

Un champ 1 consolidé par les Neurosciences affectives

I –Introduction : Une poésie du champ 1

Car c'est être poète que regarder la vie et la mort en face, et réveiller les étoiles dans le néant des cœurs. C. BOBIN L'homme Joie

Une double aspiration à la rencontre et les vicissitudes qui l'accompagnent

Ce à quoi le client aspire, souvent sans le savoir.

J'aspire à être rejoint :

- à l'endroit de mes blessures, de ma solitude et de mes peurs,
- à l'endroit de mes élans et de l'ouverture de mon cœur,
- à l'endroit de mon identité naissante d'humain singulier, d'être en devenir,
- à l'endroit où, seule la présence d'un autre peut me révéler à moi-même.

J'aspire à être rejoint **mais** sans le payer cher en chantage affectif, en renoncement à être moi, en objétisation, en dévalorisation, en destruction.

Ce à quoi le thérapeute aspire, en le sachant un peu plus que son client.

J'aspire à rejoindre cette personne,

- là où elle désire le plus être rejointe,
- là où elle ignore comment être rejointe,
- là où elle fait beaucoup pour qu'on échoue à la rejoindre.

Et pour cela

- J'accepte de me laisser emmener dans le monde interne de cet autre,
- de goûter ses espaces souffrants, déstructurés, dysrégulés
- mais aussi ses espaces d'aspiration à être, ses espaces potentiels qui demandent à s'incarner, à s'actualiser.
- J'accepte de me laisser traverser par des états corporels et affectifs incompréhensibles, à haute intensité, jusqu'à être, répulsifs, effrayants, voire agoniques.

Sans me perdre, en acceptant

- d'éprouver sans comprendre,
- de sentir sans me défendre,

et, en même temps, avec un espace intérieur d'accueil, de contemplation, d'ouverture à des expériences inclassables, peu pensables, peu racontables.

II - De quel champ 1 parlons nous?

Le champ 1 est celui de la relation thérapeutique incarnée. À la différence des champs 3 et 4 où le thérapeute n'a pas été présent, il ouvre la possibilité d'une expérience relationnelle partagée dans laquelle, le thérapeute, participant et simultanément observateur (espéré raisonnable et de bonne foi), est à même de ressentir et de se représenter l'impact que produit ce client sur un autre, dans une situation relationnelle.

Le champ 1 permet de saisir, sur le vif, une part des manifestations de la vie intrapsychique et interpersonnelle du client pour en interroger la construction, la dynamique, les effets sur la relation, les différents niveaux de sens.

Le champ 1 est, par ailleurs un lieu d'expériences novatrices et réparatrices assimilables :

- présence psychique et physique (quelqu'un est là pour qui j'existe, qui me contient et me fournit de l'enveloppe psychique et physique si nécessaire),
- écoute et dialogue empathique (quelqu'un est là qui veut vraiment m'entendre et qui est bienveillant),
- régulation affective (quelqu'un est là qui m'apaise ou me stimule),
- soutien à la mentalisation (quelqu'un est là qui m'aide à percevoir et à nommer mes sensations, mes affects, mes croyances, mes pensées),
- dialogue herméneutique (quelqu'un est là avec qui je peux élaborer le sens de mes expériences, les relier, leur donner une forme saisissable).
- Expérience d'accéder à un autre qui parle vrai (quelqu'un est là qui me donne accès à ce qu'il vit en ma présence et ne me ment pas sur ce qu'il éprouve et pense).
- Expérience d'être aimé (quelqu'un est là qui peut pleurer pour moi et avec moi, qui peut me consoler, qui peut être profondément touché par moi, réjoui par moi, qui désire que je sois entier, que je me réalise).

III - Nouvelles orientations pour la posture du thérapeute

La place centrale du somato-affectif, le smaf! Allan Schore

La réception et la métabolisation des identifications projectives reposent sur la sensibilité et sur la conscience corporelle et émotionnelle du thérapeute.

Le corps du thérapeute est un instrument primordial pour l'accordage psychobiologique et la réception d'affects inconscients. Le thérapeute se laisse entrer dans la peau de l'autre, le respirer, l'absorber. Ses sensations viscérales lui donnent accès aux affects chargés du patient.

Le thérapeute doit recevoir, contenir et traiter les expériences précoces dissociées du patient et les lui retourner détoxifiées, ce que la mère n'a pas pu faire. Cela est difficile, le thérapeute résiste à recevoir ce matériau toxique et, s'il l'accueille, il peut se retrouver plus angoissé que son patient.

« Cela n'est possible que si le thérapeute détecte, reconnaît, surveille, autorégule les modifications stressantes de son état somato-affectif induites par la communication affectives négatives dysrégulées du patient. Ensuite seulement, le thérapeute peut partager au patient ses états psychobiologiques, ses états viscéraux, ses impressions contre transférentielles.

Il est essentiel, malgré la difficulté, de maintenir une communication de cerveau droit à cerveau droit, de tolérer l'ambiguïté, l'incertitude, le manque de différenciation. On évitera de fuir dans la recherche prématurée d'informations, de sens ou dans des commentaires descriptifs sur le processus en cours.

Pour le patient, la modification intrapsychique devient possible quand un engagement affectif profond et solide se produit avec le thérapeute, le patient se sentant suffisamment en sécurité pour réduire ses défenses et faire face à des états internes effrayants.

Le thérapeute doit chercher à contenir émotionnellement (c'est à dire ressentir et accepter de porter des états somato-affectifs difficiles) assez longtemps les affects négatifs projetés par le patient et à les maîtriser de façon non défensive, sans clivage ni rationalisation, ni renvoi prématuré au client.

Pour pouvoir faire cela, il doit rentrer dans un espace de « retrait réparateur », d'où émerge, peu à peu, de sa mémoire affective et corporelle inconsciente, des métaphores et des images symboliques. Cela lui permet ensuite d'identifier ces affects négatifs, de les penser et d'en dire quelque chose d'utile plutôt que de les défléchir, de les agir ou de les interpréter cognitivement.

Le thérapeute qui cherche à se protéger, c'est-à-dire à refouler des affects, des pulsions, des fantasmes, des souvenirs troublants, se coupe de ses ressentis contre-transférentiels et de l'accès à une compréhension plus complète du patient et de lui-même.

L'attitude défensive du thérapeute confirme au patient le caractère intolérable des expériences dissociées. Lorsqu'il échoue à être reçu par le thérapeute, il revit ses expériences précoces de relation avec un objet indisponible et rejetant.

De nombreux thérapeutes ont une conscience corporelle et affective faible et peu de mots pour décrire leurs sensations et leurs émotions. « Je suis touché par ce que tu dis », « j'ai mal au ventre quand je t'entends » résumant assez bien le type d'interventions dans ce domaine.

Cette aptitude à ressentir corporellement et affectivement a besoin d'être développée et affinée, tant dans l'awareness aux sensations et aux émotions que dans la capacité à les mettre en mots de façon subtile et nuancée.

Plus fondamental, les thérapeutes peuvent devenir effrayés de ce qu'ils éprouvent et chercher à l'éviter. On comprend alors l'importance pour eux d'être ouvert à leurs propres expériences douloureuses pour être capable de contenir celles du patient. Ceci nécessite de travailler de façon approfondie ses vulnérabilités contre-transférentielles.

Se laisser emmener dans des espaces de souffrance psychique intense demande une grande sécurité intérieure, une identité tranquille qui ne craint pas d'être emportée dans les tourbillons agités de la psyché du client et un goût de l'aventure pour se laisser rejoindre par l'intolérable d'un autre et être capable de l'accueillir et de le métaboliser.

En bref, le smaf! mérite mieux qu'une chanson de Fernand Reynaud :

Et smaf! Passe-moi l'éponge

Et smaf! Fais-moi gligli

Et smaf! Passe-moi l'éponge

Et smaf! Gouzi gouzi

Dévoiler son vécu somato-affectif

Les neurosciences affectives nous amènent à dire que le client a droit à la majeure partie de nos ressentis somato-affectifs dès lors qu'ils concernent la relation entre lui et nous. En effet, il perçoit, de cerveau droit à cerveau droit, nos états internes et les lui cacher ne le protège pas mais le dysrégule.

Il éprouve, sans pouvoir se le représenter et le mentaliser la plupart du temps, une dissonance entre notre état de fond et l'attitude apparente que nous adoptons. Cela le plonge dans le même genre d'univers relationnel que celui qu'il a connu, où, souvent, ce qui était exprimé ne correspondait pas à ce qui était vécu (faux self, déni, mauvaise foi).

Cette perspective nouvelle nous invite à nous engager davantage. Ce n'est pas simple, car nos ressentis somato-affectifs ne sont pas toujours bienveillants ni socialement corrects. Il va falloir trouver des mots qui ne blessent pas, ne choquent pas et pourtant sont « vraiment vrais ».

Cela demande de prendre son temps, de chercher des mots justes, de s'ancrer dans la bienveillance de fond qu'on éprouve pour ce client, d'être en contact avec son fond tranquille puis de mettre des amortisseurs et de chercher une alliance :

« Je vais vous dire quelque chose qui risque de vous déranger et en même temps je me soucie de ne pas vous blesser, êtes vous d'accord pour que nous prenions ce risque et que je vous partage ce qui est présent pour moi ? »

Lorsqu'on se sent agressif ou qu'on l'on veut quelque chose en force, mieux vaut s'abstenir jusqu'à ce qu'on puisse lâcher prise et retrouver une distance intérieure apaisée.

Dans mon expérience, ce type de prise de risque a quasiment toujours des effets positifs. Le client est soulagé car il perçoit la congruence du thérapeute même si ce qui est partagé est difficile à entendre.

L'identification des affects de base - Panksepp

Que nous dit Panksepp ?

Il existe au moins 7 circuits émotionnels de base sub-corticaux identifiés à ce jour, distincts et plus ou moins densément reliés, qui suscitent des ressentis quand ils sont activés et constituent le substrat neural des affects. On identifie à ce jour les 7 systèmes suivants : seeking, rage, fear, lust, grief/panic, care, play.

L'activation émotionnelle se traduit par des affects et des actions, les affects de base décident automatiquement pour nous sous forme de passages à l'acte émotionnels.

Les mémoires émotionnelles précoces échappent à la mémoire explicite autobiographique. Les habitudes émotionnelles sont apprises de manière procédurale : gestes, postures, ton de voix, attitude affective globale. Et, de surcroît, les ressentis affectifs guident souvent notre sélection de souvenirs autobiographiques.

L'apprentissage émotionnel est automatique et involontaire. Il inclut des éléments du contexte (bruits, odeurs, couleurs, formes, etc.) qui peuvent suffire plus tard à réactiver des émotions spécifiques, positives ou négatives.

Des expériences précoces répétées à haut niveau de stress sensibilisent ou désensibilisent les systèmes émotionnels. Ceci induit des réactions qui deviennent permanentes, épigénétiquement structurées, avec une réactivité élevée à certains facteurs de stress et des processus affectifs primaires excessivement négatifs.

Les affects de base constituant des expériences prélinguistiques, les mots peuvent difficilement exprimer les expériences émotionnelles primaires qui ont du mal à être décrites.

La plupart du temps, les clients (et souvent les thérapeutes) ont une faible idée de leur identité émotionnelle de base, quelles sont les émotions qui s'activent le plus, le moins, dans quelles circonstances ? Quelles sont celles qui sont sur ou sous activées ? Ils ont encore moins conscience du climat émotionnel de leur famille d'origine et de l'héritage émotionnel qu'ils ont reçu.

Ce travail de prise de conscience de son identité émotionnelle de base est important. Savoir, par exemple, que l'émotion de base activée dans la plupart des circonstances est la peur associée à des réactions de fuite permet de la prendre en compte, de chercher du soutien pour la traverser et la désarmer, d'interrompre des réactions de fuite automatiques qui sont inactuelles et sans nécessité aujourd'hui.

Il importe donc que les thérapeutes se familiarisent avec leur propre identité émotionnelle et qu'ils favorisent ensuite chez leurs clients ces prises de conscience. L'attention, en champ 1, aux émotions de base du client et du thérapeute et les liens à faire avec le champ 4 pour saisir comment l'identité émotionnelle de base s'est construite est tout à fait importante.

Des émotions de base qui éclairent différemment les enjeux thérapeutiques

Parlons du **Seeking system** défini par Panksepp dans les termes suivants :

*« Appétence pleine d'espoir et d'anticipation excitante,
Quête exploratoire persistante,
Excitation euphorique de la quête, différente du plaisir de consommer. »*

Seeking system constitue un soutien dynamique pour toutes les autres émotions de base : c'est le « grand père » de tous les systèmes émotionnels nous dit Panksepp. Il participe à toutes les activations émotionnelles, il énergétise et guide notre recherche de ressources. Il contre balance les ressentis négatifs liés à fear et grief/panic.

La sous activation de seeking system produit de la dysphorie (mal-être, insatisfaction, sentiment d'être malheureux) et de la dépression. Sa suractivation peut entraîner des comportements paranoïdes, maniaques ou délirants et des conduites obsessionnelles compulsives.

Proche de la libido que Freud appelait « appétit général », cette émotion de base est aussi proche du concept gestaltiste d'« aller vers ».

Penser le seeking, l'aller vers, comme une émotion fondamentale qui est déterminante, y compris pour l'investissement et l'engagement dans la thérapie, émotion qui a fait l'objet d'un apprentissage automatique et involontaire et qui échappe largement à la conscience du client nous invite à examiner soigneusement et notamment en champ 1, comment s'exprime le seeking chez nos clients. Est-il activé de façon adaptée, sous ou suractivé. Cette exploration ouvre la porte à une régulation nouvelle qui permettra au client de développer un seeking positif au service de son développement.

Parlons aussi de play system

Play system est un circuit émotionnel de base spécifique. Il pourrait avoir une importance critique dans la construction d'un cerveau capable de comprendre les autres et leurs émotions, de coopérer, de ressentir de l'empathie, de l'amitié, de la solidarité. En bref, play system développerait l'intelligence sociale.

Le jeu contrebalance aussi les symptômes dépressifs et renforce les zones cérébrales endommagées par le stress.

Chez les humains, la privation de jeu dans l'enfance favorise l'agressivité pathologique, Play system contrebalançant les circuits neuronaux de l'agression.

Le jeu favorise les conduites créatives et flexibles et favorise l'apprentissage de nouvelles informations et de nouvelles façons de faire et d'être. Il augmente les capacités à se sentir heureux et autonome.

Comme le déclarait déjà Winnicott, Panksepp affirme que le jeu est essentiel en thérapie pour changer l'état somato-affectif du patient. Il importe donc que nous réfléchissions à la manière dont nous allons jouer avec nos clients en champ 1. La réponse n'est pas évidente, on peut bien faire de l'humour ou rire de temps en temps avec nos clients mais c'est un peu court. Construire une relation thérapeutique dans laquelle le jeu aurait une place significative demande une recherche appliquée qu'il faudrait conduire de façon structurée. Ce travail reste largement à faire.

Des adjuvants neuro-hormonaux à la thérapie ?

Panksepp propose de faire prendre aux clients de l'ocytocine en intra nasal en début de séance de thérapie pour favoriser la création d'un lien sécurisé et l'alliance de travail. Sans doute faut-il avancer prudemment et expérimenter rigoureusement, mais on ne peut plus exclure la combinaison thérapie et neuro-hormones et bien d'autres molécules vont sans doute apparaître dans les années à venir.

A partir de cette compréhension des émotions de base, le couple thérapeute/client s'efforcera de mentaliser – Bateman et Fonagy

Mentaliser est fondamentalement lié aux émotions. La plupart des états mentaux sont liés avec des émotions présentes chez nous et chez les autres. Une grande part du travail clinique vise à pouvoir penser les émotions présentes chez nous et chez l'autre.

La capacité à mentaliser permet de disposer d'un amortisseur entre l'émotion et l'action. Etre pris dans des états somato-affectifs intenses et non pensables est effrayant. Se représenter ce qui se passe donne une certaine prise sur la réalité interne et externe et aide à réguler l'émotion.

L'enfant qui ne bénéficie pas d'un reflet intégratif de ses états affectifs, de la part du parent peut éprouver des difficultés à différencier l'imagination de la réalité et la réalité physique de la réalité psychique.

Quand le parent est incapable de refléter de façon juste les affects de l'enfant et qu'il projette ses propres affects sur son enfant, celui-ci intériorise les états mentaux du parent plutôt que les siens. La représentation de ses états internes ne correspond donc pas à son expérience réelle et construit un faux self.

La nature du travail thérapeutique

Mentaliser n'est pertinent qu'après qu'on ait accepté de porter par identification projective les états somato-affectifs que nos clients mettent à l'intérieur de nous pour que nous les métabolisions, là où ils ne peuvent pas le faire.

Cette métabolisation comprend les étapes suivantes :

- Se laisser sentir les états somato-affectifs induits en nous par identification projective.
- Accepter de les garder en nous sans les restituer prématurément au client.
- Les contenir sans les agir et supporter leur intensité de manière non défensive, en position « méta » d'observateur tranquille et acceptant : « Oui cela se passe, il n'y a pas urgence à en faire quelque chose ni à le comprendre ».
- Laisser venir progressivement les images, les mots, les formes qui émergent (début de la mentalisation).
- Faire des liens avec notre propre monde interne, notre champ 4, et commencer à départager ce qui nous appartient et ce qui appartient au client.
- Commencer à mettre des mots avec le client sur notre expérience interne, description phénoménologique bien reliée à nos affects.
- Regarder comment notre expérience interne rejoint où non celle du client, ne pas vouloir à tout prix faire des liens.

- Si des liens peuvent être faits, les élaborer en référence à la relation actuelle thérapeute/client puis au champ 3 et au Champ 4 du client, en reliant les expériences de même couleur somato-affective dans ces différents espaces (Affinités thématiques).

Au delà du traitement des identifications projectives, le travail de mentalisation consiste aussi :

- à refléter de façon juste les états somato-affectifs du patient et du thérapeute ainsi que les représentations internes qui les accompagnent.
- à comprendre, en lien avec le patient, le déclencheur, dans les circonstances actuelles, de tels états somato-affectifs et d'évaluer leur cohérence avec cette situation particulière (contextualiser comme dit Edgar Morin).
- Toujours en lien avec le client, le thérapeute distingue progressivement entre ses propres états somato-affectifs et ceux de ce dernier. Il sensibilise le client à saisir comment le thérapeute, lui, ressent et comprend la situation.
- On s'intéresse ensuite à la répétition de cet état affectif actuel dans différentes situations de la vie courante et à ses liens avec l'histoire développementale du client (Affinités thématiques).
- On aide aussi le client à anticiper les épisodes futurs de dysrégulation et les contextes dans lesquels ils peuvent arriver, pour créer un système d'alarme.

Mentaliser parachève et consolide l'auto régulation émotionnelle.

Le récit, outil précieux de réorganisation de la mémoire - Cozolino

Comme le dit Louis Cozolino :

En revenant sur les expériences de l'enfance et en les évaluant à partir d'un regard adulte, on réécrit souvent l'histoire de façon plus créative et positive. Grâce aux informations ou aux scénarios nouveaux à propos des expériences du passé, il est possible de modifier à la fois la nature des souvenirs et des réactions affectives.

La possibilité d'inventer des portes de sortie pour nous dégager des impasses notre propre histoire, nous permet de vivre nos expériences autrement. En réécrivant nos récits, nous changeons l'organisation et la nature de nos souvenirs. Par conséquent, nous réorganisons notre cerveau et nous pouvons modifier l'impact émotionnel des souvenirs destructeurs ».

En pratique, il s'agit de revisiter l'histoire en la modifiant par petites touches. Ces changements, dont le client sait qu'il les doit à l'imagination conjointe de son thérapeute et de lui-même, deviennent peu à peu, plus détaillés et plus nets dans son esprit. Son imagination lui permet d'apaiser un bon nombre de ses peurs venant du passé.

Comme on modifie la mémoire à chaque fois qu'on se rappelle un souvenir, le cerveau peut progressivement instiller la sécurité, la joie, l'élan vital du présent dans l'enfance traumatisée.

J'en donnerai un exemple qui me concerne et qui remonte à ma première rencontre thérapeutique avec Gilles, voilà plus de 20 ans.

Je disais à Gilles combien j'avais souffert de voir ma mère dépressive enfermée de longues heures à pleurer dans sa chambre. Gilles m'a dit alors « si j'étais ton père, je dirais à ta mère « il faut que tu te soignes » et je te dirais à toi, « ce n'est pas ta place de rester là près de ta mère malade, je t'emmène voir le monde ».

Cette parole m'a littéralement délivré. Je pouvais imaginer sortir de la prison douloureuse où j'étais enfermé. Il y avait là une porte de sortie qui était impensable pour moi l'instant d'avant mais qui est devenue réelle quand Gilles me l'a montrée. Mon chagrin et mon impuissance face à cette mère que j'échouais à guérir se sont progressivement transformés. J'ai pu aller voir le monde et laisser ceux qui étaient compétents la soigner au mieux de ce qu'ils pouvaient faire.

IV - Pour très provisoirement conclure

La recherche en neurosciences est à la fois bourgeonnante et débutante. Elle est limitée par des instruments d'investigation du cerveau qui ne permettent pas encore de voir finement la nature des échanges neuro électriques et neuro chimiques. Lorsque ces instruments vont se perfectionner, de nouvelles découvertes vont venir bousculer nos croyances et nos connaissances.

Quoi qu'il en soit, à ce jour, la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet inventée par Gilles Delisle, voit confirmer l'essentiel de ses orientations cliniques. Il nous appartient de poursuivre le développement et la mise en œuvre de cette approche précieuse pour accompagner la souffrance de nos clients et leur permettre de devenir plus entiers et plus heureux.

Je crois que pour vivre – parce qu'on peut passer cette vie sans vivre, et c'est un état sans doute pire que la mort – [...] il faut avoir été regardé au moins une fois, avoir été aimé au moins une fois, avoir été porté au moins une fois. C. BOBIN L'homme Joie

JF Gravouil

 jean-francois.gravouil@wanadoo.fr

+ 33 6 03 91 33 21