibles et compréhensibles constituent son unique lien d' « attachement abstrait » au monde des humains. Je suis sa dernière chance, me dit-il au téléphone en prenant rendez-vous. Est-ce pour établir un lien d' « attachement concret » à ce monde ?

Dès la première séance, Jeremy est assis en face de moi comme un passager dans un hall de gare, attendant le train, *son* train. Il a 26 ans et durant ces vingt six années, aucun train, semble-t-il, ne l'a remarqué ; aucun train ne s'est arrêté. Je suis l'un de ces trains et suis annoncé. Jeremy ne *me* fait pourtant aucun signe pour m'interpeller, mais il m'attend *intensément*. Il ne me regarde pas mais il pleure en ravalant ses larmes. C'est ainsi qu'il m'exprime qu'il voudrait prendre ce train et faire avec moi ce voyage. En fait, il ne peut me rejoindre et *je* dois le rejoindre. Jeremy est état limite ou, comme le dit François Roustang, « frontalier », un pied dans l'autisme voisin et l'autre dans la dépression de longue date.

Ses parents n'ont jamais nommé Jeremy par son prénom. Sa mère lui a raconté que, bébé, il refusait de la regarder.

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

Jeremy a certainement reçu quotidiennement, bébé, des transfusions visuelles, tactiles, vocales, gestuelles, langagières, des états émotionnels de sa mère faits d'angoisse, de tristesse et de haine. Il a assimilé par ses appareils sensoriels et émotionnels les propres états sensoriels et émotionnels de sa mère. Cette assimilation s'est convertie en un corps étranger indigeste, un introject pathogène, un alien occupant son corps et son esprit et susceptible de « le rendre fou » et parfois violent.

Cet état d'angoisse, de tristesse et de haine l'a dorénavant habité, devenant progressivement une immense menace, « une bombe à retardement qui pourrait exploser » me dira-t-il. Il s'est d'abord protégé de cette menace en se dissociant de sa réalité corporelle-émotionnelle, là où se loge sa bombe. Il s'est ensuite protégé de cette menace persistante en s'isolant du monde extérieur, par le repli, se privant de toute forme d'attachement. Il a développé le fantasme par la suite, que s'il entrait en contact avec sa réalité intérieure et/ou avec la réalité extérieure, sa bombe exploserait.

La première année de thérapie, à raison de deux séances par semaine d'une durée d'une heure et demie environ (aménagement du cadre), est consacrée à établir un lien avec Jeremy. Il lui est difficile d'établir un contact avec moi et chaque fois que je lui parle, qu'il me sent humain et que je le regarde, son corps est parcouru de tremblements. Un tsunami émotionnel menace à chaque instant s'il ouvre la moindre porte à l'intérieur de lui, alors il ne me parle pas, ou si peu. Je fais avec lui comme avec un enfant. Je me lève, m'approche de lui, je lui prends la main et l'accompagne dans ses tremblements et ses sanglots, assis sur sa chaise, l'aidant à ne pas se refermer sur lui-même. Je passe parfois derrière sa chaise et l'entoure de mes bras. Je contiens par mon corps ce qui déborde le sien et l'intoxique. Je l'aide à sortir de l'apnée et retrouver sa respiration. Je peux masser sa tête, son cou et ses épaules pour éviter qu'il ne s'encapsule totalement. Parfois il s'allonge et je lui soutiens la tête, parfois je pose une main sur sa poitrine, il se recroqueville mais il ne repousse pas ma main.

Jeremy va commencer à me regarder un peu, entre deux émotions qui le submergent et que je dois calmer avec douceur. Je fus donc d'abord occupé à réduire leur intensité, exercice plus corporel que psychique, bien que mon psychisme habitât mon corps. Je répondais à son besoin de contact physique que j'éprouvais bien qu'il ne puisse verbalement l'explicitier, à chaque fois que nécessaire, assis, allongé, tenant ses mains, sa tête, le prenant dans mes bras, calmant ses angoisses, prenant soin de lui, ce qui occupa plus que notre première année.

Puis il va commencer à (me) parler. Il commence toujours par « Je ne sais pas... » puis il s'arrête, ou « C'est comme si... » ou encore « Ca ne veut rien dire... ». Il contracte alors tout son corps, son visage déformé par des grimaces, entre en apnée, et expulse un mot, puis l'autre. Ce qu'il parvient à dire de ses impressions sensorielles, de ses impressions émotionnelles, de ses symptômes, me touche profondément et anime ma pensée. Je le lui ai toujours dit et je crois qu'il s'est mis à vouloir penser et parler de lui. Il me parle de ses états corporels et psychiques comme d'algorithmes désastreux et incontrôlables. Je l'accepte en cherchant à tout prix à maintenir les miens reliés à mon imaginaire vagabond que j'éprouve vivifiant. De son océan d'algorithmes somatiques et symptomatiques sur lequel je navigue et ne consens à ne point trouver de port d'ancrage, commencera à poindre à l'horizon, de ci de là, un îlot imaginaire, impression, image ou métaphore de ce qu'il vit en lui. Nous débarquerons ensemble dans chacun de ces îlots, les explorant, y découvrant le monde du Soi vivant. Rarement Jeremy parviendra de lui-même, au début, à

transformer ces réminiscences non verbales en formes imagées puis en représentations parlées. Il les pressentira, les esquissera. J'y répondrais par mes propres impressions et images, les lui prêtant, lui, cherchant, construisant à son tour les siennes propres. Nous sommes alors en pleine création. J'y prends beaucoup de plaisir. Il découvrira ce plaisir, devenu commun.

Je serai étonné de sa capacité à entrer dans ce monde de la figuration mentale, étayée sur son langage de physicien. Jeremy appartient au monde de ces enfants qui ne parlent pas jusqu'à l'âge de cinq ans et qui, soudainement, livrent leurs trésors cachés insoupçonnés.

A l'issue d'une année et demie de thérapie, Jeremy suit un groupe de thérapie de cinq jours. Nous le co-animons, Maryse Doess et moi, en tant que couple de thérapeutes. La rencontre avec Maryse sera pour Jeremy déterminante, notamment au cours d'une séquence de travail individuel au sein du groupe où Jeremy est allongé, Maryse assise à sa gauche, soutenant sa tête entre ses mains. Il se laissera regarder par elle, puis la regardera longuement et silencieusement, pendant plus de trente minutes, me donnant l'impression qu'il se baigne dans son regard. Je rejoindrai la dyade, m'assiérai près de lui, à sa droite, et il me regardera longuement à mon tour, puis alternera, silencieusement, regardant Maryse puis moi. A l'issue de ce groupe, lorsque nous reprendrons la thérapie individuelle, Jeremy ne m'évitera plus du regard, bien qu'il ne lui soit pas coutumier de maintenir le contact visuel. Comme il nous est arrivé d'autre part d'utiliser le tutoiement durant ce travail de groupe, je lui demanderai ce qu'il en advient. Il me répondra qu'il voudrait le garder, qu'il me sent ainsi plus humain, plus proche, ce que j'accepterai.

Après deux ans et un tiers de thérapie il lui est encore difficile d'établir une liaison entre son monde intérieur et le monde extérieur. Dans la réalité extérieure, dit-il : « la lumière est trop vive, le soleil trop intense ... Il manque une transition entre ces deux mondes ». La prise de conscience de l'extériorité lui semble toujours brutale. F. Tustin (1972, 1986, 1992) l'a énoncée comme l'origine de la réaction autistique de repli. A l'intérieur de lui, Jeremy fait le même constat : « Entre, à l'arrière de mon cerveau, mes millions de sensations, d'impressions, d'émotions et, à l'avant de mon cerveau, les choses rationnelles et la pensée et les mots, entre les deux, il n'y a pas de transition, pas de canal. » J'ai alors de nouveau en ces moments l'impression d'avoir en face de moi un très jeune enfant démuné, seul et désemparé, condamné à vivre dans une détresse corporelle qui ne peut être parlée. Il s'aventure cependant de plus en plus à laisser surgir de l'arrière de son cerveau ses impressions et ses états, à (me) les livrer, les expulsant sans me regarder, dans une attente de mes échos préparant l'abord d'un nouvel flot d'images ou de pensées.

Jeremy me confirme que de ce monde implicite, préverbal et non conscient, fait de millions de sensations, d'impressions, d'émotions, d'« expériences démantelées » (D. Meltzer et al., 1975) émergent des réminiscences encore sans images et sans mots, parfois d'une manière extrêmement bouleversante. Ces réminiscences préverbales de l'enfant sans voix, cachées dans les tréfonds de l'adulte devenu brutalement *sapiens*, s'actualisent et se ré-éprouvent toujours et d'abord sous la forme tonico-sensori-émotionnelle qui les a inscrites.

Comment ne pas répéter l'histoire de l'enfant dont les communications non verbales n'ont pas été reçues, n'ont pas eues d'échos corporels, affectifs ou langagiers, et n'ont pas pu prendre sens, constituant parfois un point de fixation pour le développement du Soi, parfois un point d'interruption ? Comment peut-on recevoir, explorer et donner un sens aux réminiscences non verbales si, comme chez Jeremy, le « canal » reliant l'implicite non verbal à l'explicite verbal n'existe pas encore, ou pas suffisamment ? Comment produire des représentations imagées et parlées permettant de penser ce qui n'est encore qu'épreuve sensorielle ou émotionnelle privée d'échange ?

Dans le processus thérapeutique, c'est par ce « canal » extérieur dyadique que ces messages préverbaux circuleront jusqu'à moi, excitant mon propre psychisme. Amenées dans ce monde de transition, dans ce monde intersubjectif thérapeute-patient, les réminiscences brutes seront alors susceptibles de prendre forme, de devenir configurations visibles, explicites, pouvant se décrire sous forme gestuelle ou imagée, et enfin être parlées. Elles naîtront par l'un et par l'autre, devenant au fil de nos échos mutuels figures de représentation puis objets de pensée prenant une signification. En voici un exemple se situant à deux ans et un tiers de thérapie.

Jeremy arrive en séance se plaignant de sa langue gonflée depuis plusieurs mois, douloureuse dans la journée et le réveillant la nuit. Les examens que je lui ai demandé de faire, ORL entre autres, n'ont donné aucun résultat. Les conclusions du Professeur Hospitalier de Médecine Générale ont été dans le sens d'une psychosomatisation. J'avais à plusieurs reprises évoqué avec Jeremy combien il ravalait ses émotions et serrait sa gorge à s'en faire mal.

Il me dit en début de séance : « Cette douleur à ma langue n'est pas une douleur imaginaire, c'est une douleur parallèle, c'est une émotion qui n'arrive pas à dire quelque chose. » Je lui suggère alors d'explorer cette région de la langue, de faire des mouvements de mâchoire, de bouche, de remuer sa langue, peut-être de tirer la langue et, ce disant, je le fais : je lui tire la langue en émettant un son. Jeremy me regarde d'abord les yeux écarquillés, puis sourit, puis rit à gorge déployée. Il jubile comme un enfant et esquisse quelques mouvements de lèvres, de bouche, comme s'il m'imitait. Il fait alors de tous petits mouvements dans la gorge, inspire mais garde la bouche fermée, reste en apnée... Il ne me regarde pas, il fait ça tout seul, luttant à l'intérieur de lui, entre de petits mouvements de langue dirigés vers l'extérieur et de petits mouvements de ravallement.

J'ai l'impression qu'il ne parvient pas à ouvrir sa bouche, également qu'il me fuit, qu'il ne peut le faire en étant regardé par moi et je le lui dis. « Oui, je ne veux pas que tu vois ma langue ... Sortir la langue, c'est un peu aller vers le dehors ... Devant toi, je n'y arrive pas, j'ai peur que tu t'énermes ! Il faut que je te tiens les yeux ! » Je m'approche, il me met une main sur les yeux et tient mes yeux fermés avec deux doigts.

J'entends alors des sons, des apnées, des soupirs, des tentatives, de petits sons de déglutition, de vocalises, puis des éclats de rire. Puis de nouveau des sons, qui bientôt s'enrayent. Il pleure. Les petits sons reprennent. Il retire ses doigts de mes yeux et j'ouvre lentement les yeux.

Il me regarde à la sauvette, et après une longue pause silencieuse, commence de nouveau à bouger ses lèvres, puis sort un petit bout de langue. Il y prend plaisir, il rit. S'y joignent des sons, ouvrant plus grand la bouche, faisant des « Ha... », s'arrêtant, reprenant, jubilant. Ses yeux s'éclairent. « Quand j'ouvre la bouche ça me libère, il y a des choses qui sortent sans qu'on les contrôle... Mais c'est aussi comme un test, un test de comment tu vas réagir... En fait, je me demande ce que tu penses pendant ce temps là. »

Je le sens préoccupé par les effets que son expérience de sortir sa langue a pu avoir sur moi. Je lui réponds : « Quand j'avais les yeux fermés, je me sentais un peu seul. Puis j'ai commencé à entendre les bruits que tu faisais avec ta bouche, ta langue, des sons. Alors j'ai eu moi-même des impressions puis des images qui se sont mises ensemble : j'ai vu un bébé qui prenait son biberon, mais ce n'était pas simple, il faisait plein d'efforts ; j'ai eu l'image du biberon qui restait coincé au fond de sa gorge, d'un biberon impatient butant contre sa langue. J'entendais, puis je voyais parfois ce bébé qui avait envie de repousser ce biberon, pour s'en libérer avec des sons « Haha... ! », mais il n'y arrivait pas... Il y avait quelque chose de toxique dans ce qu'il percevait et éprouvait autour de lui, qui l'en empêchait... »

Jeremy se souvient alors : sa mère lui racontait qu'il mettait des heures à prendre le biberon, et c'était déjà l'heure du suivant. « Il y avait quelque chose qui me coupait l'appétit, quelque chose que je ne pouvais pas avaler, *je l'ai senti tout à l'heure, comme si ça revenait* » (C'est moi qui souligne). Ensuite, me dit-il, il n'a jamais plus eu faim ; il est resté maigre jusqu'à l'adolescence. Cela lui fait penser à son frère anorexique.

Je lui ai ensuite dit que j'avais eu l'impression qu'il avait peur de sortir sa langue vers l'extérieur, peur de ma réaction, de mon énervement, peut-être d'une réaction hostile de ma part. « Oui, c'est ça que je ressentais avec ma mère ! Ca m'a toujours fait peur parce qu'elle était soit agressive soit malheureuse. Je ne pouvais pas la contrarier, aller à contre sens... En fait, ma mère ne me laisse pas d'espace, même pour tirer la langue. Dès que quelque chose sort de moi, c'est dans son espace à elle. Alors je suis obligé de rester à l'intérieur, de retenir ma langue... »

Me vient en mémoire ce que Jeremy m'a dit il y a quelque temps : il ne fallait pas que je sois trop sensible à lui. Il s'en souvient. Maintenant je comprends. Je lui dis que je crois qu'il attend de moi que je sois sensible à lui, mais que ma sensibilité reste dans mon espace afin qu'il la reçoive comme un écho... »

Jeremy jubile : « Oui, c'est ça ! Ca me libère ce que tu me dis ! Quand je fais ça (il tire la langue), je le fais dans mon espace et je vois si toi tu peux le recevoir dans ton espace. Alors ça me fait plaisir, ça me libère, on a chacun son espace ! Alors ça fait des vagues et c'est comme une variation entre nos deux espaces. Je me souviens, une fois, j'étais petit et je passais l'éponge sur la table de la cuisine et l'éponge n'était pas mouillée. Je me suis énervé et ma mère m'a dit : « Mais ça ne va pas, non ! ». Elle a réagi comme si c'était tragique, j'ai vu dans son regard que c'était grave et que ça la touchait personnellement. Ça prenait une dimension qui m'envahissait... En fait, elle donne du sens aux autres par rapport à elle. Elle m'impose un sens. Elle ne me laisse pas la liberté de choisir mon sens et je suis perdu parce que rien n'a de sens pour moi. Elle m'impose le sens de ce que je fais et c'est comme si je n'existais pas. Elle me remplit de ce qui n'est pas moi... (Suit un long silence)... C'est comme sa coquille qui se dilate et qui m'absorbe... Elle ne me laisse pas le choix. C'est comme un piège... Après c'est comme si je n'avais absorbé que des sens qui viennent de l'extérieur. C'est infiniment compliqué quand le sens vient de l'extérieur, mais on s'y habitue, et après, on cherche seulement un sens depuis l'extérieur. Mais on n'est personne. »

Il alterne entre des expressions tristes et des expressions joyeuses. Il ressent et il pense.

Alors j'ajoute : « Ce que j'ai éprouvé, c'est ta peur que ça ne se reproduise avec moi. Je crois que lorsque tu m'as demandé ce que je pensais, tu avais envie d'entendre un écho à partir de ma sensibilité, pas d'être envahi par mes propres impressions, mes propres émotions, mes propres pensées. J'ai compris que nous étions à la recherche d'un espace de transition entre nos deux sensibilités, et que de cet espace pouvait émerger un sens, comme une création commune faite de nos échos réciproques, mais un sens qui correspondrait à ton expérience à toi. »

« Oui, c'est exactement ça ! ». Jeremy jubile comme un petit enfant.

Au moment de me quitter, en fin de séance, il me dit : « En fait, les pensées c'est comme des grimaces qui sortent du dedans ! ». Puis il ajoute : « C'est joyeux ! ». Il me prend dans ses bras, dans un état d'exaltation que je ne lui connais pas. Il me serre contre lui puis il se calme progressivement, son visage serré contre le mien, il s'accorde à ma respiration. Il conclut en partant : « En fait, tout ça, ça me rend joyeux. Je me sens vivant. Ca fait comme des vagues de sens et de joie à l'intérieur de moi. J'ai faim ! ».

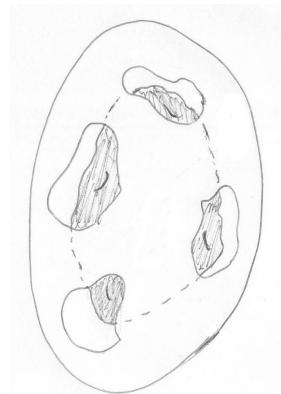
Observant les relations mère-nourrisson, E. Bick (1968) écrit : « L'objet optimal est le mamelon-dans-la-bouche joint à la façon qu'a la mère de tenir et de parler (...) Cet objet contenant est expérimenté comme une peau. » L'expérience de Jeremy est celle de l'objet *malus* : celle d'une intrusion du mamelon-dans-la-bouche, et celle d'un contact toxique à la peau maternelle suintant un mélange de dépression et de haine. Il engagera une lutte de tout son être contre son intérieur endommagé et sa peau-limite contaminée, cherchant à s'arracher du corps de cette mère sans cesser d'y adhérer puisqu'on ne peut vivre sans bouche et sans peau.

F. Tustin (1972) parle d'autisme « à carapace » pour désigner la réponse autistique faite de fuite de tout contact, d'évitement, de terreur de tout ce qui n'est pas familier, finalement d'isolement. Ces enfants, dit-elle, sont des « prématurés psychologiques », confrontés trop précocement à la séparation corporelle d'avec leur mère avant que leur capacité neuropsychologique les y ait préparés. Arrachés plutôt que mal séparés, ils vivent dans une sorte de « dépression psychotique », d'absence catastrophique, impensable, d'impression d'anéantissement, dans laquelle la continuité psyché-soma (Winnicott, 1949) fut profondément mise en danger. Avec le sein imposé puis arraché, c'est leur bouche qui est enfoncée puis écorchée, y laissant « un trou noir » (F. Tustin, 1986). Et c'est précisément ce « trou noir » qui avale la langue de Jeremy et lui fait mal.

La réaction autistique, ajoute F. Tustin, serait une protection contre la terreur permanente de l'autre, du « non-moi » inconnu, étranger, mal-veillant. Cette protection secrète une carapace, une coquille protectrice « autogénérée » dans laquelle le sujet s'encapsule pour fuir ce monde extérieur terrorisant.

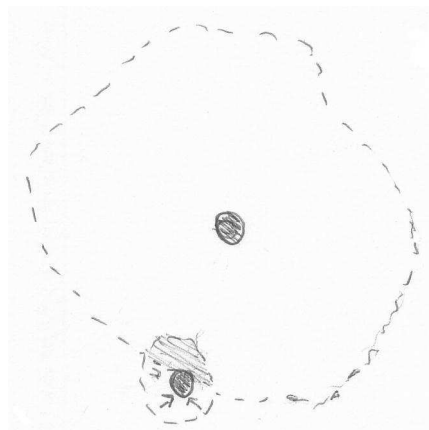
LE DOUBLE ANCRAGE CORPOREL ET INTERACTIF DU PROCESSUS DE SYMBOLISATION

La semaine suivant la séance que j'ai décrite, Jeremy cherche à me parler de ce qu'il vit. Il n'y arrive pas et me dit : « Est-ce que je peux dessiner ma pensée ? ». Voici ses dessins :

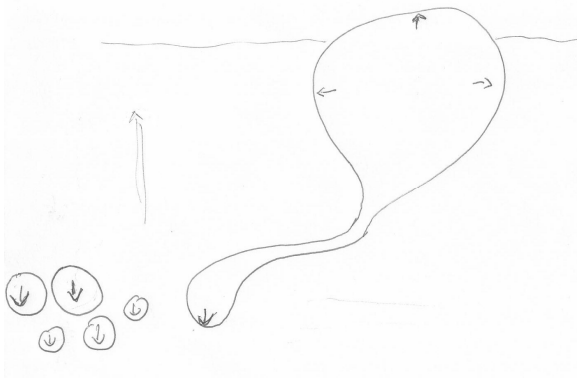


- (1) « Chacun de nous est un œuf. Chacun est enfermé dans sa coquille. » Ces commentaires ne sont pas sans me rappeler les notions d' « autisme à carapace » de E. Bick, de « capsules d'autisme chez le névrosé » de F. Tustin, de « soi caché » schizoïde de M. Khan (1974). Chaque œuf cependant, commente Jeremy, peut avoir quelques ouvertures par lesquelles on aperçoit le jaune, ce qu'il y a à l'intérieur de soi (ce sont les parties grisées). Me revient en mémoire l'observation de F. Tustin (1986) : la représentation liquidienne de l'intérieur du corps, décrite par différents auteurs, est souvent l'une des toutes premières représentations de soi.

- (2) Puis Jeremy dessine la relation avec sa mère. Sa mère est le pois gris (l'œuf) entouré d'un grand espace en pointillé : « C'est l'espace de sensibilité de ma mère ». Lui est l'autre œuf, en bas, entouré d'un tout petit espace de sensibilité (en pointillés). Cet œuf ne peut pas grandir car il est pris à l'intérieur de l'espace de sensibilité de sa mère, capturé par elle, « prisonnier de son sens à elle. Alors, rien n'a de sens pour moi », dit-il, et il a peur de tout. Ne pas avoir accès au monde extérieur, à ses règles, ses rituels, ses symboles, est simplement terrorisant (la terreur de l'autre). Cette terreur est une compagne violente.



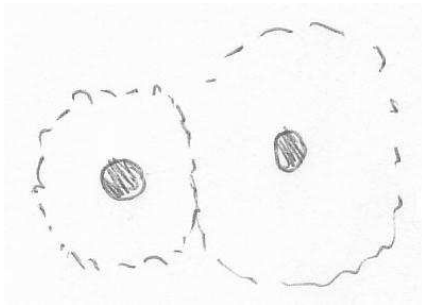
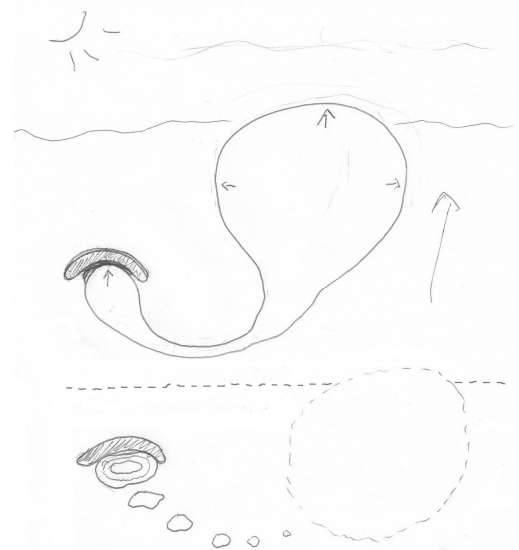
Cette terreur archaïque désigne le fait qu'il n'y a pas de place pour deux. Elle est à l'origine d'une *violence fondamentale* (J. Bergeret, 1984), bien antérieure à la conflictualisation névrotique. « L'espace de sensibilité » de sa mère n'offre pas à Jeremy un cadre contenant et référant. Il lui barre l'accès à sa propre subjectivation et à sa propre pensée symbolisatrice. « Je ne suis personne » dit Jeremy, figé dans cette « identification adhésive » (E. Bick, 1968), cette dépendance par collage sensori-émotionnel, adhérence mortifère à la surface l'un de l'autre, le rendant méconnu à lui-même et inconnu des autres.



(3) Jeremy décrit sa relation avec sa famille, en opposition avec sa relation avec moi. Sa famille (les œufs de gauche) et lui (la queue de la méduse) vivent au fond de l'eau, en apnée. Ils sont tous solidaires et entraînés en commun vers le fond obscur. Sa relation avec moi « l'entraîne dans un mouvement inverse, vers la surface, vers la lumière, le soleil, la respiration, la dilatation, l'existence. »

(4) Il décrit ce qui se passe actuellement. « Ce qui est difficile, c'est la transition entre l'univers de ma famille qui m'a conduit à exister comme dans un rêve irréel, et le monde que je découvre avec toi, plein d'échos, là où les pensées naissent et où le sens arrive au contact de la surface ».

Lorsqu'en fin de séance, il regarde ses dessins, heureux mais en apnée, et je le lui fais remarquer, il me dit : « En fait, depuis toujours, je suis en apnée de pensées. »



(5) Il dessine nos deux « espaces de sensibilité » différenciés mais en contact, le sien à gauche, le mien à droite : « Avec toi je peux commencer à avoir ma propre respiration, tu m'y encourage... Je commence à me dilater sans perdre le contact. C'est de là que les idées naissent. » Je crois que Jeremy parle à la fois du

contact physique qu'il me demande à chaque séance, chacun dans notre « espace de sensibilité », à la fois du contact psychique qui inspire nos échanges d'impressions, d'images, de pensées. En début et en fin de chaque séance, comme un rituel, Jeremy me prend dans ses bras, respire longuement, se détend, me fait une bise. Il a besoin de ce contact : « C'est une transition » m'a-t-il dit tout récemment. Cela correspond à ce que je ressens : c'est le besoin d'une transition entre le monde extérieur d'où il vient et dans lequel il repart, un monde moins abrupt mais encore difficile. Le temps de la séance et de notre rencontre construit cet entre-deux transitionnel qui est celui de l'imaginaire, prémices au symbolique.

E. Bick a la première avancé l'idée de la peau comme contenant de soi, la sensation de la peau de la mère s'intériorisant en forme de « peau psychique » (1968). Cette idée sera reprise par Meltzer (Meltzer) puis D. Anzieu (1985).

Si le contact des peaux est cependant trop violent, l'enfant luttera, dit F. Tustin (1990), contre une prise de conscience trop brutale de l'extériorité et procèdera au « démantèlement » de son monde psychique en mille sensations fractionnées : c'est le soleil trop vif et la lumière trop intense du monde extérieur dont parle Jeremy et son repli dans un monde brut centré sur les sensations, les émotions et les symptômes physiques durant les deux premières années.

E. Bick avancera l'hypothèse suivante : « Les perturbations de la fonction « première peau » peuvent conduire au développement d'une formation « seconde peau » (...) peut-être en créant *un substitut à cette fonction de contenant-peau* » (1968, c'est moi qui souligne). Ce substitut, dit-elle, se rencontrera souvent sous forme d'une « seconde peau musculaire » forgée dans l'hypertonie musculaire. Cette idée évoque celle d'une « cuirasse musculaire » (W. Reich, 1933, 1949 ; A. Lowen, 1958), d'un « hyper-serrage » par la tonicité musculaire (G. Haag, 1988), d'une « paroi tonique » (S. Robert-Ouvray, 1993), d'une « histoire solidifiée » (G. Tonella, 1994).

H. Wallon avait déjà souligné combien « ces rapports de l'excitation et du tonus rendent compte d'effets (...) qui sont propres à l'émotion. » (1934, p.114). Il montra que l'hypertonie musculaire chronique avait pour fonction d'inhiber l'expression émotive, la communication des affects de détresse, barrant ainsi le chemin à leur possible élaboration psychique. Les vécus internes de l'enfant, ses angoisses archaïques, restent ainsi « gelés », physiquement encapsulées, sans représentations correspondantes.

Si d'un côté les angoisses, les détresses, les terreurs archaïques sont muselées par cette peau-enveloppe musculaire substitutive, « armure » préservant du contact intime avec soi et du contact affectif avec l'autre, d'un autre côté, elle rassemble et retient ce qui est menaçant pour soi, parfois pour l'autre. Le besoin d'amour dévorateur et la violence destructrice peuvent s'inverser l'un l'autre au gré des sécurités et des détresses.

Cette armure peut parfois permettre une évolution psychique pouvant paraître névrotique puisqu'atteignant la génitalité. L'autisme encapsulé peut permettre une certaine traversée œdipienne, mais elle se fera sur les sables mouvants pour l'obsessionnel et le phobique ou sur les charbons ardents pour le schizoïde. A. Lowen a montré combien la terreur du contact archaïque était réactivée au moment œdipien et se traduisait en une hyperexcitation génitale : les œdipes les plus intenses ne sont pas toujours les plus névrotiques.

CONSTRUIRE UNE « TRANSITION » ENTRE DEDANS ET DEHORS

Sortir de la capsule autistique, c'est donc reprendre le chemin de l'attention psychique, attiré par le monde maternel-aimant (mère ou thérapeute) et répondre à cet appel du monde extérieur dont la porte d'entrée s'origine dans la distance intime des corps et des regards. Comment construire cette transition entre ces deux mondes étanches, intérieur et extérieur, cette fois, en douceur ? Jeremy la construisit dans l'entre-deux séances, passant de la sensation de douleur à la langue au geste de tirer la langue puis aux dessins d'un Soi-langue qui s'étire vers le dehors et y rencontre la lumière-pensée. Il s'est approché du monde extérieur, de la surface, depuis les profondeurs sous-marines : son Soi est une langue qui s'étire vers la surface, le contact, l'interrelation d'où émerge la figuration symbolique porteuse de sens.

Dans cet entre-deux séances se construit le passage de l'expression implicite (sensorimotrice et émotionnelle) vers l'expression explicite (symbolisée puis verbalisée), suivant ce chemin : (1) attention portée à un symptôme physique récurrent (la langue douloureuse enfermée dans sa cavité buccale), symptôme vécu dans la solitude, l'angoisse et le repli, (2) instauration d'un dialogue non verbal thérapeute-patient favorisant la remise en mouvement de la langue, (3) le thérapeute renvoie au patient des figurations imagées émergeant du dialogue non verbal, (4) le patient produit à son tour des représentations imagées et dessinées, (5) thérapeute-patient construisent ensemble le sens de cette séquence.

Il s'agit d'un processus dyadique, co-créatif, source de plaisir partagé. Jeremy énoncera dans les séances suivantes que le moteur de la communication est le plaisir d'être présent l'un à l'autre, chacun dans son espace de subjectivité propre mais interactif, ce qu'il ne connut jamais.

Les dessins de Jeremy sont *ses* œuvres d'art, de cet art qui naît, disait D.W. Winnicott, de cet espace transitionnel entre imaginaire et réalité, dans cet intermédiaire où la sensation devient icône, image, dessin, avant de devenir pensée et abstraction sémantique.

Communiquer et penser pour donner un sens à ses expériences lui a toujours été difficile, il peut maintenant me le dire et cherche à comprendre. Il explique cette difficulté en décrivant l'existence de deux entonnoirs dans son cerveau : (1) à l'arrière de son cerveau, « les millions de sensations, d'émotions, d'impressions peuvent prendre le chemin vers l'avant de mon cerveau ... Elles passent dans un entonnoir qui se resserre, condense, et produit des mots. Cet entonnoir est un décodeur qui transforme les impressions en pensées et en mots. Je n'y arrive pas » ; alors : (2) « ... tout repart vers l'arrière de mon cerveau, comme des émotions brutales, sans sens, et parfois se déversent dans l'entonnoir du corps. C'est peut-être pour ça que j'ai la langue qui gonfle, mal au ventre ou les poumons enflés », faisant allusion à ses multiples somatisations.

Il décrit étonnamment le processus pouvant conduire les sensations, états, émotions, d'un côté vers la symbolisation (par l'avant cortical orbitofrontal du cerveau) ou de l'autre côté vers la somatisation (par l'arrière sous-cortical limbique puis neurovégétatif et somatique). Il nous donne une représentation naïve du cerveau mais assez proche de la réalité :

- (1) En arrière et à l'intérieur, se trouve effectivement le système limbique, le réservoir à impressions émotionnelles, avec ses liaisons sensorielles et motrices transmettant les informations somatiques, dont l'encodage est implicite et non verbal ;
- (2) En avant se trouve le cortex orbitofrontal où se fabriquent les représentations, les pensées, dont l'encodage est sémantique et explicite ;
- (3) Entre les deux, entre localisation implicite et localisation explicite, c'est-à-dire dans un espace transitionnel, se tissent des connexions, des neurones, assurant les liaisons rétroactives entre émotions et représentations.

En arrière donc, se trouvent les matériaux sensori-émotionnels et sensori-moteurs sur lesquels porte la mémoire implicite, non verbale, préverbale. En avant se trouvent les matériaux cognitifs sur lesquels porte la mémoire explicite : représentations mentales de nature sémantique. Entre les deux se trouve un espace de transition, dans lequel se fabriquent les images, les fantasmes, les métaphores. Cet espace transitionnel cérébral se construit en écho à l'espace transitionnel intersubjectif : l'adulte ou le thérapeute offre des modèles sémiotiques permettant d'élaborer les matériaux corporels en matériaux représentationnels gagnant progressivement en abstraction (des objets transitionnels aux images, aux contes, aux cognitions, enfin aux pensées plus complexes).

LE CORPS SE SOUVIENT : DETOUR NEUROBIOLOGIQUE

Lorsque je parle d'un « mémoire pour le corps », je parle donc de cette mémoire implicite, préverbale, non consciente, ayant encodé les expériences sensorielles et émotionnelles, régulées ou dysrégulées. Le cerveau conserve leur empreinte à long terme, c'est-à-dire pour la vie entière, dans des systèmes sous-corticaux inaccessibles au langage. Pour A. Schore, psychanalyste neurobiologiste, la relation mère-enfant « agit comme un gabarit pour l'empreinte des circuits du cerveau droit de l'enfant, responsable du traitement de l'information émotionnelle, ce qui aura pour conséquence de façonner de manière permanente les capacités adaptées ou inadaptées de l'individu d'établir par la suite l'ensemble de ses relations interpersonnelles » (2003, p. 42). Ce n'est donc que dans l'« après-coup » que ces expériences ont la possibilité de recevoir une signification : « Ce n'est pas le vécu en général qui est remanié après-coup, mais électivement ce qui, au moment où il a

été vécu, n'a pu pleinement s'intégrer dans un contexte significatif. » (Laplanche et Pontalis, 1967, p.34). S. Freud (1887-1902) évoquait déjà dans une lettre à W. Fliess de 1886 le phénomène de « réinscription des traces mnésiques ». A. Schore (1994, 1997, 2000, 2001, 2003), Siegel (1999, 2007), E. Tronick (2007) et B. Bebee (1994, 2000, 2002) ont particulièrement décrit les liens étroits unissant la maturation neurobiologique, la mémorisation des expériences préverbaux et le développement normal ou pathologique des comportements ultérieurs de l'enfant puis de l'adulte.

Entrer dans le cerveau, comprendre ses processus de maturation, les spécificités de l'hémisphère droit et de l'hémisphère gauche, l'encodage des souvenirs (avant que n'existent les représentations mentales puis dès lors qu'elles existent), tout ceci constitue l'effort nécessaire pour s'affranchir des croyances et des pratiques établies lorsqu'elles se révèlent limitées ou sans réponses à l'égard de certaines problématiques psychopathologiques.

Commençons par le début. Au cours de la première année, les circuits limbiques traitant les émotions émergent, suivant une progression séquentielle de l'amygdale vers le gyrus cingulaire antérieur, puis vers l'insula et finalement vers le cortex orbitofrontal (Schore, 1997, 2000, 2001). Ce n'est qu'au milieu de la seconde année que le cortex orbitofrontal atteint sa maturité et peut former des représentations mentales, associées aux états sensoriels et émotionnels. C'est donc à cet âge qu'une véritable « mémoire sémantique » des expériences se met en place, ouvrant sur la capacité à se remémorer avec des images et des mots. Avant cet âge, les expériences sensori-perceptives, émotionnelles, motrices, interactionnelles, sont encodées dans la « mémoire procédurale », sans représentations mentales associées. Les expériences préverbaux émergeant durant le processus thérapeutique ne peuvent être de fait que des « impressions », des « états », dont la tonalité peut être plutôt viscérale (un état de vitalité), sensorielle ou émotionnelle (avec des variations de la tonicité musculaire et parfois des impulsions motrices amorcées). Essayons en premier lieu de comprendre le système de mémoire sous-jacent à ces manifestations.

Dès la naissance, la « mémoire procédurale » inscrit les expériences somatiques du bébé, au premier chef, sensorielles. Les sensations répétitives éprouvées par le nourrisson génèrent des *constellations somatosensorielles* progressivement encodées dans l'hémisphère cérébral droit (spécialisé dans le traitement des informations corporelles) sous forme de *configurations neuronales somatosensorielles*. Ainsi naît le sentiment d'habiter un Soi corporel personnel et/ou l'impression diffuse d'être habité par des constellations non-Soi, non intégrées et aliénantes. C'est ce que Jeremy éprouve au cours de l'expérience de débloquent sa langue, la *reviviscence* d'un état de bébé, forme de réminiscence qu'il commente ainsi : « Il y avait quelque chose qui me coupait l'appétit, quelque chose que je ne pouvais pas avaler, *je l'ai senti tout à l'heure, comme si ça revenait* ». Sa mémoire procédurale réactive des sensations physiques : son corps se souvient.

Parce que l'hémisphère cortical droit est connecté beaucoup plus profondément que l'hémisphère gauche au système limbique et aux branches sympathiques et parasympathiques (système nerveux autonome), les états émotionnels provoquent des réactions toniques spécifiques. Ces réactions répétées concourent à la formation de schémas posturaux, d'une « seconde peau musculaire » (E. Bick, 1968) et des hypertensions musculaires pouvant se chroniciser (W. Reich, 1933, H. Wallon, 1934, S. Keleman, 1985). Ces expériences sont imprimées et conservées au niveau de la mémoire procédurale sous forme de *configurations neuronales tonico-émotionnelles*. Il en est ainsi pour Jeremy. Les tensions musculaires affectant le fond de sa cavité buccale furent d'abord des réponses immédiates du système sympathique tendant à se modéliser au fil des répétitions sous forme de configurations tonico-émotionnelles pathogènes et défensives : il y a en provenance du monde extérieur « quelque chose que je ne peux avaler ». Ces configurations, devenues *procédures*, ont persisté à l'âge adulte.

D'autre part, l'hémisphère droit encode des « apprentissages implicites » (K. Hugdahl, 1995) avant que la conscience n'intervienne, et ce, dès la naissance (A. Bechara, H. Damasio, D. Tranel & A.R. Damasio, 1997). La mémoire procédurale encode ces *schémas sensori-moteurs*, modèles inconscients pour les actions futures. Le schéma sensori-moteur encodé chez Jeremy, bébé, consista à bloquer sa langue au fond de sa gorge et ravalier, en déglutissant, toute forme d'impulsion pouvant l'amener à ouvrir la bouche. Ce schéma sensori-moteur de ravalement s'opposera par la suite à l'expression de ses impulsions vitales (ce sont par exemple ses fréquentes apnées respiratoires), de son expressivité émotionnelle (il ravale ses larmes), de la communication interpersonnelle (il ravale toute forme d'interaction, ses pensées et ses mots).

De plus, l'hémisphère cortical droit se développant et devenant mature plus tôt que le gauche, il présente également des connexions extensives et réciproques avec les régions limbiques et sous-corticales. Il conserve l'empreinte définitive et pour la vie entière des premières expériences affectives régulées et non régulées avec la figure d'attachement (F. Amini et coll., 1996). Ces expériences sont imprimées dans la mémoire procédurale sous forme de *configurations d'attachement et d'interaction* (J. Bowlby, 1969). Jeremy ne peut faire son expérience en ma présence (visuelle) ; il doit me fermer les yeux car il a « peur que je ne m'énerve ». Un pattern d'attachement s'actualise ici (un « transfert de pattern d'attachement ») : je pourrais être comme cette mère qui impose à son nourrisson son « espace de sensibilité » et ne supporte pas les réactions personnelles, *subjectives*, de celui-ci.

Ces événements précoces que Jeremy explore ne sont pas directement accessibles par un processus de remémoration impliquant la représentation, l'association d'idées et le langage verbal. Car ce n'est que vers 18 mois que s'achève la maturation du cortex orbitofrontal, période où il devient possible d'accéder à la capacité de représentation puis de pensée réflexive, période où se développe une « théorie de l'esprit ». L. Brothers (1995, 1997) a décrit un circuit limbique composé du cortex orbitofrontal, du gyrus cingulé antérieur, de l'amygdale et du lobe temporal, fonctionnant comme un « système qui, de manière ultime, construirait une représentation de l'esprit. » (1997, p. 27) Cette maturation permet alors à l'enfant de prendre en compte son propre état mental et l'état mental de l'autre (Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991) et de progressivement attribuer une signification aux événements. Stone, Baron-Cohen & Knight (1998) confirment l'implication particulière du cortex orbitofrontal dans le développement de « l'esprit ». La maturation achevée du cortex orbitofrontal gauche offre dorénavant un support linguistique et verbal à l'expression des représentations mentales en formation, et la mémoire sémantique se charge de les encoder pour des rappels ultérieurs. Parmi les milliers d'événements préverbaux inscrits dans notre mémoire procédurale, seul un certain nombre, accédant à la conscience physique, pourront recevoir « après-coup » une signification psychique. La psychothérapie offre la chance d'en rappeler un certain nombre d'autres lorsque ceux-ci condamnent les capacités évolutives du patient. Ceci implique dans presque tous les cas un détour par la reviviscence corporelle favorisée et assistée, comme j'ai tenté de l'illustrer avec Jeremy.

En conclusion, ce détour neurobiologique nous enseigne que la mémoire implicite procédurale encode depuis la naissance les configurations tonico-sensori-émotionnelles émergeant de la relation d'attachement. Celles-ci structurent le Soi et son développement sur un mode implicite et non conscient, et peuvent être ou non à l'origine de certaines productions fantasmatiques inconscientes ultérieures. Des événements peuvent réactiver tout au long de la vie ces configurations tonico-sensori-émotionnelles. Lorsqu'elles n'ont donné lieu à aucune représentation mentale consciente ou inconsciente (c'est-à-dire à un « travail orbitofrontal gauche »), elles s'actualisent de nouveau sous forme corporelle et comportementale, sans que nous n'en comprenions la signification. Quelles en sont les implications thérapeutiques ?

LE CORPS SE SOUVIENT SI LA SITUATION THERAPEUTIQUE L'Y INCITE

Je parle d'une « mémoire pour le corps » car : « C'est à partir (...) de ce qui n'est pas advenu, ce qui est absence d'inscription et de représentation, ou de ce qui, sur le mode de l'encryptage, est en stase sans être inscrit (...) que s'organise la transmission (transgénérationnelle). » (R. Kaës, cité par B. Golse, 1999, p. 77).

Je parle d'une « mémoire pour le corps » car la mémoire implicite procédurale, encodant les configurations tonico-sensori-émotionnelles, a ses propres clés de réactivation ou « rappel en mémoire » : ces clés sont corporelles et comportementales. Ce sont des clés analogiques et configurationnelles, différentes des clés lexicales et sémantiques spécifiques à la « mémoire sémantique », celle qui encode les souvenirs par des représentations et des mots. Le rappel en mémoire, c'est-à-dire la réactivation d'une constellation/configuration tonico-sensori-émotionnelle ne peut qu'être corporel et comportemental. Il active à son tour sa dimension interactive, car ces configurations préverbaux évoquent toujours la réalité interactive dont elles sont issues. L'actualisation ou la « réminiscence » de configurations tonico-sensori-émotionnelles préverbaux impliquent donc d'emblée la dimension thérapeutique interactive. Ceci suggère directement que le thérapeute est facilitateur : acceptant l'implication interactive, favorisant la réminiscence et sa reviviscence, essentiellement contenant et régulateur des intensités vécues, non interprétatif et participant à l'élaboration des significations en attente.

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

La mise en jeu de cette fonction thérapeutique contenant n'est pas aisée et peut soulever des résistances chez le thérapeute, résistances contre le fait de recevoir, d'accepter et de contenir un matériel parfois hautement toxique (terreur, honte, haine, désespoir, rejet, etc.). Ces états risquent inévitablement de réactiver ses angoisses, liées à sa propre problématique d'attachement. A. Alvarez (1999) insiste : « Les patients ont le droit de nous apporter les mauvais objets qui séjournent dans leurs bagages émotionnels, de les explorer et de les éprouver avec nous. » (p. 214). La question est alors de savoir si le thérapeute est en mesure d'autoréguler ses propres états négatifs réactivés contretransférentiellement pour agir en tant que régulateur des états négatifs du patient.

Dans le cas contraire, la réponse contretransférentielle défensive de la part du thérapeute sera de désactiver sa sensibilité corporelle et émotionnelle (cerveau droit) et d'activer son mode intellectuel (cerveau gauche). Il amorcera une analyse de la résistance du patient ou une interprétation verbale. L'une ou l'autre sera perçue comme : « émanant d'une position de pouvoir occupée par l'analyste, (et pourra) facilement être assimilée à la fonction persécutrice préexistant dans le système du patient, renforçant ce système. » (A. Ryle, 1994, p. 111) D'autre part, et cela échappe à la perception consciente du thérapeute, son comportement expressif implicite peut être teinté de reproche, d'irritation ou de mépris, le ton de sa voix critique ou « donneuse de leçons ». Bien que ces manifestations soient brèves et discrètes, le cerveau droit du patient les détecte. Le thérapeute peut également refuser de recevoir ces projections, opérer une « déflexion » des états négatifs projetés sur lui par le patient, évitant de rencontrer ce qui le gêne dans le corps du patient : la négativité résonant avec la sienne propre.

Dans tous ces cas, il ne peut détoxifier les projections sensori-émotionnelles et sensori-motrices du patient et les lui restituer sous une forme assimilable. Il duplique l'attitude maternelle dyrégulatrice et condamne ces projections corporelles à rester massives ou confuses, sans accès au processus de

conscience, d'élaboration et d'intégration. Cela induit des doutes chez le patient qui « ne peut fléchir tant qu'il n'aura pas la preuve de son impact sur le corps et la psyché de l'analyste. Si cela échoue régulièrement, confirmant ainsi sa relation précoce avec un objet non disponible et haineux, il peut désespérer et abandonner » (M. Feldman, 1997, p. 232).

La valeur de l'expérience thérapeutique réside également dans la capacité du thérapeute à réguler l'intensité des reviviscences du patient, et d'en favoriser ainsi l'exploration sous une forme détoxiquante. En effet, certaines constellations tonico-sensori-émotionnelles peuvent parfois se présenter comme de véritables introjects aliénants et toxiques, constitutifs de l'expérience dyadique préverbale mère-bébé. La dyade thérapeutique s'éprouve ainsi dans sa capacité à vivre les flux et reflux abrupts ou subtils des expériences tonico-sensori-émotionnelles, à les contenir et à les réguler selon les rythmes d'accordage, de désaccordage et de réaccordage qui scandent toute dyade. Ceci permet en général une prise de conscience perceptive des réminiscences, des reviviscences et de leurs processus.

Cette prise de conscience libère un espace de pensée et dans cet entre-deux des échos mutuels, les expériences corporelles prennent forme, devenant « après-coup » images et représentations desquelles émerge un sens. « Avec chacun notre décodeur, me dit Jeremy, on ajoute un mot dans l'entonnoir qui condense l'information, et on crée un sens à deux. Mais c'est mon sens, simplement tu crées les conditions pour qu'il émerge à la surface et tu l'éclaires puis tu l'enrichis. » C'est ainsi que le transfert du mode non verbal vers le mode verbal (du cerveau droit vers le cerveau gauche) peut être amorcé, activant la production d'images et de pensées, propres à construire une représentation de l'expérience et à lui donner un sens. « L'hémisphère gauche objectif peut maintenant cotraiter les communications subjectives du cerveau droit et relier les domaines non verbaux implicites et verbaux représentationnels explicites » (A. Schore, 2003, p. 81). Cela se fait cependant alors que le patient reste en contact avec ses expériences, ressent et perçoit les sensations/émotions générées par l'expérience, afin de ne pas induire ou reproduire un clivage entre l'expérience corporelle et l'expérience cognitive (clivage entre cerveau droit et cerveau gauche). Combien de patients, en effet, ne peuvent éprouver et penser dans une continuité temporelle.

Le thérapeute peut offrir parfois sa propre perception, transmettant au patient qu'il a perçu et ressenti en écho les états intérieurs de ce dernier et qu'il chemine à ses côtés avec ses propres images et ses propres pensées. Il entre ce faisant dans un processus de co-création avec son patient, cherchant l'un avec l'autre à donner un sens à l'expérience.

Cette dynamique amorce une expérience affective régulatrice inédite et, avec la répétition, une procédure nouvelle et réparatrice, pouvant cette fois être encodée dans la zone orbitofrontale, être pensable, décontextualisable et reproductible. « Elle peut ouvrir un entonnoir où les millions d'informations présentes dans mon corps sont traitées, condensées, retraduites, devenant des pensées vivantes » commentera Jeremy. Ce travail est celui de l'instauration ou de la restauration du Soi en tant que continuité psychocorporelle, permettant un jeu souple entre l'éprouvé, le pensé, l'agi et l'interagi.

Les conditions rendant un tel processus thérapeutique possible ne peuvent que co-intégrer l'approche verbale et corporelle. A. Lowen (1958) a jeté les fondations d'une telle approche avec la psychothérapie bioénergétique. Dans cette perspective enrichie par les apports contemporains et lorsqu'elle s'adresse aux problématiques préverbales, en effet : (1) le processus thérapeutique est centré sur les dysrégulations homéostasiques et émotionnelles préverbales. Il intervient au niveau corporel en favorisant la prise de conscience des constellations tonico-sensori-émotionnelles pathogènes et de leurs conséquences au niveau des fonctions respiratoire, sensorimotrice, neuromusculaire, émotionnelle et posturale, (2) le processus thérapeutique agit au niveau des

empreintes neurobiologiques en favorisant la désactivation des vieilles procédures pathogènes en cessant de les reproduire et en acceptant de les ranger au musée de son passé, (3) le processus thérapeutique aide à réparer les déficits de contenance, de régulation et parfois d'érogénisation primaire, en engageant la construction de procédures manquantes : capacités à autocontenir, à autoréguler ses états de vitalité et ses états émotionnels, parfois à découvrir/construire une « peau érogène » manquante en place d'une « peau carapace », (4) le processus thérapeutique est amené, dans le domaine de la relation d'attachement, à proposer de nouvelles expériences constructives, transformatrices du modèle d'attachement anxio-gène hérité de son histoire, (4) le processus thérapeutique favorise l'encodage de ces nouvelles constructions dans la mémoire procédurale à long terme par leur reproduction contextualisée dans le cadre de la thérapie, favorisant leur transfert dans la vie quotidienne, et, simultanément, (5) le processus thérapeutique favorise leur encodage dans la mémoire sémantique en élaborant la signification qu'elles prennent aujourd'hui, ainsi que les changements significatifs qui s'opèrent dans la vie du sujet.

Tout ceci constitue le contexte thérapeutique initiant la rencontre avec le Soi préverbal, dysrégulé, dissocié, mais « réminiscent » comme l'est le Soi de Jeremy. Cette méthodologie psychocorporelle ouvre des possibilités que les psychothérapies verbales ne peuvent ouvrir par définition, en particulier en ce qui concerne les structures de personnalité préverbales : structures psychotiques (Tonella, 1989, 2006a.), structures schizoïdes, personnalités déficitaires narcissiquement et états limites (Tonella, 2006b, 2007, 2009). Elle permet d'articuler les maillons d'une même chaîne que sont l'actualisation réminiscente, sa mise en forme, sa mise en scène et sa mise en énoncés et en sens.

Mais elle favorise aussi la construction de nouvelles constellations tonico-sensori-émotionnelles, leur mise en forme, leur mise en scène sous forme de « représentations d'interactions généralisées » (Stern, 1985) testables par leur mise en jeu au sein même de la dyade thérapeutique, et leur mise en sens dans les deux registres, fantasmatique et idéique.

EN CONCLUSION

La réminiscence tonico-sensori-émotionnelle implicite, inconsciente et préverbale est remise en jeu par l'interaction thérapeutique. Celle-ci ouvre le chemin vers la sortie de l'œuf autistique, qu'il soit constitutif d'une personnalité psychotique, schizoïde, narcissique ou limite, ou qu'il soit « capsule d'autisme » chez les personnalités névrotiques chez lesquelles subsistent des états de vitalité et des états émotionnels préverbaux dysrégulés, privés de l'autre, demeurant inaccessibles à la pensée et à la parole, producteurs de détresse, de solitude discrète, d'angoisse et de honte cachées, parfois de violence inavouable.

Ces états du Soi dysrégulés sont en attente de régulation, d'accordage, de synchronisation et d'ajustement alors éprouvés comme réparation du Soi dans sa capacité à communiquer, à penser et à donner du sens à ses expériences. Jeremy illustre ce travail de construction d'une continuité psychocorporelle sans laquelle aucune mémoire de soi ne donne sens à sa vie. Dans ce train où nous sommes embarqués, les paysages ont souvent été ceux de la désolation, du désamour, de la violence, de la survie. Mais nous avons fait halte dans des oasis où quelques fleurs avaient été préservées et nous en avons semé d'autres. Nous en sommes à la découverte de la surface, du soleil, de l'extérieur, d'entre-deux, terre d'accueil pour d'autres réminiscences encore sans images et sans mots.

La vie commence à s'éclairer lorsqu'elle se tourne vers les autres.

BIBLIOGRAPHIE

- Alvarez, A.**, (1999), Widening the bridge. Commentary on papers by Stephen Seligman, Robin C. Silverman, and Alicia F. Lieberman, *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 205-217
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., et coll.**, (1996), Affect, attachment, memory : Contributions towards psychobiologic integration, *Psychiatry*, 59, 213-239
- Anzieu, D.**, (1985), *Le Moi-peau*, Dunod
- Bach, S.**, (1998), On treating the difficult patient, C. S. Ellman, S. Grand, M. Silvan & S. J. Ellman (Eds.), *The modern Freudians: Contemporary psychoanalytic technique*, Northvale, NJ: Jason Aronson, 185-195
- Barbas, H.**, (1995), Anatomy basis of cognitive-emotional interactions in the primate prefrontal cortex, *Neuroscience and Behavioral Review*, 19, 499-510
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D. & Damasio, A. R.**, (1997), Deciding advantageously before knowing damage to human prefrontal cortex, *Cognition*, 50, 7-15
- Beebe, B.**, (2000), Co-constructing mother-infant distress: The micro-synchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter, *Psychoanalytic inquiry*, 20, 421-440
- Beebe, B., Lachman, F.**, (1994), Representations and internalization in infancy: There principles of salience, *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165
- Beebe, B., Lachman, F.**, (2002), *Infant research and adult treatment*, Hillsdale, NJ: Analytic Press
- Bergeret, J.**, (1984), *La violence fondamentale*, Dunod
- Bick, E.**, (1968), L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces, *Explorations dans le monde de l'autisme*, D. Meltzer et als. (Eds), 1968, Payot, 1984
- Bion, W. R.**, (1977), *Seven servants*, New York: Jason Aronson
- Bowlby, J.**, (1969), Attachement et perte, Vol. 1 : *L'attachement*, PUF, Paris, 1978
- Brothers, L.**, (1995), Neurophysiology of the perception of intentions by primates, M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences*, Cambridge, MA: MIT Press, 1007-1115
- Brothers, L.**, (1997), *Friday's footprint*, New York: Oxford University Press
- Damasio, A. R.**, (1994), *L'erreur de Descartes*, 2006, Paris: Odile Jacob
- Feldman, M.**, (1997), Projective identification: The analyst's involvement, *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 227-241
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C.**, (1991), The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment, *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218
- Freud, S.**, (1887-1902) *La naissance de la psychanalyse, lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans*, PUF, 1956
- Golse, B.**, (1999), *Du corps à la pensée*, PUF
- Haag, G.**, (1988), Réflexions sur quelques jonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°1, Expansion scientifique française
- Hugdahl, K.**, (1995), Classical conditioning and implicit learning: The right hemisphere hypothesis, R. J. Davidson and K. Hugdahl (Eds.), *Brain asymmetry*, Cambridge, MA: MIT Press, 235-267
- Keleman, S.**, (1985), *Emotional Anatomy*, Berkeley: Center Press, (1997) *Anatomie émotionnelle*, M. Guilbot
- Khan, M.**, (1974), *Le soi caché*, 1976, Gallimard
- Laplanche, J., Pontalis, J-B.**, (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF
- Lowen, A.**, (1958), *The language of the body*, New York: Grusse and Stratton, (1977) *Le langage du corps*, Tchou
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J.**, (1985), Security in infancy, childhood, and adulthood : a move to the level of representation, I. Bretherton, E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research, Monographs of the Society for Research Child Development*, 50 (1-2, serial n° 209), 66-104
- Meltzer, D. et al.**, (1968), *Explorations dans le monde l'autisme*, Payot, 1984
- Reich, W.**, (1933, 1949), *L'analyse caractérielle*, Payot
- Robert-Ouvray, S.**, (1993), *Intégration motrice et développement psychique*, EPI
- Ryle, A.**, (1994), Projective identification: A particular form of reciprocal role procedure, *British Journal of Medical Psychology*, 67, 107-114
- Sands, S.**, (1997), Protein or foreign body? Reply to commentaries, *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 691-706
- Schore N. A.**, (1994), *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*, Mahwah, NJ: Erlbaum
- Schore N. A.**, (1997), Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders, *Development and Psychopathology*, 9, 595-631
- Schore N. A.**, (2000), The self-organization of the right brain and the neurobiology of emotional development, M. D. Lewis and I. Granic (Eds.), *Emotion, development, and self-organization*, New York: Cambridge University Press, 155-185
- Schore N. A.**, (2001), The effect of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269

- Schore N.A.**, (2003), *Affect regulation and the repair of the self*, Norton and Company, New York, (2008) *La régulation affective et la réparation du Soi*, Montréal: les Editions du CIG
- Siegel, D. J.**, (1999), *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*, New York, Guilford Press
- Siegel, D. J.**, (2007), *The mindful brain*, New York, W. W. Norton and Company
- Stern, D.N.**, (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., & Knight, R. T.**, (1998) Frontal lobe contribution of theory of mind, *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10, 640-656
- Tonella, G., Jacomini, V., Girard, M., Granier, F., Escande, M.**, (1989), L'émergence de la douleur/souffrance en psychothérapie à médiation corporelle et motrice chez le psychotique, *Psychologie Médicale*, 21,6, 698-700
- Tonella, G.**, (1994), *L'analyse bioénergétique*, Morisset
- Tonella, G.**, (2006 a), Körperpsychotherapie und Psychose, Marlock G., Weiss H. (Eds), *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart, New York, Schattauer, 734-740
- Tonella, G.**, (2006 b), Die Orale Depression, Marlock G., Weiss H. (Eds), *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart, New York, Schattauer, 768-775
- Tonella, G.**, (2007), Trauma et Résilience: le Corps Convoqué, *Résilience*, J. Aïn, (Ed), Erès, France, 55-89
- Tonella, G.**, (2009), Les expériences corporelles à l'origine de l'identité de soi , J. Aïn (Ed), *Identités*, Erès, France, 33-49
- Tronick, E., & Harrison, A. M.**, (2007), Contributions to understanding therapeutic change: Now we have a playground, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 3, 853-872
- Tustin, F.**, (1972), *Autisme et psychose de l'enfant*, 1977, Le Seuil
- Tustin, F.**, (1986), *Le trou noir de la psyché*, 1989, Le Seuil
- Tustin, F.**, (1990), *Autisme et protection*, 1992, Le Seuil
- Wallon, H.**, (1934), *Les origines du caractère chez l'enfant*, (1949) Paris : PUF
- Winnicott, D.W.**, (1949), L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1969, Payot