

UN PROCESSUS INTERSUBJECTIF POUR LA REGULATION EMOTIONNELLE

Guy TONELLA

© 2014

Schore (2001¹, 2003², 2012³) a renouvelé la réflexion clinique en la dotant de fondements neurobiologiques. Il décrit deux stratégies de régulation du Soi :

1 - Une stratégie autorégulatrice interne physiologique

Elle repose sur des mécanismes cérébraux autorégulateurs, apparus chez les mammifères les plus anciens. Ces mécanismes servent à signaler un besoin physiologique tel que la faim, le besoin de chaleur, le besoin de sécurité, afin de rétablir l'homéostasie physiologique de l'organisme.

2 - Une stratégie régulatrice externe relationnelle

Elle repose sur des processus relationnels apparus plus récemment chez les mammifères les plus évolués vivant en groupe social. Ces processus servent à réguler chaque membre du groupe en état de détresse et s'appuient sur la communication émotionnelle (MacLean, 1990⁴; Porges, 1997⁵; Panksepp, 1998a⁶, 1998b⁷). Cette évolution a favorisé la co-intégration : 1) des régulations internes viscérales médiatisées par le tronc cérébral avec, 2) des régulations externes somatosensorielles médiatisées par le diencephale et le cerveau profond (Trevarthen, 1985⁸, 1989⁹, 2001b¹⁰; Ploog, 1992¹¹; Schore, 1994¹²; Porges, 1997¹³; Tucker, 2000¹⁴).

¹ SCHORE A., 2001, The effect of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

² SCHORE A.N., 2003, *La régulation affective et la réparation du Soi*, 2008, éd. du CIG, Montréal.

³ SCHORE A.N., 2012, *Working in the right brain : A model of clinical expertise for treatment of attachment trauma*, Conférence pour la Société Italienne de Psychanalyse, Université Sapienza, Rome.

⁴ MACLEAN P., 1990, *The Triune Brain in Evolution*. New York: Plenum Press.

⁵ PORGES S.W., 1997, Emotion: An evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system, In C.S. CARTER, I.I. LEDERHENDLER, B. KIRKPATRICK (Eds.), *The Integrative Neurobiology of Affiliation*, Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 807, New York: New York Academy of Sciences, 62-78.

⁶ PANKSEPP J., 1998a, *Affective Neuroscience.: The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University Press.

⁷ PANKSEPP J., 1998b, The periconscious substrates of consciousness: Affective states and the evolutionary origins of the self. *Journal of Consciousness Studies*, 5, 566-582.

⁸ TREVARTHEN C., 1985, Neuroembryology and the development of perceptual mechanisms. In F. FALKNER, J.M. TANNER (Eds.), *Human Growth* (Second Edition), New York: Plenum, 301-383.

⁹ TREVARTHEN C., 1989, Development of early social interactions and the affective regulation of brain growth. In C. VON EULER, H. FORSSBERG, H. LAGERCRANTZ (Eds.), *Neurobiology of Early Infant Behaviour*, (Wenner-Gren Center International Symposium Series, Vol. 55). Basingstoke, Hants: Macmillan/New York: Stockton Press, 191-216.

¹⁰ TREVARTHEN C., 2001b, The neurobiology of early communication: Intersubjective regulations in human brain development. In A.F. KALVERBOER, A. GRAMSBERGEN (Eds.), *Handbook on Brain and Behavior in Human Development*, Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 841-882.

Schore écrit : « Les premières expériences de relation [du bébé mammifère humain] déterminent si, lors de moments ultérieurs de crise, alors que nos propres mécanismes d'autorégulation s'interrompent, nous pouvons nous tourner vers les autres à la recherche d'un appui relationnel, sachant que nous pouvons compter sur la régulation relationnelle, qu'elle soit dans le contexte d'une relation intime ou d'une relation psychothérapeutique. » (Schore, 2001¹⁵, p. 245). Dans le contexte de la relation thérapeutique, la régulation émotionnelle fait appel au processus intersubjectif.

LES FONDEMENTS NEUROBIOLOGIQUES DE LA STRATEGIE REGULATRICE INTERSUBJECTIVE

LE FONCTIONNEMENT AUTONOME POLYVAGAL

Porges (1995¹⁶, 1997¹⁷, 2001a¹⁸, 2001b¹⁹, 2004²⁰, 2005²¹, 2011²²) a décrit l'évolution neurobiologique du système nerveux autonome dans sa « théorie polyvagale ». Celle-ci ne distingue plus au sein du système nerveux autonome deux systèmes antagonistes (sympathique et parasympathique) mais trois systèmes (un système sympathique, un système parasympathique vagal dorsal et un système parasympathique vagal ventral). Ces trois systèmes organisés hiérarchiquement régissent trois stratégies neurobiologiques et comportementales, en réponse aux stimuli de l'environnement :

¹¹ PLOOG D., 1992, The evolution of vocal communication. In H. PAPOUSEK, U. JURGENS, M. PAPOUSEK, (Eds.), *Nonverbal Vocal Communication: Comparative and Developmental Aspects*, Cambridge/New York: Cambridge University Press, 3-13.

¹² SCHORE A.N., 1994, *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

¹³ PORGES S.W., 1997, Emotion: An evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system, In C.S. CARTER, I.I. LEDERHENDLER, B. KIRKPATRICK (Eds.), *The Integrative Neurobiology of Affiliation*, (Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 807). New York: New York Academy of Sciences, 62-78.

¹⁴ TUCKER D.M., 2000, Motivational control of memory: Hierarchic anatomy and physiological mechanisms. In G. GAINOTTI (Ed.) *Handbook of Neuropsychology*.

¹⁵ SCHORE A., 2001, The effect of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

¹⁶ PORGES S.W., 1995, Orienting in a defensive world : Mammalian modification of our, *Psychophysiology*, 32 (4), 301-318.

¹⁷ PORGES S.W., 1997, Emotion: An evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system, In C.S. CARTER, I.I. LEDERHENDLER, B. KIRKPATRICK (Eds.), *The Integrative Neurobiology of Affiliation*, (Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 807). New York: New York Academy of Sciences, 62-78.

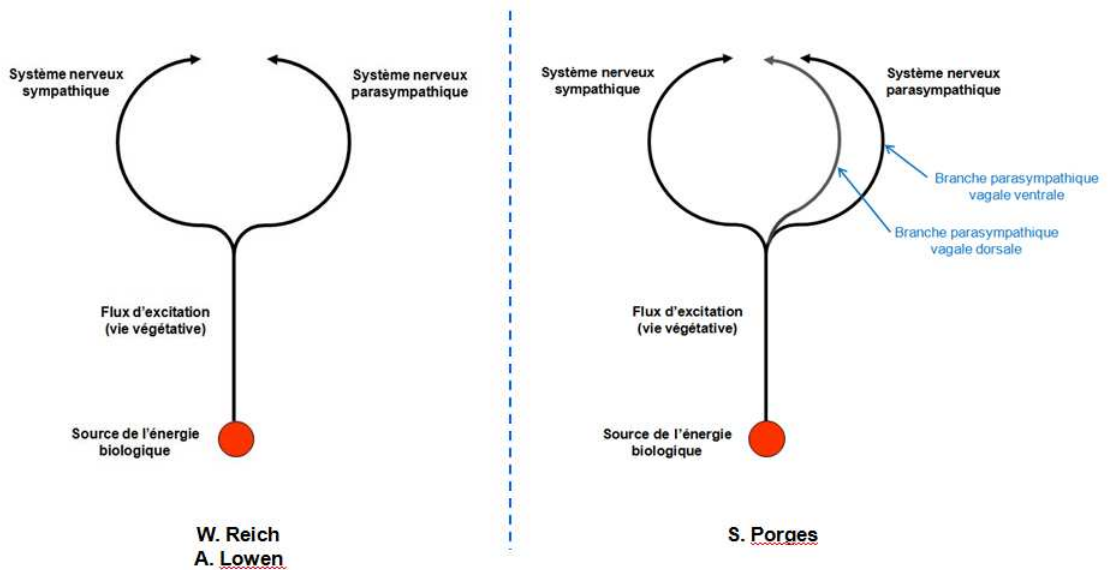
¹⁸ PORGES S.W., 2001a, The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system, *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146.

¹⁹ PORGES S.W., 2001b, Is there a major stress system at the periphery other than the adrenals?, D.M. Brooom (ed.), *Report of the 87th Dahlem Workshop on Coping with Challenge: Welfare in Animals Including Humans*, Berlin, 2000, Dahlem University Press: Berlin, 135-149.

²⁰ PORGES S.W., 2004, Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety, *Zero to Three*, Retrieved August 8, 2005, from bbc.psych.unic.edu/pdf/Neuroception.pdf.

²¹ PORGES S.W., 2005, The role of social engagement in attachment and bonding: A phylogenetic perspective, C.S. Carter, L. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis*, Cambridge, MA: The MIT Press.

²² PORGES S.W., 2011, *The polyvagal theory*, New York: W.W. Norton & Company.



Le système nerveux autonome

1 - Le système sympathique est au service d'un déclenchement rapide de l'action motrice et crée une *hyperactivation*. Sa fonction est analogue à celle d'un accélérateur à pied modulable ;

2 - La branche parasympathique dorsale du nerf vague est phylogénétiquement la plus ancienne. Elle est à l'origine des comportements de figement en réponse au stress (« faire le mort ») et crée une *hypoactivation*. Sa fonction est analogue à celle d'un frein à main tiré, même si l'autre pied continue d'accélérer ;

3 - La branche parasympathique ventrale du nerf vague est phylogénétiquement plus récente. Elle est à l'origine des relations humaines et au service de la « connexion sociale » (Porges, 2003b²³), les autres étant utilisés comme ressources aidant à la régulation de sa propre activité physiologique. Elle crée une *activation optimale* et sa fonction est analogue à celle d'un frein à pied modulable permettant de décélérer et de relâcher le frein à main.

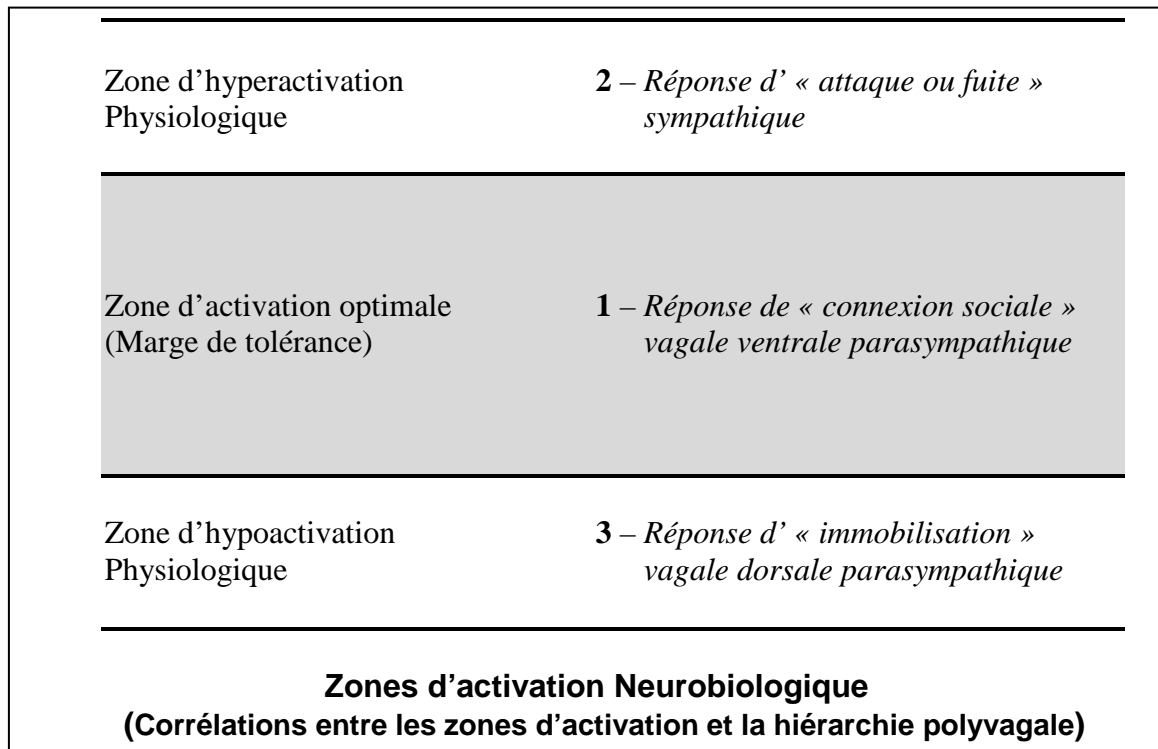
Puisque le système vagal ventral de l'enfant ne se myélinise que progressivement à partir de la naissance et durant la petite enfance, la mère jouera durant ce temps le rôle de système vagal ventral régulateur et apaisant pour son enfant. Elle a alors pour fonction de réguler les états de vitalité et les états émotionnels de son enfant de manière à ce que ces états puissent être contenus, tolérés et orientés vers l'attention psychique, pour une possible élaboration et intégration. Ce faisant, cette procédure de pouvoir compter sur une figure d'attachement comme appui et soutien quand nécessaire est encodée par l'enfant en mémoire à long terme. L'adulte réactivera cette procédure en utilisant à chaque fois que nécessaire ses liens d'attachement ou de connexion sociale afin de réguler ses états émotionnels difficiles à autoréguler, seul.

Si la figure d'attachement ne régule pas suffisamment les états de vitalité et les états sensori-émotionnels de l'enfant, celui-ci est chroniquement confronté à des états de détresse et à des émotions intenses et toxiques. Dès la première année de vie, il opte, pour s'en protéger, pour une stratégie de détachement social et émotionnel, manifestant, pendant l'enfance puis à l'âge adulte, un certain retrait accompagné d'un figement intérieur, ainsi qu'une plus ou moins profonde

²³ PORGES S.W., 2003b, Social engagement and attachment: A phylogenetic perspective, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 31-47.

insensibilité émotionnelle. Chez de tels patients, le niveau cortical, cognitif, sera plus ou moins dissocié du niveau sous-cortical, sensoriel et émotionnel.

LA FENETRE DE TOLERANCE EMOTIONNELLE



La « zone optimale d'activation physiologique » (Wilbarger et Wilbarger, 1997²⁴) se situe entre les deux extrêmes de l'hyperactivation sympathique et de l'hypoactivation parasymphatique dorsale. Cette zone constitue une « fenêtre de tolérance émotionnelle » (D. Siegel, 1999²⁵) au sein de laquelle l'organisme est dans un état d'excitation optimal : ni trop élevé ni trop faible. Il peut alors traiter les informations reçues du monde intérieur ou du monde extérieur et leurs « diverses intensités d'activation émotionnelle et physiologique sans altérer le fonctionnement du système » (Siegel, 1999²⁶, p. 253). L'organisme peut ainsi poursuivre son travail permanent de réception des informations, d'élaboration, de prise de décision, de régulation des comportements d'action, de régulation des affects, et donc d'enrichissement et d'intégration continue du Soi.

Dans un contexte ne présentant aucune menace, le système vagal ventral de connexion sociale régule le système sympathique, favorise l'investissement du monde environnant, la formation de liens sociaux et de liens d'attachement positifs (*Zone d'activation 1 sur le schéma*). Même dans un contexte de faible menace, la personne bien adaptée cherche d'abord à utiliser son système parasymphatique ventral de connexion sociale, inhibiteur du système sympathique, et modulateur des comportements sociaux, amicaux, de coopération et d'apaisement. C'est seulement si cette stratégie s'avère inefficace que le système parasymphatique cèdera automatiquement le contrôle au système sympathique et à ses réponses plus adaptées d'attaque/fuite.

²⁴ WILBARGER J. & WILBARGER P., 1997, *Sensory defensiveness and related/social emotional and neurobiological problems*, Van Nuys, CA: Wilbarger.

²⁵ SIEGEL D., 1999, *The developing mind*, New York: Guilford Press.

²⁶ SIEGEL D., 1999, *The developing mind*, opus cité.

La « zone d'activation optimale » constitue un point de repère fondamental pour le processus thérapeutique. Plus son amplitude est grande et plus la personne peut utiliser le lien social ou le lien d'attachement pour se réguler. Plus elle est étroite et plus il lui est difficile, voire impossible, d'utiliser la relation interpersonnelle comme ressource de régulation de soi.

Comme la mère pour son très jeune enfant, le thérapeute accepte de jouer le rôle de système vagal ventral, régulateur et apaisant. Il propose un champ interpersonnel reproduisant le système d'attachement maternel base de sécurité et régulateur, et constitué de six propriétés régulatrices fondamentales : l'intentionnalité, la synchronisation, l'accordage, la contenance, la régulation sensori-affective et la réparation (Tonella, 2012²⁷). Sa fonction primordiale devient ainsi celle d'apporter au patient son soutien psychologique et affectif et de réguler ses états de vitalité et ses états sensori-émotionnels dysrégulés en les amenant progressivement dans la « zone d'activation optimale » ou « fenêtre de tolérance émotionnelle ». En effet, les adultes présentant ces traumatismes développementaux préverbaux ont des seuils de réponse aux stimulations de l'environnement exceptionnellement bas ou exceptionnellement élevés, ou l'un et l'autre en alternance. Ils doivent réapprendre, en thérapie, à compter sur une figure d'attachement substitutive, le thérapeute, afin d'identifier les stimuli spécifiques qui leur font atteindre certains états d'hyperactivation ou d'hypoactivation, de manière à réguler ces états et à agrandir leurs marge de tolérance à l'égard de ces stimuli.

LES RESSOURCES GENEREES PAR LE CERVEAU DROIT

Certaines ressources développées par le cerveau droit font de la mère ou du thérapeute un partenaire intersubjectif fiable, telles que :

1 – L'empathie

L'empathie de la mère ou du thérapeute implique qu'ils sentent dans leur propre corps les sensations et les émotions que l'enfant ou le patient décrit dans le sien. Le phénomène de résonance consiste en l'activation d'un mécanisme d'identification introjective reposant sur les neurones miroir (Gallese et al., 1996²⁸ ; Rizzolati et al., 2007²⁹). En s'identifiant par exemple à la détresse de son enfant ou de son patient, la mère ou le thérapeute la ressent à l'intérieur d'elle ou de lui, dans son propre corps, par le biais des manifestations physiologiques qu'elle entraîne : modifications intéroceptives, cardiaques, respiratoires, toniques, émotionnelles.

Cette capacité empathique est générée par son cerveau droit. Comme celui de la mère empathique, celui du psychothérapeute empathique présente certaines particularités : « Des différences individuelles portant sur le degré de conscience intéroceptive subjective et, par extension, sur la capacité à éprouver des émotions profondes et complexes, peuvent se manifester en termes de degré d'expansion de l'insula antérieure droite et des cortex orbitofrontaux adjacents » (Craig, 2004³⁰). Cette expansion est liée à la propre histoire développementale tant de la mère que du thérapeute, à l'expérience, pour ce dernier, tirée de sa propre thérapie ainsi que de sa pratique clinique avec ses propres patients. Elle repose de toute évidence sur une pratique et une formation de conscience corporelle.

Le processus thérapeutique empathique se manifeste par un accordage affectif patient-thérapeute. Le fait que le thérapeute prenne affectivement soin du patient a sur le patient des répercussions physiologiques régulatrices et réparatrices directes.

²⁷ TONELLA G., 2012, L'encodage corporel de la mémoire préverbale, *Le corps et l'analyse : Revue des Sociétés Francophones d'Analyse Bioénergétique*, vol. 13, Bruxelles, 89-141.

²⁸ GALLESE V., FADIGA L., FOGASSI L., RIZZOLATI G., 1996, Action recognition in the premotor cortex, *Brain*, vol.119, n°2, pp. 593-609

²⁹ RIZZOLATI G., FOGASSI L., GALLESE V., 2007, Les neurones miroirs, *Science*, Janvier.

³⁰ CRAIG , 2004, Human feelings : why are some more aware than others ?, *Nature Neuroscience*.

2 – L'intuition

Le cerveau droit est source d'intuition clinique. Il existe un dénominateur commun entre l'accordage primaire psychobiologique de la mère avec son nourrisson (son « intuition maternelle ») et la réactivité sensible et intuitive du thérapeute (son « intuition clinique ») aux communications intersubjectives corporelles et affectives de son patient en grande partie inconscientes. En fait, le flux d'expression non verbale, pré-rationnelle, qui lie l'enfant au parent ou le patient au thérapeute, et qui se poursuit la vie durant, est le premier moyen de communication intuitive de sensations et d'affects éprouvés entre deux personnes.

Le processus intuitif se manifeste d'abord à un niveau viscéral et intéroceptif. L'hémisphère droit s'empare de ces informations précognitives (Critchley et Harrison, 2013³¹) pour les transformer en une réponse intersubjective, équivalente pour le thérapeute à un « contretransfert somatique » (Lewis, 1992³²) puisqu'elle aboutit à une traduction en actes ou en interactions thérapeutiques (Cf. l'« enactment », Schore, 2012³³).

Le thérapeute développe bien sûr sa compréhension intuitive au fur et à mesure de son expérience et de l'accroissement de son champ de compétence clinique.

3 – La créativité

Les processus créatifs, tant chez la mère que chez le thérapeute et chez le patient, sont l'œuvre de la mémoire implicite et de l'hémisphère droit.

Les meilleurs moments thérapeutiques coïncident avec une création simultanée que partagent le thérapeute et le patient. Ce sont des moments de créativité intersubjective où les deux systèmes inconscients des hémisphères droits entrent en résonance.

Finalement, seuls les hémisphères droits interconnectés sont capables de soutenir des expériences dans toute leur complexité, d'une manière interactive enrichissante et humanisante pour l'un et pour l'autre des partenaires de la dyade.

L'INTERSUBJECTIVITE THERAPEUTIQUE GENEREE PAR LA RELATION CERVEAU DROIT- CERVEAU DROIT

En termes neurobiologiques, Schore décrit l'objectif de la relation thérapeutique intersubjective comme étant celui de réparer l'impact d'un trauma de l'attachement sur la « structure du cerveau droit [ou] structure du caractère » (Schore, 2012³⁴), ou encore, de réparer la double dissociation neurobiologique cerveau droit – cerveau gauche, et structures corticales – structures sous-corticales entraînant une « dissociation caractérologique » (Schore, 2001³⁵).

Ceci constitue un formidable changement de paradigme pour la psychanalyse et les thérapies analytiques verbales, traditionnellement centrées sur l'interprétation verbale des contenus mentaux des analysants (fonction du cerveau gauche) et non sur la régulation énergétique et sensori-émotionnelle des comportements non verbaux (fonction du cerveau droit).

³¹ CRITCHLEY H.D., HARRISON N.A., 2013, Visceral influences on brain and behavior, *Neuron*, 77, 624-638.

³² LEWIS P., 1992, The creative arts in transference-countertransference relationships, *The Arts in Psychotherapy*, 19, 317-323.

³³ SCHORE A.N., 2012, *A paradigm shift in the therapeutic approach to enactments*, Conférence pour la Société Italienne de Psychanalyse, Université Sapienza, Rome.

³⁴ SCHORE A.N., 2012, *Working in the right brain : A model of clinical expertise for treatment of attachment trauma*, Conférence pour la Société Italienne de Psychanalyse, Université Sapienza, Rome.

³⁵ SCHORE A.N., 2001, The effect of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

Il en va différemment pour l'analyse bioénergétique puisque l'état de vitalité (le niveau énergétique de l'organisme) et l'état émotionnel (les émotions présentes, refoulées, déniées ou dissociées) ont toujours été au centre de la préoccupation thérapeutique. Lowen (1958³⁶, 1965³⁷, 1968³⁸) a toujours pensé que le degré de charge énergétique de l'organisme, à l'origine de la conscience somatosensorielle de ses états de vitalité, que l'éprouvé et l'expression sensori-émotionnels, et que l'activité motrice étaient au cœur du fonctionnement humain et au centre de la pratique thérapeutique. L'évolution paradigmatique de l'analyse bioénergétique n'est pas dans un changement radical de niveau de travail, comme il l'est pour la psychanalyse. Il se situe davantage au niveau du passage d'une pratique de l'*expression* émotionnelle à une pratique de la *communication* émotionnelle. L'expression peut être individuelle, qu'elle ait ou non des témoins, alors que la communication est nécessairement interpersonnelle. L'expression peut être régulatrice par sa fonction abréactive et cathartique mais à condition que la personne ait développé ses propres capacités individuelles autorégulatrices, ce qui n'est pas le cas des structures de personnalité préverbaux. Ceci a légitimé l'évolution d'une *one-body-psychotherapy* vers une *pratique thérapeutique intersubjective*, trois caractères d'origine préverbale résultant de traumatismes de l'attachement étant directement concernés : le caractère schizoïde, le caractère oral et l'état limite. Il s'agira pour ces patients de découvrir les propriétés régulatrices de la relation thérapeutique intersubjective qu'ils n'ont pu vivre et encoder, enfants, en s'appuyant aujourd'hui, adulte, sur l'autre, adulte, pour en découvrir les bénéfices puisque, comme le montrent Stern et als. (1998³⁹), Schore (2001c⁴⁰), Bebee et Lachman (2002⁴¹) et Tronick (2007⁴²), il existe de grandes similarités entre les propriétés interactives affectives parent-enfant et thérapeute-patient puisque dans les deux cas ce sont les hémisphères droits qui traitent et modélisent les « affects de vitalité » (Stern, 1985⁴³) et les états sensori-émotionnels émergeant des expériences interactives.

Je suis d'accord avec Schore pour dire que :

- 1 – La pratique thérapeutique intersubjective repose sur une relation « cerveau droit (patient) – cerveau droit (thérapeute) » sous-jacente et préalable à la pensée et à la parole, et se déploie fondamentalement sous forme d'interactions énergétiques, sensorielles, émotionnelles, posturales, gestuelles, mimiques et vocales ;
- 2 – Parce que la communication intersubjective repose sur une relation « cerveau droit – cerveau droit », l'intérêt des deux membres de la dyade thérapeutique se déplace des processus intracorporels ou intrapsychiques vers les processus relationnels et interactifs, ces derniers opérant à un niveau corporel sous-jacent aux pensées conscientes et aux échanges verbaux ;
- 3 – Parce que dans la relation thérapeutique intersubjective « deux cerveaux droits [...] traitent les émotions inconsciemment, communiquent et sont en résonance » (Schore, 2003⁴⁴, p. 78), les états énergétiques et sensori-émotionnels sont amplifiés dans la durée et l'intensité, facilitant l'intégration des états négatifs et leur transformation en états positifs ;

³⁶LOWEN A., 1958, *Le langage du corps*, 1977, Paris: Tchou.

³⁷LOWEN A., 1965, *Breathing, movement and feeling*, Monograph, Institute for Bioenergetic Analysis, New York.

³⁸LOWEN A., 1968, *Expression of the self*, Monograph, Institute for Bioenergetic Analysis, New York.

³⁹STERN D.N., BRUSCHWEILER-STERN N., HARRISON A.M., LYONS-RUTH K., MORGAN organ, A. C., NAHUM P.P., SANDER L., & TRONICK EZ., 1998, The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult therapy, *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308.

⁴⁰SCHORE N.A., 2001c, *Regulation of the right brain: A fundamental mechanism of attachment, trauma, dissociation, and psychotherapy, Parts 1 and 2*, Papers presented at the Conference on Attachment, Trauma, and dissociation: Developmental, Neuropsychological, Clinical, and Forensic Considerations, University College of London Attachment Research Unit and the Clinic for the Study of Dissociative Disorders, Sponsors, London.

⁴¹BEEBE B., LACHMAN F., 2002, *Infant research and adult treatment*, Hillsdale, NJ: Analytic Press.

⁴²TRONICK 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.

⁴³STERN D., 1985, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 1989, Paris : PUF.

⁴⁴SCHORE A.N., 2003, *La régulation affective et la réparation du Soi*, 2008, éd. du CIG, Montréal.

4 – Les propriétés qui régissent la relation thérapeutique intersubjective correspondent aux propriétés de la relation d’attachement mère-enfant : intentionnalité, synchronisation, accordage, contenance, régulation affective et réparation. Elles promeuvent la réactivation du système parasympathique vagal ventral du patient, son système d’attachement et de « connexion sociale » ;

5 – La relation thérapeutique intersubjective implique que le thérapeute engage *réellement* l’ensemble de son système sensori-émotionnel dans la relation, c’est-à-dire son cerveau droit. Ce faisant :

(1) il répond au besoin du patient de rencontrer *une personne réelle*, sensori-affectivement accordée à lui et, pour cette raison, capable de réguler ses états vitaux et émotionnels dysrégulés n’ayant pu accéder à la représentation intérieure ;

(2) il agit comme un miroir réfléchissant. Il aide le patient à prendre conscience des états énergétiques, sensations, émotions, impulsions motrices actuellement réactivé en lui, à prendre conscience des stratégies pathogènes qu’il utilise pour y faire face. Il décrit à son patient les effets que leur relation et les événements qui s’y déroulent ont sur lui : ses propres modifications physiologiques, ses impressions sensorielles, kinesthésiques, émotionnelles, et l’état d’esprit dans lequel il se trouve à présent, et transmet ainsi sa propre expérience subjective.

LA MISE EN ACTE AU FONDEMENT DE LA STRATEGIE REGULATRICE INTERSUBJECTIVE

LES MISES EN ACTE GENEREES PAR LE CERVEAU DROIT

Le cerveau droit actualise et « répète » les événements traumatiques sous forme de « mise en acte », dans certains contextes de la vie quotidienne ou dans le cadre du champ thérapeutique. Le sens de ces répétitions est de tenter une fois de plus de créer une situation favorable pouvant réguler l’hyper ou l’hypoexcitation chronique post-traumatique. Ceci est possible en s’appuyant sur la relation thérapeutique intersubjective qui transforme ces « répétitions » traumatiques en « actes créateurs » et en « procédures nouvelles », permettant au Soi de reprendre son développement là où il avait interrompu.

Ce que le patient amène en thérapie et qu’il remet en acte concerne l’empreinte indélébile de son trauma de l’attachement, et « parce que le trauma n’est pas encodé en mémoire sous forme de représentation, l’expérience traumatique n’est pas symbolisée et ne peut être verbalisée, "parlée". Son évocation au sein de la relation thérapeutique implique sa reviviscence » (Bromberg, 2006⁴⁵), ou encore : « parce que [les expériences affectives] ont été encodées dans des conditions traumatiques ou parce qu’elles appartiennent à la période préverbale, elles restent encodées sous forme somatosensorielle et ne peuvent qu’être communiquées sous cette forme » (Sands, 1997⁴⁶). En d’autres termes, les patients racontent leur histoire en la remettant en acte au sein de la relation thérapeutique intersubjective, sous forme de langage non verbal sensori-émotionnel et sensorimoteur, langage qui est celui des événements préverbaux.

Cette dimension non verbale du processus thérapeutique fait aujourd’hui l’objet d’un regain d’intérêt, articulée au travail sur le trauma préverbal de l’attachement. La théorie nord-américaine actuelle de l’« enactment » (mise en acte) rend compte de cette tendance du patient à mettre en acte au sein de la relation thérapeutique les événements traumatiques préverbaux qu’il a vécus et qui

⁴⁵ BROMBERG P., 2006, *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*, Kindle Edition.

⁴⁶ SANDS S., 1997, Self psychology and projective identification – wither cant hey meet ? A reply to the editors (1995), *Psychoanalytic Dialogue*, 7, 651-668.

subsistent, pour la plupart, dissociés du Soi pensant et réfléchissant (Schore, 2012⁴⁷). Elle rejoint une observation clinique et une théorisation amorcées au court du siècle dernier.

Wallon (1934⁴⁸) décrit ce processus lors des thérapies psychomotrices d'enfants, insistant sur le fait que le système tonico-postural est le premier grand système soutenant l'expression émotionnelle du Soi. Il évoque le « dialogue tonico-émotionnel » et le « dialogue postural » interpersonnels pour lesquels la musculature et son tonus musculaire offrent un support à la *communication émotionnelle*. C'est lorsque celle-ci s'avère impossible qu'il se forme des « spasmes » puis des « contractures musculaires » ; l'expression émotionnelle est alors séquestrée par le tonus musculaire. « Essentiellement fonction d'expression, fonction plastique, les émotions sont une formation d'origine posturale, et elles ont pour étoffe le tonus musculaire. Leur diversité est liée à l'hyper ou à l'hypotension du tonus, à son libre écoulement en gestes et en actions ou à son accumulation sans issue et à son utilisation sur place par des spasmes » (1934⁴⁹, p. 174). Dans ce cas, le sujet, privé de communication émotionnelle, s'enferme dans sa posture et dans son « caractère ».

Rapportant le cas clinique d'un enfant figé, crispé et mutique, inexpressif et insensible, Wallon commente : « C'est seulement après plusieurs semaines de traitements meilleurs que j'ai vu les crises de sanglots redevenir possibles » (1934⁵⁰, p. 125). C'est en réinscrivant l'enfant dans l'interaction interpersonnelle et dans la communication émotionnelle que la « thérapie psychomotrice » parvient à relâcher le tonus musculaire, libérant le mouvement et l'expression émotionnelle. La libération des émotions bloquées et leur communication interpersonnelle, dit Wallon, libère d'autre part les capacités à penser et à agir puisque l'émotion, et plus généralement la vie affective, est un "passeur" entre l'activité musculaire, tonico-posturale, et l'activité psychique, cognitive et représentative. La mise en acte, la mise en action ou en interaction, constituent la spécificité de cette approche thérapeutique psychocorporelle très proche, dans ses fondements théoriques et cliniques, de « l'analyse caractérielle » développée à la même époque par Reich, puis de « l'analyse bioénergétique » que développera Lowen dans le sillage de Reich.

Reich (1933⁵¹, 1940⁵²), à la même époque, et bien que travaillant généralement en thérapie d'adultes, définit les mêmes liens entre l'émotion, le tonus musculaire et la représentation. La tension musculaire, dit-il, est au service du blocage du processus émotionnel et des représentations correspondantes au lieu d'être au service de l'expression et de l'action motrice. Ceci permet de comprendre pourquoi « la dissolution d'une rigidité musculaire non seulement libère l'énergie végétative [l'émotion et le mouvement], mais aussi ramène à la mémoire [les représentations de] la situation infantile même où le refoulement a eu lieu. Nous pouvons dire : toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine » (1940⁵³, p. 236).

Reich en tire les conclusions techniques suivantes : c'est par le relâchement des tensions musculaires (névrotiques ou traumatiques) favorise la libération des affects bloqués et de leurs représentations correspondantes. Dans cette même perspective, Lowen développera des techniques favorisant le rétablissement du mouvement physique et de l'abréaction des charges émotionnelles

⁴⁷ SCHORE A.N., 2012, *A paradigm shift in the therapeutic approach to enactments*, Conférence pour la Société Italienne de Psychanalyse, Université Sapienza, Rome.

⁴⁸ WALLON H., 1934, *Les origines du caractère chez l'enfant*, (1949) Paris : PUF.

⁴⁹ WALLON H., 1934, *Les origines du caractère chez l'enfant*, (1949) Paris : PUF.

⁵⁰ WALLON H., 1934, *Les origines du caractère chez l'enfant*, (1949) Paris : PUF.

⁵¹ REICH W., 1933, *Charakteranalyse*, 1949, *Character Analysis*, Wilhelm Reich infant Trust fund., 1971, *L'Analyse Caractérielle*, Payot, Paris.

⁵² REICH W., 1940, *The function of the orgasm*, Orgone Institute Press, New York, 1952, *La fonction de l'orgasme*, L'Arche, Paris.

⁵³ REICH W., 1940, *The function of the orgasm*, Orgone Institute Press, New York, 1952, *La fonction de l'orgasme*, L'Arche, Paris.

séquestrées, ainsi que le développement de nouvelles ressources autorégulatrices par la respiration et le grounding.

Il existe cependant une différence importante entre Wallon d'une part, Reich et Lowen d'autre part. Wallon se situe d'emblée dans la dimension interpersonnelle : c'est parce que l'émotion ne peut être communiquée à un autre qu'elle entraîne la contraction musculaire, et c'est en rouvrant la voie à la *communication émotionnelle* (de nature interpersonnelle) que la contraction musculaire peut abandonner sa fonction pathogène. Alors que pour Reich, c'est parce que l'expression émotionnelle doit être bloquée (par des interdits réels ou par des fantasmes d'interdits) que la contraction musculaire entre en jeu. Lowen lui emboîte le pas en privilégiant l'abord individuel : c'est le travail sur la contraction musculaire (intra-individuelle) qui permet la libération de l'émotion et son expression (plutôt que sa communication). Wallon met l'accent sur l'absence de communication émotionnelle alors que Reich et Lowen mettent l'accent sur l'absence d'expression émotionnelle. Wallon privilégie l'approche interpersonnelle alors que Lowen privilégie l'approche intrapersonnelle.

Le message neurobiologique transmis aujourd'hui par Schore est réconciliateur : chez le mammifère humain, ces deux types de processus existent simultanément, tant les processus relationnels impliquant la *communication émotionnelle*, dans son sens intersubjectif, que les processus physiologiques intrapersonnels impliquant *l'expression émotionnelle*, dans son sens *d'abréaction cathartique*.

LA REGULATION INTERSUBJECTIVE DES MISES EN ACTE

La mise en acte met en jeu des irruptions émotionnelles intenses émanant de parties effrayées du Soi, figées jusqu'alors par une expérience traumatique ayant interrompu le développement du Soi (Kohut, 1984⁵⁴). Elle permet à l'organisme de sortir du figement la sensation ou l'affect liés au traumatisme passé ; elle est la voie royale d'accès au trauma, à ses dysrégulations énergétiques, homéostasiques et physiologiques (Levine et Frederick, 1997⁵⁵), sachant que son mécanisme fondamental ne se situe pas au niveau cognitif mais au niveau homéostatique de la régulation de l'excitation physiologique ou « énergétique » (Lowen, 1958⁵⁶ ; Levine et Frederick, 1997⁵⁷ ; Schore, 2003⁵⁸, 2012⁵⁹).

La mise en acte peut s'accompagner d'une décharge énergétique intense et d'une libération d'affects dysrégulés et dissociés, mobilisant le sentiment d'une immense détresse pouvant potentiellement désorganiser le cerveau droit et altérer les états de conscience. Il est possible de réguler ce processus d'expression corporelle :

1 – en **fractionnant** le déroulement de l'expérience du patient en séquences émotionnellement tolérables : « Arrêtons-nous là pour le moment sans aller au-delà de ce qui est présent... ». La ré-expérimentation des éprouvés sensoriels et des affects traumatiques peut alors émerger à la

⁵⁴ KOHUT H., 1984, *How Does Analysis Cure?* Ed. Arnold Goldberg with Paul E. Stepanky. University of Chicago Press.

⁵⁵ LEVINE P. & FREDERICK A., 1997, *Réveiller le tigre, Guérir le traumatisme*, Belgique : Socrate Ed. Pomarex, 2004.

⁵⁶ LOWEN A., 1958, *Le langage du corps*, 1977, Paris: Tchou.

⁵⁷ LEVINE P. & FREDERICK A., 1997, *Réveiller le tigre, Guérir le traumatisme*, Belgique : Socrate Ed. Pomarex, 2004.

⁵⁸ SCHORE A.N., 2003, *La régulation affective et la réparation du Soi*, 2008, éd. du CIG, Montréal.

⁵⁹ SCHORE A.N., 2012, *A paradigm shift in the therapeutic approach to enactments*, Conférence pour la Société Italienne de Psychanalyse, Université Sapienza, Rome.

conscience corporelle et perceptive à l'intérieur de la fenêtre de tolérance physiologique (Siegel, 1999⁶⁰) ;

2 – en « **titrant** » l'expérience, c'est-à-dire en limitant son intensité en fonction de ce que le patient peut en tolérer, en mettant par exemple une limite à l'amplitude de l'expression posturale et gestuelle, à l'amplitude des mouvements, à l'amplitude et au rythme respiratoire, etc. ;

3 – en **découplant**, différenciant, l'expérience sensori-émotionnelle en expérience sensorielle d'une part, et en expérience émotionnelle d'autre part, demandant au patient de n'explorer d'abord que l'aspect sensoriel sans éprouver ni exprimer l'aspect émotionnel, et ceci tant que les sensations physiques réactivées ne sont pas devenues tolérables ;

4 – en **découplant** ou différenciant également les expériences sensorimotrices en expériences d'abord sensorielles tolérables avant qu'elles ne donnent lieu à des mouvements, des gestes, des actions ou des interactions.

L'intervention thérapeutique concerne donc en priorité l'intensité de l'activation physiologique, de l'« activation énergétique » (Schore, 2012⁶¹) que l'organisme peut ici et maintenant tolérer, c'est-à-dire le facteur quantitatif. Ce facteur quantitatif a suscité la réflexion récente de Wilkinson (2010⁶²) prolongeant « l'intérêt de Ferenczi à explorer le degré de tension que le patient pouvait tolérer et son affirmation selon laquelle des résultats thérapeutiques étaient obtenus en travaillant jusqu'à la limite du supportable ». Lowen (1958⁶³, 1965⁶⁴) avait déjà pris en compte et discuté l'importance de l'aspect quantitatif énergétique-émotionnel dans le processus thérapeutique bioénergétique ainsi que le cadre de son efficacité. La réflexion renouvelée sur l'abréaction émotionnelle et son effet cathartique (Klopstek, 2005⁶⁵) vont également dans le sens de cette préoccupation du degré optimal d'activation physiologique à l'origine de changements thérapeutiques. Car, *in fine*, en régulant les expériences traumatiques dysrégulées, en les transformant en expériences tolérables et partageables, elles sont détoxifiées et peuvent intégrer la conscience de soi sans plus requérir l'usage des coûteux mécanismes de dissociation et d'identification projective. L'intérêt thérapeutique relatif à la réactivation d'une séquence traumatique est alors, pour une part, dans la décharge abréactive de l'énergie post-traumatique, ainsi que, pour une autre part, dans sa régulation interpersonnelle, l'une et l'autre ayant un pouvoir transformateur du Soi : expression individuelle et communication interpersonnelle se rejoignent et se complètent.

LES ECHOS INTERSUBJECTIFS DONNANT SENS AUX MISES EN ACTE

En remettant en jeu le matériel traumatique dans le cadre du champ thérapeutique intersubjectif, le patient cherche inconsciemment à provoquer les échos subjectifs régulateurs qui lui manquèrent par le passé. Ses mises en acte et leur langage corporel fait d'expressions visuelles et faciales, d'expressions posturales et gestuelles, de communications sonores, tactiles ou proprioceptives, sont en attente de réponses sous forme d'échos subjectifs de la part du thérapeute (des réponses corporelles contretransférentielles), réponses qui remplissent leur fonction régulatrice. Les réponses du thérapeute, utilisant également le langage corporel fait d'expressions visuelles et faciales, d'expressions posturales et gestuelles, de communications sonores, tactiles ou proprioceptives, « permettent aux deux participants, et particulièrement à l'analyste, d'établir une connexion

⁶⁰ SIEGEL D., 1999, *The developing mind*, New York: Guilford Press.

⁶¹ SCHORE A.N., 2012, *A paradigm shift in the therapeutic approach to enactments*, Conférence pour la Société Italienne de Psychanalyse, Université Sapienza, Rome.

⁶² WILKINSON M., 2010, *Changing minds in therapy: Emotion, attachment, trauma and neurobiology*, New York: W.W. Norton Company.

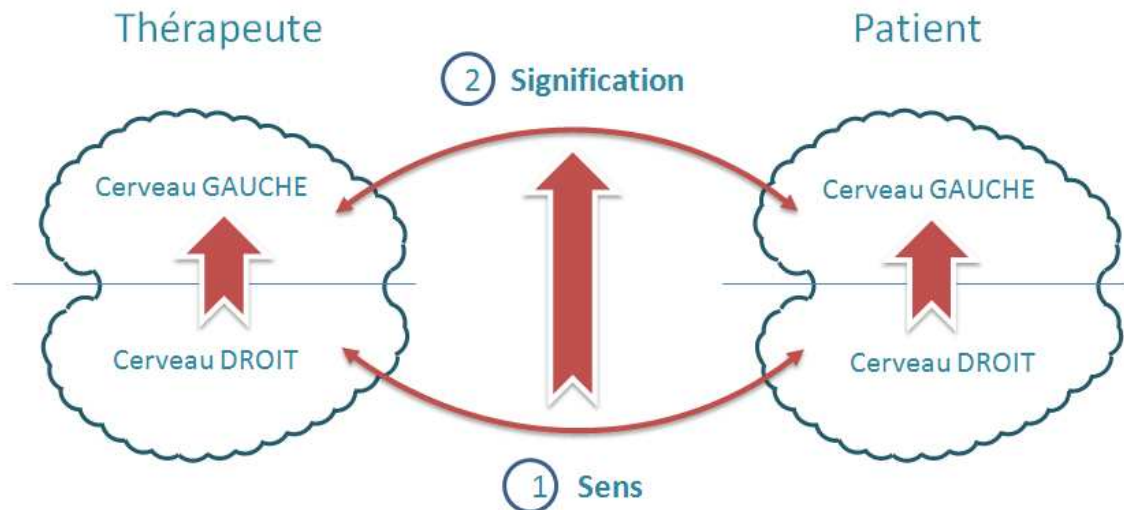
⁶³ LOWEN A., 1958, *Le langage du corps*, 1977, Paris: Tchou.

⁶⁴ LOWEN A., 1965, *Breathing, movement and feeling*, Monograph, Institute for Bioenergetic Analysis, New York.

⁶⁵ KLOPSTEK A., 2005, Catharsis and self-regulation revisited: Scientific and clinical considerations, *The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, Vol. 15, 101-131, 2007, Catharsis et régulation du soi revisités: considérations cliniques et scientifiques, *Le corps et l'analyse*, Vol. 8, n°2, 11-44.

immédiate avec ce qui ne peut pas être verbalisé, une connexion qui fondamentalement est le fruit d'une résonance empathique » (Ginot, 2009, citée par Schore, 2012⁶⁶).

C'est dans ce contexte que l'expérience traumatique préverbale peut pour le patient prendre un sens. Ce qui prend un sens est à la fois ce qui prend une direction car reçu par un autre et à la fois ce qui engage une sensibilité mutuelle car acceptée, partagée et reflétée. Le *sens* est, par définition, révélé par le champ interpersonnel intersubjectif, lorsque la rencontre implique une réalité *sensorielle* et *sensible* mutuelle reconnue : le sens premier que prend une expérience est toujours celui d'une expérience de résonance mutuelle. Le sens de l'expérience précède toujours sa signification qui en est son élaboration cognitive seconde.



LE TRAVAIL INTERSUBJECTIF DE TRADUCTION VERBALE DES MISES EN ACTE

L'abord intersubjectif sensori-émotionnel et sensorimoteur prépare le passage du matériel préverbal et non verbal de l'inconscient à la conscience, du cerveau droit au cerveau gauche, de l'implicite à l'explicite, de l'état corporel à sa représentation psychique et à sa dénomination verbale.

Le thérapeute, pouvant à l'intérieur de lui faire transiter les informations de son cerveau droit vers son cerveau gauche, transforme ses pulsions en gestes puis en images mentales, ses événements corporels en représentations et en pensées : il amorce ce passage du langage implicite au langage explicite. Dans les échos subjectifs qu'il adresse à son patient, il lui transmet quelque chose de cette traduction qui symbolise par la pensée et le langage, les événements et les éprouvés de son patient jusqu'alors attachés à son corps. Il permet à son patient de s'éloigner de ces éprouvés sans pourtant s'en dissocier, de les réfléchir en images et en pensées, puis de les parler à son tour. Ce qui avait un *sens* sensori-émotionnel pour les deux partenaires de la dyade thérapeutique et ne laissait aucun des deux impassible, inexpressif et sans intention, se double maintenant d'une *signification*.

Un thérapeute qui inverserait ce processus et chercherait d'abord à « analyser, comprendre et interpréter » verbalement la mise en acte est un thérapeute qui ne serait plus en résonance affective, probablement déstabilisé par les émotions trop intenses exprimées par son patient, qu'il doit cesser de ressentir, auxquelles il doit opposer une résistance en y opposant la parole (Russell, 1998⁶⁷). Le travail interprétatif qu'il met en jeu sollicite d'emblée l'hémisphère gauche de son patient, dissocié de son hémisphère droit. Il répète en cela la situation traumatique du passé, ne régulant pas l'émotion de l'enfant, l'activité de son cerveau droit et de son système nerveux autonome.

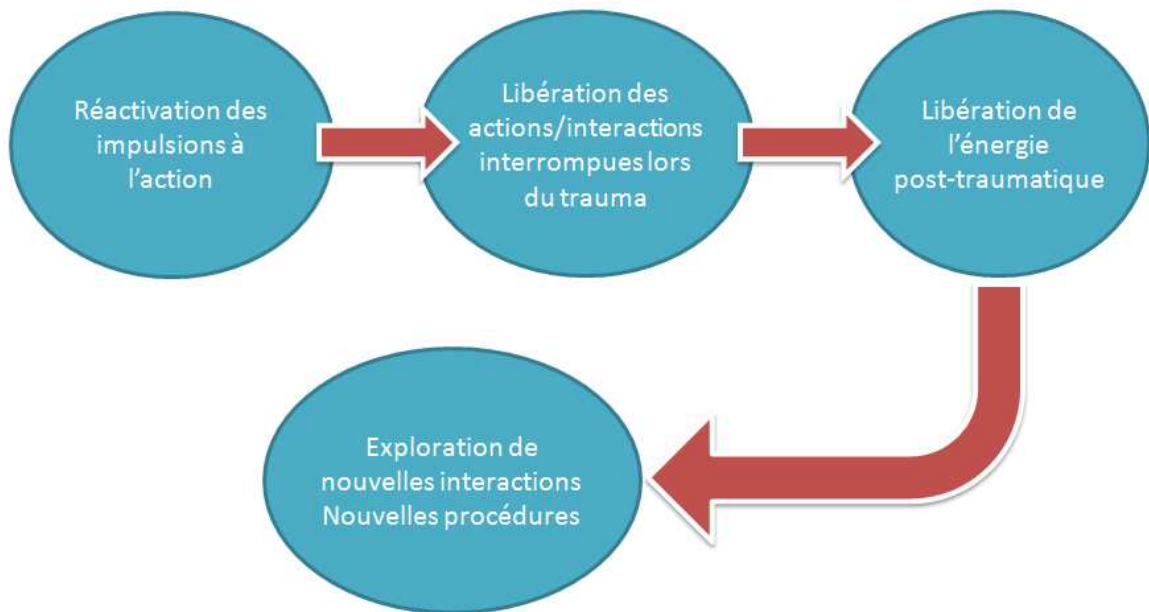
⁶⁶ SCHORE A.N., 2012, *A paradigm shift in the therapeutic approach to enactments*, Conférence pour la Société Italienne de Psychanalyse, Université Sapienza, Rome.

⁶⁷ RUSSELL P., 1998, *Crises of emotional growth*, Presented at Paul Russell Conference, Boston, MA.

« Une position interprétative [...] non seulement est inefficace durant une mise en acte, mais elle provoque un escalade dans la mise en acte et [la] rigidifie » (Bromberg, 2006⁶⁸). « Le plus grand défi que le thérapeute doit affronter est celui de gérer avec habileté les mises en acte du patient qui peuvent le mettre sur la défensive, lui provoquant ennui, irritation, colère, hostilité, et le pousser à se conduire d'une manière qui n'est pas compatible avec sa position d'écoute et de clarificateur empathique » (Schore, 2003⁶⁹). Car, en arrière plan, l'histoire subjective du patient rencontre l'histoire subjective du thérapeute. On pourrait dire en ce sens que « la mise en acte est la répétition d'un scénario émotionnel provenant de la vie du patient, rencontrant un scénario émotionnel provenant de la vie de l'analyste, l'un et l'autre scénario convergeant à ce moment du processus » (Maroda, 1998⁷⁰).

L'EMERGENCE DE NOUVELLES PROCEDURES INTERACTIVES

La renégociation de l'expérience traumatique débouchant sur l'émergence de nouvelles procédures interactives a pour objectif de réactiver les impulsions à l'action et/ou l'interaction non achevées (les impulsions bloquées, les mouvements suspendus ou contrariés) et les sensations qui les accompagnent (telles que les sensations de douleur liées aux tensions ligamentaires, tendineuses ou musculaires), de manière à ce que les actions interrompues puissent être achevées, libérant l'énergie séquestrées dans les impulsions et les mouvements retenus. L'objectif essentiel est de permettre au corps de ressentir de nouveau, puis de récupérer sa capacité de mouvement et d'action, d'exploration de nouvelles actions et interactions possibles.



Ce processus exige que le patient reste attentif à son expérience interne sensori-émotionnelles, selon un rythme qui lui permette : 1) d'éprouver les flux sensoriels et émotionnels accompagnant le retour de l'expérience traumatique, 2) d'identifier les schémas répétitifs pouvant conduire de nouveau à l'échec, 3) de réguler l'intensité sensori-émotionnelle de l'expérience en cours de manière à ne pas se sentir débordé, 4) de rechercher l'achèvement de l'expérience autour d'une décharge énergétique, 5) d'explorer de nouvelles actions et interactions possibles, par exemple en reprenant

⁶⁸ BROMBERG P., 2006, *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*, New Jersey: Analytic Press.

⁶⁹ SCHORE A.N., 2003, *La régulation affective et la réparation du Soi*, 2008, éd. du CIG, Montréal.

⁷⁰ MARODA, K., 1998, Enactment: When the patient's and analyst's pasts converge, *Psychoanalytic Psychology*, 15:517-535.

un micromouvement, une posture ou une action physique amorcés par le patient d'une manière souvent non consciente, puis interrompus.

Des « expériences émotionnelles correctrices » furent proposées par Alexander (Alexander & French, 1946⁷¹ ; Alexander, 1961⁷²). Des situations favorisant le rééquilibrage énergétique et émotionnel furent enseignées par Lowen (Lowen, 1958⁷³, 1965⁷⁴, 1968⁷⁵ ; 1975⁷⁶). Des protocoles contemporains visant la résolution du stress post-traumatique se sont développés (Berceli, 2003⁷⁷ ; Eckberg, 1999⁷⁸ ; Levine et Frederick, 1997⁷⁹ ; Lewis, 1976⁸⁰, 1984⁸¹, 1986⁸², 1998⁸³, 2003⁸⁴ ; Ogden, 2006⁸⁵ ; Tonella, 2010a⁸⁶, 2010b⁸⁷, 2011⁸⁸, 2012⁸⁹). Au-delà de la décharge énergétique ou de l'abréaction émotionnelle cathartique, les orientations actuelles visent la (re)construction du Soi fondée sur de nouvelles « procédures » somatosensorielles, sensorimotrices et émotionnelles encodables à long terme en « mémoire procédurale ». Ces procédures sont à mettre au service de l'action motrice et de l'interaction interpersonnelle pouvant donner une nouvelle impulsion et un sens nouveau à sa relation au monde. Chaque expérience en cours de réalisation est donc sujette :

- à la régulation thérapeutique intersubjective, thérapeute et patient participant l'un et l'autre au « titrage » de l'expérience en cours (Levine et Frederick, 1997⁹⁰), c'est-à-dire à la régulation de l'intensité des flux d'excitation et des flux sensori-émotionnels mobilisés ;

- à l'exploration séquentielle des procédures nouvelles d'action et d'interaction explorées. Découvrir le « faire différemment » ou l' « interagir différemment » consiste à explorer des séquences d'actions et d'interactions avec de multiples variations, prenant le temps de ressentir les sensations et les états affectifs qu'elles produisent, la capacité de les réguler et de les élaborer en tant qu'informations.

⁷¹ ALEXANDER F., FRENCH T.M., 1946, *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*, New York: Ronald Press.

⁷² ALEXANDER F., 1961, *The Scope of Psychoanalysis*. New York: Basic Books.

⁷³ LOWEN A., 1958, *Le langage du corps*, 1977, Paris: Tchou.

⁷⁴ LOWEN A., 1965, *Breathing, movement and feeling*, Monograph, Institute for Bioenergetic Analysis, New York.

⁷⁵ LOWEN A., 1968, *Expression of the self*, Monograph, Institute for Bioenergetic Analysis, New York.

⁷⁶ LOWEN A., 1975, *La Bio-Energie*, 1976, Paris: Tchou.

⁷⁷ BERCELI D., 2003, *Trauma Releasing Exercises*, AZ, TRAPS.

⁷⁸ ECKBERG M., 1999, Treatment of shock trauma: a somatic perspective, *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, 10 (1), pp.73-96.

⁷⁹ LEVINE P. & FREDERICK A., 1997, *Réveiller le tigre, Guérir le traumatisme*, Belgique : Socrate Ed. Pomarex, 2004.

⁸⁰ LEWIS R., 1976, "Infancy and the head: The psychosomatic basis of premature ego development", *Energy and character*, Vol 7, n°3, 18-26.

⁸¹ LEWIS R., 1984, « Le choc céphalique, une réaction somatique sous-tendant le faux "self" », *Les Lieux du corps*, n°3, éd. Morisset, Paris, 1996, p. 39-55.

⁸² LEWIS R., 1986, "Getting the head to really sit on one's shoulders : a first step in grounding the false self", *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, Vol.2, n°1, p. 56-77.

⁸³ LEWIS R., 1998, "The trauma of cephalic shock: clinical case study", *The Clinical Journal for Bioenergetic Analysis*, Vol.9, n°1, 1-18.

⁸⁴ LEWIS R., 2003, Human trauma, *Energy and Character*, vol.3, pp.32-40.

⁸⁵ OGDEN P., MINTON K., PAIN C., 2006, *Trauma and the body, a sensorimotor approach to psychotherapy*, W. W. Norton & Company, New York.

⁸⁶ TONELLA G., 2010a, L'engagement mutuel thérapeute/patient dans la régulation émotionnelle et la réparation du Soi, *Le corps et l'analyse : Revue des Sociétés Francophones d'Analyse Bioénergétique*, , vol. 11, SOBAB : Bruxelles, 51-61.

⁸⁷ TONELLA GUY, 2010b, Une mémoire pour le corps, Aïn J. (Ed.), *Réminiscences*, Erès, 53-76.

⁸⁸ TONELLA GUY, 2011, Relation intersubjective et relation analytique; leurs différences et leurs spécificités, *Le corps et l'analyse : Revue des Sociétés Francophones d'Analyse Bioénergétique*, vol. 12, Bruxelles, 113-140.

⁸⁹ TONELLA GUY, 2012, L'encodage corporel de la mémoire préverbale, *Le corps et l'analyse : Revue des Sociétés Francophones d'Analyse Bioénergétique*, vol. 13, Bruxelles, 89-141.

⁹⁰ LEVINE P. & FREDERICK A., 1997, *Réveiller le tigre, Guérir le traumatisme*, Belgique : Socrate Ed. Pomarex, 2004.

CONCLUSION

Les psychothérapies en profondeur telles que l'analyse bioénergétique, impliquant la continuité corps – pensée – cerveau droit et travaillant avec le corps et la mise en acte, génèrent :

- la réorganisation, l'expansion et la complexification du système non verbal de l'hémisphère droit, acquérant la capacité de réguler les niveaux d'hyperactivation ou d'hypoactivation du système nerveux autonome et favorisant un processus de résilience du Soi ;
- de nouveaux processus interpersonnels basés sur les propriétés régulatrices de la relation d'attachement intersubjective ;
- des processus internes capables de promouvoir l'intégration, la croissance et le développement créatif du Soi.