

R d S 2007

Gilles Delisle

Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique

Gilles DELISLE

Résumé

Les développements récents des neurosciences affectives et cognitives offrent la possibilité d'éclairer différemment certains des enjeux cruciaux du développement précoce et de la psychothérapie. L'auteur examine ici quelques-uns de ces rapprochements, qui peuvent être utiles à la compréhension et au traitement des pathologies développementales que sont les Troubles de la personnalité. La théorie des systèmes d'activation émotionnelle de base de Panksepp, de même qu'un aperçu des diverses formes de la mémoire à long terme sont ainsi rattachés à la neurodynamique du développement et de la psychothérapie. Enfin, la fonction réparatrice de la relation thérapeutique est examinée sous l'angle de la régulation affective des affects dissociés.

Les neurosciences actuelles peuvent-elles apporter quelque chose d'utile à la théorie et à la pratique concrète de la psychothérapie? Les développements récents de cette branche de la connaissance, éperonnée par l'évolution rapide de l'imagerie médicale, obligent en tout cas à se poser la question. Nul clinicien ne saurait nier, aujourd'hui, que la vie psychique est reliée à des activités neuronales spécifiques. C'est pourquoi, en divers lieux et par divers angles d'approche, on voit progressivement apparaître ce que Gabbard (2000) appelle une « psychothérapie neurobiologiquement informée ».

Ces nouvelles possibilités d'observer le cerveau *in vivo* ont ouvert la voie à deux grands axes de recherches, riches en promesses pour la psychothérapie. Le premier concerne la pathogenèse et la malléabilité de certains éléments constitutifs des pathodynamiques. Ici se posent des questions telles: quelle est l'histoire neurodéveloppementale de l'impulsivité? De la honte? De l'incapacité à se calmer? De l'angoisse de séparation, etc.? En fait, la question ne se limite pas à l'histoire développementale. Elle interroge tout autant les conditions de la réversibilité de ces états mentaux ou de ces propensions.

Le deuxième axe de recherche est celui des mécanismes d'action de la psychothérapie, à savoir: comment la psychothérapie agit-elle sur la connexion synaptique? À quelles conditions les effets de la psychothérapie se généralisent-ils et se pérennisent-ils?

QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

Faut-il, avant tout, rappeler que Freud était neurologue? En son temps, la neurologie était une jeune science, voisine de la psychiatrie. Comme l'écrit Shterenshis (1999):

Il est d'usage de dire et de croire que l'histoire de la neurologie clinique du 19^{ème} siècle est liée à l'histoire de la psychiatrie. Bien que la neurologie et la psychiatrie soient des disciplines cliniques voisines, le développement de la neurologie clinique diffère de celui de la psychiatrie en Europe au 19^{ème} siècle. L'histoire des soins en neurologie est celle d'une séparation graduelle des maladies nerveuses par rapport aux autres maladies mentales. Malgré les efforts des psychiatres allemands, l'influence de la psychiatrie sur cette discipline a été très limitée

Ne pouvant espérer grand-chose de la méthode anatomoclinique pour l'avancement de ses recherches, Freud amorça un mouvement qui, rapidement, se dissocia de la neurologie clinique. Tant et si bien que le 20^e siècle vit les deux branches de connaissance évoluer dans des directions qui auraient bien pu ne plus se croiser.

En fait, il faut attendre la fin des années 1970 pour voir Eric Kandel, psychiatre et futur Prix Nobel de médecine, réunir à nouveau les deux disciplines du mental. Sous un titre qui ne laisse pas de doute quant au fond du propos¹, Kandel écrit [traduction libre]: «Je veux considérer l'idée peut-être simpliste, mais utile, qui veut que le plan ultime où l'on puisse chercher à comprendre comment fonctionne l'intervention psychothérapeutique est le même que celui où l'on interroge l'efficacité de la psychopharmacologie — c'est-à-dire les neurones et leurs connexions synaptiques». Sans entrer dans le contenu de ce texte, on peut néanmoins avancer qu'il signe le début du rapprochement dont il sera question ici. D'un écrit à l'autre, des publications naissent et donnent une tribune à ce début de convergence. Le *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* paraît en 1989 et voici les années 1990, la décennie du cerveau, qui voient apparaître une sorte d'effervescence encore peu organisée, mais riche en potentialités.

¹ Kandel, E. R. (M.D.). «Psychotherapy and the Single Synapse: The Impact of Psychiatric Thought on Neurobiological Research», *New England Journal of Medicine*, vol. 301, n° 19 (Nov. 8, 1979), p. 1028-1037.

À l'aube du 3^e millénaire, le rapprochement n'est plus une hypothèse de travail, mais un fait avec la fondation de la *Société Internationale de Neuro-Psychanalyse*, en juillet 2000. Ajoutons que dans son ouvrage préparant la publication du *DSM-V*, l'APA consacre 50 pages, soit un chapitre entier, à la question de l'apport des neurosciences à la compréhension de la pathogenèse des troubles mentaux (Kupfer et al., 2002). Bref, nous assistons à la naissance d'un nouveau paradigme qui recèle un potentiel d'unification d'un champ d'investigation, de théorisation et de pratique par trop atomisé. Pour préciser le pôle de convergence qui m'intéresse ici, je parlerai de neuropsychothérapie.

Il ne s'agit pas d'une «validation» de la psychothérapie par les neurosciences! Il s'agit plutôt, comme l'écrit Solms (2002), de la mise en dialogue d'une approche objective et d'une approche subjective du cerveau: celui que l'on observe au moyen de la neuroimagerie, et celui qui s'éprouve en se prenant pour objet de sa subjectivité ou pour sujet de son objectivité. Ainsi, le contrat épistémologique implicite en est-il un de soutien et d'orientation réciproques. Pour ceux qui aspirent à mieux comprendre le fonctionnement du système nerveux central (SNC) **en situation thérapeutique**, cette dialectique épistémologique se joue entre Éros et Psyché d'une part, et entre Neuros et Psyché, d'autre part.

LE CERVEAU, VERSION TROISIÈME MILLÉNAIRE

De quoi donc a-t-il l'air, ce cerveau «nouveau» du 3^e millénaire qui n'a pas tellement changé depuis quelques millénaires? Il a toujours «la taille d'une noix de coco, la forme d'une noix de Grenoble, la couleur d'un foie de veau et la consistance d'une pêche trop mûre.» (Sykes-Picot et Simon, 2004)! Ce drôle de fruit est formé de milliards de cellules, chacune se reliant électrochimiquement à une moyenne de 10000 autres. Bref, il s'agit de l'entité biologique la plus complexe connue sur terre. C'est plutôt la représentation que nous en avons qui, elle, a changé. Il n'y a pas si longtemps, l'idée que l'on se faisait du cerveau était celle d'une structure achevée, comprenant un nombre fixe de cellules. Cet organe devait plus ou moins établir les limites du registre de notre vie affective. Il était la matière. Il incarnait, au sens strict, la nature dans un rapport dichotomique avec la culture. Il était l'inné qui établissait en définitive les limites de l'acquis. Or, de nombreuses recherches ont permis d'établir que l'héritage génétique en lui-même ne constitue pas un bon *prédicteur* de l'apparition de troubles mentaux. Les modèles actuels sont indiscutablement multifactoriels, conjuguant le bagage génétique et les facteurs environnementaux qui en façonnent l'expression (Gabbard, 2000).

À l'ère du déterminisme du cerveau, celui-ci était considéré comme une réalité strictement organique et matérielle déterminant les émotions. Les perspectives étaient résolument dichotomiques, le corps s'opposant à la tête, le physique au psychologique, la nature à la culture. Aujourd'hui, il est établi que le cerveau est un organe d'une très grande plasticité qui peut croître et s'intégrer pendant toute la vie. Organe profondément et essentiellement interpersonnel, on peut même dire, inversant les anciennes propositions, qu'il est « créé » par les émotions, lesquelles le structurent et l'organisent !

De là à imaginer qu'il peut y avoir des corrélats neurodynamiques des instances ou fonctions psychiques, comme Freud l'avait anticipé, il n'y a qu'un pas, mais on ne le franchit pas aisément. Certes, on peut concevoir globalement le système limbique comme s'apparentant au *Ça* et les lobes préfrontaux comme fonctions exécutives du *Moi*. Mais cela ne va pas très loin. Toutefois, avec Damasio (1995, 2000, 2003) et Panksepp (1998) on approche la vie instinctuelle ou pulsionnelle sous l'angle de la phylogénétique affective. Ainsi, Panksepp recense quatre systèmes d'activation émotionnelle : recherche de plaisir-jouissance, colère-rage, peur-angoisse, panique-détresse. Ces systèmes sont transmis *phylogénétiquement*. À l'aube de l'humanité, ils étaient déjà nécessaires à la survie de l'individu et de l'espèce. Ils sont « économiques », en ce sens qu'ils permettent une réponse automatique à des événements biologiquement significatifs. La singularité du tempérament de chaque individu viendrait de variations constitutionnelles d'une personne à l'autre.

Mais ce sont là des données embryonnaires et on ne trouvera pas beaucoup de neuropsychanalystes pour affirmer, en la matière, de grandes certitudes. Encore moins lorsqu'il s'agit de concepts dynamiques, tels le refoulement et le clivage. Sur le plan neurodynamique, de tels concepts renvoient à l'étude de la mémoire sous ses différentes formes. Car, au fond, c'est bien de cela qu'il s'agit : comment se fait-il qu'on ne « sache » pas, qu'on ne sache plus, ce qui pourtant s'est passé pour nous ? Comment se fait-il qu'en dépit de l'absence de souvenirs, nous nous comportons comme si le souvenir se jouait dans le présent ? L'étude de la mémoire à long terme et de ses liens inextricables avec la vie affective occupe un large pan de la neuropsychanalyse. On sait aujourd'hui que les souvenirs ne sont pas « entreposés » dans leur intégralité dans une sorte d'archives localisables dans le cerveau. Leurs éléments constitutifs sont plutôt distribués en diverses régions et plusieurs fonctions corticales et sous-corticales sont impliquées aussi bien dans leur stockage que dans leur rappel. Dans ces processus complexes, l'amygdale et

l'hippocampe jouent des rôles essentiels et passablement différenciés que l'on esquissera plus loin.

LA PSYCHOTHÉRAPIE, UNE INTERVENTION PUISSANTE QUI AGIT SUR LE CERVEAU DE MANIÈRE DURABLE

Selon Kandel (1998), la psychothérapie génère des changements dans l'expression des gènes et modifie durablement la force des connexions synaptiques. Dans l'échange verbal entre un client et un thérapeute, il se passe autre chose que le contact visuel et le contact verbal. Au-delà de cette frontière-contact, le système neuronal du thérapeute est en voie d'exercer un effet indirect, mais bien réel et, on l'espère, durable sur celui du client. Et, sans doute, vice-versa.

À l'heure des données probantes, il peut être rafraîchissant de savoir que la psychothérapie et certains psychotropes ont des effets neurophysiologiques semblables ; que la psychothérapie, tout comme la fluoxétine (Prozac), entraîne une réduction du métabolisme cérébral, à la pointe droite du noyau caudé (Gabbard, 1994) ; que des interventions psychologiques peuvent modifier la réponse du cerveau à certains facteurs biochimiques (Shear et al., 1991) ; que des thérapies psychodynamiques ont un impact significatif sur la métabolisation de la sérotonine (Viinamäki et al., 1998).

Quant à la Gestalt-thérapie, voyons ce qu'en dit Cozolino (2002) dans *The neuroscience of psychotherapy*.

La psychothérapie gestaltiste est une forme unique de thérapie psychodynamique qui est particulièrement pertinente aux questions d'intégration neuronale.

Le thérapeute gestaltiste croit qu'en maximisant la conscience de tous les aspects du Self — incluant les cognitions, les émotions, le comportement et les sensations — il en résulte une accentuation de la maturation et de la santé psychologique. Ce processus global (gestalt) dépend de l'intégration des circuits neuronaux responsables de chacune de ces fonctions.

En fait, la structure essentielle de la Gestalt-psychologie, puis de la Gestalt-thérapie semble en phase avec celles qui irriguent les neurosciences actuelles. Qu'il s'agisse du continuum d'*awareness* ou du mouvement figure-fond, la Gestalt-thérapie s'est toujours démarquée par son attention constante à l'intégration de la triade comportement-affect-cognition.

LE RÔLE DE LA MÉMOIRE DANS LA PSYCHOPATHOLOGIE ET LA PSYCHOTHÉRAPIE

Quiconque veut s'orienter dans cet univers complexe où un être humain, par la parole et le contact, agit consciemment et intentionnellement sur la psyché d'un semblable, se doit d'examiner les méandres de la mémoire. Or, de mémoire en tant que telle, il est relativement peu question dans les écrits sur la psychothérapie. La psychanalyse, réfutant depuis toujours l'idée d'une mémoire passive, statique et accessible, a créé un vocabulaire spécifique pour traiter des énigmes de la mémoire. Qu'il s'agisse de clivage, de refoulement, de rétroflexion, l'univers théorique de la psychothérapie est riche de concepts qui tentent de cerner les étonnantes singularités de la mémoire. Or, cette mémoire psychodynamique n'est pas immatérielle. Elle dépend du fonctionnement de divers sous-systèmes du système nerveux central. Rendre justice aux complexités neuronales de la mémoire nécessiterait bien plusieurs centaines de pages. Contentons-nous, ici, d'évoquer succinctement les grandes lignes de cette complexité en ce qu'elles peuvent avoir d'utile pour le clinicien d'aujourd'hui.

Dans l'univers des neurosciences cognitives, la mémoire n'est pas une et indivise. Elle prend de multiples formes, exerce diverses fonctions. La mémoire peut être une mémoire à court terme ou à long terme bien sûr, mais elle peut aussi être explicite, implicite, déclarative, épisodique, sémantique. Posons tout de suite que la mémoire qui intéresse le psychothérapeute généraliste c'est, bien sûr, la mémoire à long terme dans ses différentes fonctions. Les recherches récentes présentent une image complexe et très intriquée des fonctions mnésiques et de leur localisation. On sait aujourd'hui que l'hippocampe, les lobes temporaux ainsi que les structures du système limbique qui leur sont rattachées agissent en interaction complexe dans la consolidation de la mémoire à long terme. L'hippocampe jouerait les aiguilleurs, pilotant l'association modulaire entre différentes régions corticales et limbiques (Moscovitch, 1992). Mais, outre l'hippocampe dont la maturation est relativement tardive — il n'est pleinement fonctionnel que vers l'âge de deux ans —, l'amygdale peut intervenir dans la formation de souvenirs. Selon Amini et al. (1996), la mémoire implicite des relations d'attachement précoce, relations communiquées dans le langage de l'affect, forme une structure neuronale durable qui influence l'autorégulation affective et les comportements relationnels. En psychothérapie, les cliniciens observent souvent des épisodes de contact où la conduite d'un client semble « inadaptée » au champ actuel, mais l'aurait été dans le champ du passé développemental. Divers systèmes thérapeutiques utilisent

divers construits pour expliquer le phénomène. Dans la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO), on parlera de l'infiltration d'un microchamp introjecté dans les émergences du Ça. Du point de vue de la neurodynamique de la mémoire, on parlerait de l'intrusion de la mémoire implicite/procédurale précoce dans la conscience adulte. Cette mémoire implicite/procédurale est un matériau essentiel du processus thérapeutique et l'on conçoit de plus en plus qu'elle forme une large part de la dynamique transférentielle. Les relations d'attachement précoce, intériorisées et engrammées en tant que mémoire procédurale, seraient le ressort central de la dynamique transférentielle (Amini et al., 1996). Comme on le verra plus loin, il est des formes dialogales qui, en psychothérapie, rendent la mémoire implicite/procédurale davantage accessible au travail de la conscience. De fait, il se pourrait que le processus cardinal de la psychothérapie des troubles de la personnalité soit cet échange continu entre les mémoires implicite et explicite. C'est la raison pour laquelle, éclairée par la neurobiologie, la psychothérapie pourrait être conçue comme une relation d'attachement direct dont la finalité serait la *revisitation* de la mémoire implicite de l'attachement.

Par ailleurs, la plasticité développementale du cerveau — donc la plasticité des modules mnésiques — est bien illustrée dans certaines recherches récentes, telle celle de Driessen et al. (2000). Cette équipe de chercheurs allemands a établi, dans un groupe de sujets ayant une personnalité limite et ayant connu des relations développementales traumatiques, que leur hippocampe était en moyenne plus petit de 16% que celui de sujets normaux. La taille des amygdales était inférieure de 7%. On savait depuis quelque temps déjà (Gurvits et al., 1996) que chez des sujets présentant un état de stress post-traumatique, la taille de l'hippocampe était inférieure à la normale. En 2002, Gilbertson et al. ont démontré, en étudiant des jumeaux monozygotes, que la taille de l'hippocampe précédait l'apparition du trouble.

Il est trop tôt pour tirer de grandes conclusions de ce genre de recherches, d'autant plus qu'elles ne sont pas longitudinales et qu'elles portent sur des populations différentes. Il reste qu'elles convergent avec ce que plusieurs formes de psychothérapie relationnelle ont posé théoriquement. La PGRO, entre autres, conçoit que les traumatismes relationnels précoces, vécus dans un contexte où se fondent l'indispensable et l'intolérable, sont de nature à laisser des traces non conscientisables, mais agissantes : les microchamps introjectés. Ensuite, elle conçoit que ces microchamps introjectés tendront à façonner l'expérience d'une manière telle qu'elle présente des affinités thématiques avec les

traumas développementaux. Dans les recherches que je viens de citer, des traumatismes précoces semblent entraver le développement de structures mnésiques essentielles qui doivent affecter les modes de rappel du trauma. Ensuite, avec une autre population, il semble que cette singularité neurodéveloppementale soit corrélée avec l'apparition, à l'âge adulte, d'états de stress post-traumatiques, dont il n'est pas déraisonnable de penser que, sur le plan du sens de l'expérience vécue, ils puissent entretenir des liens d'affinité thématique avec les traumas originaux.

La plasticité neuronale se reflète dans la malléabilité de la mémoire, car les souvenirs sont aussi modifiés à chaque rappel (Bruner, 1990). D'autres expériences (Ceci et Bruch, 1993; Loftus, Milo et Paddock, 1995) démontrent cette malléabilité de la mémoire et la puissance de la coconstruction du sens sur le façonnement des rappels. C'est sans doute par là que se rattache aux neurosciences l'axiome herméneutique de la multiplicité verticale de sens: «Le sens que je donne maintenant à tel ou tel événement est forcément, même légèrement, différent de celui que j'y attribuais lors de la séance de la semaine dernière...».

FONCTIONS NEUROTHÉRAPEUTIQUES DU DIALOGUE HERMÉNEUTIQUE

Revisiter les expériences de l'enfance avec des moyens d'adulte, c'est, à proprement parler, interpellier diverses formes de la mémoire à long terme et peut-être, par-dessus tout, les rendre accessibles à la conscience émotionnelle. La capacité à éprouver consciemment les affects associés à des situations inachevées est l'un des buts fondamentaux de la PGRO. Or, l'activation des structures limbiques et des autres structures sous-corticales ne suffit pas, en elle-même, à une expérience consciente de l'émotion. La participation du cortex est nécessaire à l'expérience émotionnelle (Lane et Garfield, 2005). Sachant que les souvenirs sont modifiés à chaque rappel, il découle que le dialogue herméneutique du champ 4² permet souvent une réécriture créatrice et positive de l'histoire personnelle. Les neurosciences affectives et cognitives peuvent nous fournir les outils permettant d'éclairer les moyens par lesquels le dialogue herméneutique peut modifier les schémas cognitivo-affectivo-comportementaux que sont les impasses de contact ainsi que la nature des souvenirs liés à des *Dilemmes de Contact* et à autant de microchamps introjectés.

² Dans la PGRO, le champ 1 désigne *l'ici et maintenant* de la relation thérapeutique. Le champ 2 réfère aux autres moments de la relation thérapeutique. Le champ 3 représente l'ensemble des relations significatives de la vie actuelle du client et le champ 4 désigne le passé développemental.

Des données substantielles montrent essentiellement que la psychothérapie modifie durablement l'activité fonctionnelle du cerveau et que des changements précis sont associés à un résultat thérapeutique positif. Ces changements précis sont surtout localisés dans les lobes préfrontaux (Gabbard, 1994). Il y a tout lieu de croire que le dialogue thérapeutique optimal est de nature à tirer parti du plus puissant outil d'autorégulation qui soit: le langage. Dans le développement précoce, c'est par l'intériorisation du langage que la prohibition devient inhibition, que l'idéal fonde l'éthique, que l'hétérorégulation affective devient autorégulation affective.

La nature du dialogue en psychothérapie est telle qu'il favorise la mise en place de conditions neurodynamiques semblables à celles qui prévalaient au cours du développement. Quand l'herméneutique est correctement calibrée, cet état de régression est modulé par le travail du lobe préfrontal, ce qui tend à accroître la sphère d'influence du moi. La façon dont le langage est utilisé pour décrire l'émotion modifie ce que l'on sait de l'émotion et la façon dont celle-ci est éprouvée consciemment (Lane et Garfield, 2005). L'herméneutique spécifique du champ 4 prend alors la forme d'une «revisitation» du passé développemental qui, à chaque fois, en modifie peu à peu le souvenir et l'expérience. Elle repose sur l'intégration des processus sémantiques de l'hémisphère gauche et des réseaux affectifs de l'hémisphère droit. En outre, comme nous l'enseigne la GT, elle mobilise le corps dans sa gestuelle narrative et dans la mise en acte.

Ainsi, la rescénarisation de l'histoire modifie la nature et la qualité de nos souvenirs et réorganise les circuits neuronaux. En outre, elle favorise l'intégration neurophysiologique d'une manière durable.

LA FRONTIÈRE-CONTACT ET LA RELATION THÉRAPEUTIQUE³

La capacité à inférer ce qu'une autre personne pense et éprouve représente sans doute l'essence de l'interaction humaine. Cette qualité fondamentale s'exprime à son zénith dans toute psychothérapie relationnelle. Appelée tantôt *mentalisation*, tantôt *posture intentionnelle*, tantôt *théorie de l'esprit*, cette fonction humaine suppose des opérations neurologiques d'une très grande complexité où doivent forcément se conjuguer tant les fonctions perceptuelles que l'activation de l'affect et l'attribution de sens. Or,

³ Cette partie du texte puise abondamment dans un chapitre qu'Allan N. Schore (2003a) consacre à la neurobiologie de l'identification projective, dans son ouvrage *Affect Regulation and the Repair of the Self*. La référence complète se trouve dans la liste des références.

la neuroimagerie fonctionnelle et les neurosciences actuelles nous permettent maintenant d'observer l'activation neurodynamique d'une personne, alors qu'elle s'emploie à saisir l'état mental d'une autre (Calarge et al., 2003). Ces nouvelles données laissent entrevoir la possibilité de mieux saisir les corrélats neurologiques de l'interaction entre les trois axes de la compétence thérapeutique : le réflexif, l'affectif et l'interactif. Du point de vue de la PGRO, la relation thérapeutique s'optimise à proportion de la capacité du thérapeute à rester fluide dans les trois axes de compétence, et ce, à mesure que la relation évolue entre les modes transférentiel, réel et herméneutique.

Toutes les approches de la psychothérapie, à commencer par Freud, ont dû, à un moment de leur histoire, poser les balises de ce qu'est et de ce que n'est pas une relation thérapeutique. L'attention flottante freudienne peut se définir comme un état mental permettant à l'esprit, à la psyché du thérapeute, d'agir comme récepteur des communications inconscientes du client. Mais à l'autre bout, il faut pouvoir conceptualiser un émetteur. C'est en grande partie à partir d'un concept kleinien fondamental, soit l'identification projective, que l'on peut retracer, dans l'histoire des concepts psychanalytiques, le processus d'émission et de transmission de ces communications inconscientes. La question devient alors : comment un système inconscient agit-il comme transmetteur et arrive-t-il à influencer les fonctions réceptives d'un autre système inconscient ?

Pour le gestaltiste, habitué à penser la relation en termes de contact, de frontière-contact, de champ, la question qui se pose c'est bien : « Par quels chemins le continuum d'*awareness* se module-t-il au sein de la relation thérapeutique ? » Mais, en deçà de ce questionnement reste celui du développement précoce, ce champ-racine de la conscience et de l'*awareness*. La neurodynamique contemporaine dispose maintenant des moyens qui nous permettent de revisiter ces réalités fondamentales du développement et du processus thérapeutique. Bien qu'il faille reconnaître à Melanie Klein (1946) le mérite d'avoir étudié la vie affective du nourrisson et d'avoir envisagé ce temps de la vie dans ce qu'il peut avoir de non idyllique, les connaissances neuroscientifiques actuelles nous obligent à mettre de côté les contenus *phantasmatiques*⁴ élaborés, qui nécessiteraient un cortex *représentationnel*.

⁴ L'orthographe habituelle de ce mot est : fantasme. Cependant, on respecte la graphie qu'a proposée Susan Isaacs, collaboratrice de Klein, soit phantasme, quand il s'agit d'un phantasme inconscient.

La régulation affective : un enjeu crucial du développement

Pour les neurosciences affectives, l'enjeu développemental le plus crucial est celui de la régulation affective, ce qui fait dire à Lane et Garfield (2005) que la capacité à éprouver consciemment les affects associés à des situations inachevées est l'un des buts fondamentaux de la psychanalyse. Aussi, pour les neurosciences affectives, la conscience émotionnelle est-elle considérée comme une trame développementale distincte d'autres domaines cognitifs et il est tout à fait possible, en principe, que le développement soit interrompu dans un domaine et continu dans un autre (Lane et Garfield, 2005).

Or, les premiers états mentaux sont, en fait, des états psychobiologiques. Ils sont, comme l'écrivait déjà Winnicott (1942), transigés dans le champ mère-nourrisson et se développent à une frontière-contact hautement efficace, faite de transactions rapides essentiellement non verbales. C'est par cette communication d'états psychobiologiques essentiels que s'établit une passerelle entre l'intrapsychique et l'interpersonnel, entre l'organisme et l'environnement. Il s'agit là de l'élément essentiel de la frontière-contact primitive.

Les connaissances actuelles permettent de relier la psychobiologie des états affectifs et la neurobiologie des processus affectifs de l'hémisphère droit. À la différence de l'hémisphère gauche, l'hémisphère droit mature rapidement et domine la vie neuropsychique pendant les trois premières années de la vie. C'est au cours de cette période cruciale que, de l'avis de tous les auteurs de la tradition des *Relations d'Objet*, doivent s'établir l'attachement sécurisé et la régulation affective qui en est le corollaire. Or, on sait l'importance de la régulation affective dans la psychothérapie des personnalités pathologiques. Cette régulation joue assurément un rôle bien plus important dans le traitement que ne le font l'interprétation, l'*insight* ou l'*awareness*. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, c'est peut-être particulièrement vrai des patients qui ne sont pas portés sur l'introspection.

Au cours du développement neuroaffectif, le nourrisson doit avoir recours à une « stratégie » précoce et inconsciente afin de « survivre » à des états intensément affectifs. Parce que nous sommes des êtres phylogénétiquement relationnels, nous sommes naturellement doués pour faire appel à l'autre en situation de stress. En ce sens, les émotions ont une fonction adaptative (Damasio 1995, 2000; Frijda, 1994; Panksepp, 1998). Pour Panksepp, les premiers outils de la survie ce sont les systèmes fondamentaux d'activation émotionnelle. C'est en vertu de

l'activation naturelle, normale et prévisible des systèmes essentiels d'activation émotionnelle que le Self s'anime et s'enracine dans le corps. Mais parce que l'espèce humaine ne survit pas, sans un Autre qui protège et nourrit au début de la vie, nous sommes, dès le départ, engrammés à communiquer nos états somatoaffectifs les plus primaires. Ce serait, selon Schore (2003b), ce processus qu'aurait saisi Klein sous le vocable d'identification projective.

La régulation affective et la relation thérapeutique

Depuis ses origines, la Gestalt-thérapie affirme qu'en psychothérapie ce n'est pas le passé que nous cherchons dans ses traces mnésiques. De plus en plus, la psychanalyse et la neuropsychanalyse adoptent ce point de vue et proposent que ce que nous cherchons à mettre au jour en psychothérapie, c'est la logique des stratégies de régulation affective du patient. Ne serait-ce qu'à ce titre, la compréhension de la neurodynamique du Self en relation peut nous servir de boussole.

Pour cela, il nous faut comprendre la psychothérapie comme nécessitant une **relation**, donc, par essence, un processus non pas unidirectionnel, mais bidirectionnel et interactif. Dans la relation thérapeutique optimale, le psychothérapeute, comme la mère avant lui, *prend en lui*, contient et tolère une partie intolérable de l'expérience, voire de l'identité émotionnelle du patient. Il la contient le temps qu'il faut, préparant un travail de coconstruction du sens de cette expérience intolérable et, pourtant, indispensable. Dans les troubles sévères de la personnalité, ces expériences intolérables sont si massives que le travail de coconstruction de sens, donc de *remétabolisation* des introjects ne peut progresser que très lentement, par monts et par vaux. On peut dire ici que la stratégie de régulation affective du patient équivaut à communiquer implicitement et inconsciemment à l'autre ses états affectifs intolérables. Du point de vue du thérapeute, le temps 1 de la stratégie thérapeutique ce n'est évidemment pas de refuser de porter l'intolérable et l'indicible, mais de le prendre avec autant d'*awareness* que possible.

Les personnalités primitives ont inscrit l'expérience précoce d'être utilisées en tant qu'écran de projection pour des éléments répudiés de l'identité parentale. Ces personnes n'ont pu établir et maintenir une relation avec un parent qui agit comme un miroir pour l'intégration et la différenciation de divers aspects du Self naissant (Robbins, 1996). Ces interactions précoces à la frontière-contact contiennent une charge affective intense qui «dérégule» rapidement l'enfant. C'est là l'essentiel d'une relation traumatique. Elle entraîne chez le Self naissant une réponse psychobiologique composée de deux éléments distincts et successifs que décrit bien

Schore (2003b) : la suractivation et le désespoir. La suractivation est une sorte de protestation sans les mots pour la dire. Ce sont des cris, des pleurs, une rotation de la tête à 90 degrés. La branche sympathique du système nerveux autonome (expansion de l'énergie) est alors en pleine activité. Vient ensuite la dissociation, analogue au désespoir dont parle Bowlby. Elle prend la forme d'un désengagement des stimuli du monde externe et d'une attention exclusive aux stimuli internes. Le cortisol (qui inhibe le comportement) et les opioïdes (qui diminuent la douleur) sont alors en pleine action et la branche parasympathique du système nerveux autonome (qui conserve l'énergie) est aux commandes. D'un point de vue neurodynamique, ce couple hyperactivation/dissociation représenterait le fonctionnement phénoménologique de l'identification projective, en temps réel. Ici, une réserve semble s'imposer. On peut admettre que la phénoménologie de l'une des formes répandues d'identification projective, en particulier en ce qui concerne les enjeux développementaux liés à l'attachement, soit telle. Cependant, il semble quelque peu réducteur de résumer par là tous les phénomènes d'identification projective, du moins si l'on utilise le concept dans son acception postkleinienne, ainsi que le font Langs (1976), Ogden (1979, 1982) ou Tansey et Burke (1989). Dans la mesure où l'identification projective peut aussi être le véhicule de parties désavouées de soi, autour des enjeux narcissiques ou oedipiens, il n'est pas évident qu'elle se manifestera strictement par le couple suractivation/dissociation (Delisle, 1993; 2004). Ces autres formes, plus subtiles et moins primitives, de «contagion affective» restent à élucider sur le plan neurobiologique.

Il reste que les personnes qui ont vécu leur développement précoce dans un champ relationnel traumatique ont appris à faire un usage excessif de l'identification projective afin de survivre à des épisodes répétitifs de stress interactif qui désorganisent le Self naissant. C'est ce processus de survie affective qui à la fois *anime* et *paralyse* la relation thérapeutique, qui la rend parfois paradoxalement suractivée et désespérée. De la même façon que les appels de l'enfant provoquent souvent une mésadaptation accrue de l'environnement, les manœuvres du patient limite entraînent parfois une désorganisation partielle du Self thérapeutique de celui qui l'accompagne. C'est largement parce que ce processus initial et observable de suractivation/désespoir s'est accompagné d'une mésadaptation accrue de l'environnement que le Self naissant a «appris» à l'inhiber. Ne restent plus, à la surface des choses «adultes», que des dérivés plus ou moins subtils de ces états primitifs.

Le dilemme de contact issu d'un trauma développemental sur le plan de l'attachement générerait donc ces processus successifs de

suractivation et de désespoir, avec leurs substrats sympathique et parasympathique qui s'inscrivent dans le système limbique en voie de maturation. À la longue, ils acquièrent une permanence et une durabilité en tant que stratégie de régulation des affects.

Abus et négligence précoces entraînent donc d'importantes ruptures d'attachement et aussi des dérèglements graves des systèmes psychobiologiques naissants, en particulier dans l'hémisphère droit qui se développe bien avant l'hémisphère gauche. Ces expériences du champ 4 (le développement de l'enfance et de la petite enfance) sont stockées dans la mémoire implicite-procédurale et, plus tard dans la vie, elles augmentent le recours à la dissociation.

Cette stratégie primitive de régulation à la frontière-contact s'exprime ouvertement quand la relation thérapeutique présente des affinités thématiques telles qu'elle en vient à ressembler à l'une de ces dérives précoces de l'attachement. C'est le cas quand le thérapeute manifeste une grave mésadaptation face à la désorganisation du patient. La compétence réflexive du thérapeute se trouve enrayée, alors que sa compétence affective subit d'importantes distorsions. Alors, la dimension transféro-contretransférentielle de la relation occupe tout le champ. Le contact est massivement *dérégulé* par le recours, de part et d'autre, tantôt à la projection, tantôt à l'introjction, à la déflexion et à la réflexion, sans *awareness* de ce qui est en cours (Delisle, 1998).

Le champ de la relation thérapeutique, du moins dans ses dimensions transférentielle et herméneutique, en est un de communication d'hémisphère droit à hémisphère droit, voire une conversation entre systèmes limbiques (Buck, 1994). Cet aspect de la frontière-contact c'est celui de la communication implicite, alors que des signaux émotionnels non verbaux propres à l'espèce sont dirigés vers le récepteur et compris implicitement et instantanément par celui-ci.

Pour que cette conversation entre systèmes limbiques ne soit pas un dialogue de sourds, mais un véritable dialogue herméneutique, pour qu'elle soit mise au profit de la réparation plutôt qu'à celui de la reproduction, le thérapeute doit pouvoir créer les conditions neurodynamiques propices. Si le cerveau gauche communique ses états à d'autres cerveaux gauches au moyen de comportements linguistiques conscients, le cerveau droit, lui, communique non verbalement des états inconscients, à d'autres cerveaux droits qui sont en état de syntoniser ces communications (Schoe, 2003b). Doit-on concevoir que l'écoute thérapeutique suppose une interruption volontaire de l'hémisphère gauche et une disponibilité à la rêverie syntonisée des hémisphères droits? C'est du moins ce que

font les thérapeutes gestaltistes lorsqu'ils acceptent de se laisser couler pendant un temps dans une sorte de confluence où ils se laissent baigner dans l'atmosphère que crée le client. C'est encore ce qu'ils font lorsqu'ils se projettent dans son univers et acceptent d'en ressentir les textures. On sait déjà que les thérapeutes qui savent s'abandonner à ces rêveries syntonisées manifestent une plus grande activité électrophysiologique du lobe frontal droit. (Alpert et al. 1980). Surtout, le thérapeute doit pouvoir, quand il le faut, précéder le client dans cet univers de rêverie « maîtrisée ». Il semble, en effet, que le potentiel de réceptivité de l'hémisphère droit doive d'abord être perçu inconsciemment par le client pour que cette « conversation singulière » s'anime (Park et Park, 1997).

Ces états neuroaffectifs qui sont le fond avant d'être la figure du dialogue sont communiqués davantage par la prosodie (rythme, volume, tonalité) que par les éléments linguistiques du langage. C'est pourquoi le thérapeute sensible doit être, et ce, **dès le début**, à l'écoute de la prosodie du client. Cette prosodie ne s'écoute véritablement qu'avec l'hémisphère droit. Le thérapeute doit moduler son état afin d'épouser ce rythme prosodique et laisser son monde interne entrer en contact avec celui du client.

Ainsi, sous la surface de l'*awareness*, la réceptivité et la résonance empathique avec les états changeants du client déterminent et soutiennent l'alliance thérapeutique. Cependant, cette présence résonnante, cette confluence maîtrisée dépouillent aussi le thérapeute de certaines de ses protections. S'ouvrir à l'accueil de l'atmosphère du client, se laisser porter par la rêverie, c'est aussi donner congé au douanier de la frontière-contact et risquer l'entrée de matières dangereuses : les expériences intolérables du client. Cette infiltration, parfois cette invasion, déclenche un déséquilibre dans le cerveau droit du thérapeute. Son sentiment de compétence et sa compétence effective sont menacés par ce matériel implicite, encore innommé et parfois chaotique, qui vient bousculer son monde interne. Sa compétence réflexive semble inopérante, la compétence affective se dissout alors que les émergences affectives perdent leurs nuances et s'approchent du primitif. Quant à la compétence interactive, elle s'abîme dans une communication prosodique involontaire d'affects non modulés.

La fonction réparatrice de la régulation affective

Dans la psychothérapie des troubles de la personnalité, la réponse du thérapeute aux prises avec ce que le client porte d'intolérable est un élément essentiel du traitement. Elle constitue le nerf de la cocréation de sens et le cœur de la réparation. Reconnaître et traiter les affects négatifs qui naissent de cette ouverture est la

partie la plus difficile de la psychothérapie (Ellman, 1991). Sous l'éclairage de la neurodynamique, la principale difficulté vient du fait que l'expérience douloureuse des relations développementales traumatiques est stockée dans la mémoire implicite-procédurale de l'hémisphère droit et *communiquée à un niveau non verbal et psychophysiologique* (Schore, 2003b). Le thérapeute se trouve alors dans l'obligation de contenir dans *l'ici et maintenant* ce que l'environnement précoce du client n'a pu contenir *ailleurs et jadis*.

Cette tâche est rendue d'autant plus difficile que ces expériences précoces, stockées dans la mémoire implicite et réactivées dans *l'ici et maintenant* de la relation thérapeutique déclenchent des défenses puissantes dans le champ interne du thérapeute. Selon Gill (1994), l'analyste qui demeure alerte, non seulement à son expérience, mais également à sa contribution au processus, ressent autant, sinon **davantage** de stress que son patient. Dans ces moments critiques, la question fondamentale est de savoir si le thérapeute reste capable d'une autorégulation suffisante et s'il lui reste assez d'énergie psychique pour agir en corégulation interactive avec le client. Dans certains cas, son champ interne risque d'entrer dans une telle turbulence qu'il bloque ses signaux somatiques, ce qui brise inmanquablement la connexion empathique avec sa souffrance et avec celle du client. Sorti du canal de communication de l'hémisphère droit, il se place alors en mode cerveau gauche et peut ainsi offrir une «interprétation», un «recadrage» ou une «hypothèse herméneutique» de la résistance du client, au risque d'intensifier cette «résistance».

Ce que l'on sait aujourd'hui de la perception subliminale des affects et de la contagion émotionnelle autorise à penser que le client, même de façon subliminale, perçoit le refus du thérapeute de porter l'intolérable. L'expression faciale du thérapeute peut alors, à son insu, exprimer le dégoût et l'irritation ; le ton peut devenir légèrement sarcastique ou cassant. Cette expression est brève et inconsciente et c'est ainsi qu'elle est perçue par l'hémisphère droit du client. Des recherches sur la communication psychophysiologique des émotions montrent que l'expression verbale de la colère provoque des changements électromyographiques détectables dans l'expression affective faciale du récepteur (Hietanen, Surakka et Linnankowski, 1998). Ainsi, l'expression faciale du thérapeute révèle-t-elle brièvement sa réaction à la communication des affects négatifs du client. C'est ce que j'entendais quand, dans les années 1990⁵, parlant de la dimension de l'intégrité dans la relation thérapeutique, j'affirmais qu'en relation thérapeutique de face à face, le

⁵ Vers une psychothérapie du lien.

client est en mesure de déceler inconsciemment même les affects contenus consciemment par le thérapeute (Delisle, 2000). Je suggérerais alors que le thérapeute parte de *l'a priori* suivant lequel le client «sait» ce que son thérapeute éprouve face à lui. Resterait à trouver une ou des façons de faire en sorte que cet *awareness* de fond passe en figure d'une manière assimilable et *métabolisable* par le client.

Des recherches neurobiologiques récentes montrent aussi que des expériences aberrantes précoces altèrent la capacité à traiter correctement l'information émotionnelle visuo-faciale, ce qui vient ajouter à la complexité de la transaction (Pollak et Kistler, 2002). Ces deux processus inconscients font sans doute partie des fondements de la synergie de la reproduction, au sens où l'entend la PGRO. Il est maintenant bien établi que les mises en acte les plus significatives du point de vue de la reproduction passent fondamentalement par les comportements relationnels non verbaux et inconscients dans la dyade thérapeutique (McLaughlin, 1991; Schore, 1997).

Quand la reproduction ne peut ouvrir sur la reconnaissance ou la coconstruction du sens, la compétence affective du thérapeute est indisponible et il n'est pas en mesure de se rétablir et de réguler son monde interne. Ses interventions équivalent alors à projeter un état affectif cocréé et non métabolisé, ce qui diminue encore l'alliance et éloigne, de ce fait, les possibilités éventuelles de réparation. La reproduction est alors complète. Le client est, ici et maintenant, comme jadis, davantage dérégulé sur le plan psychophysiologique par le contact avec un objet mésajusté. Il régresse alors aux processus d'hyperactivation et de dissociation du passé. Quand, dans un épisode thérapeutique, le client passe rapidement d'un état associé à la suractivation (affects intenses, discours chargé, agitation motrice) à un état plus ou moins dissocié (silence blanc, affect interrompu, évitement du regard, etc.) on peut émettre l'hypothèse que l'affect n'ait pas été «déchargé», qu'il soit toujours là, mais anesthésié et dissocié. Cette dissociation ne constitue pas **une interruption de la reproduction, mais sa continuation sous une autre forme.**

Et l'identification projective ?

On dit souvent de ces processus de contagion affective, que la psychanalyse kleinienne a décrits sous le vocable d'identification projective, qu'ils sont une tentative de contrôler le thérapeute. Les connaissances actuelles issues des neurosciences ne permettent pas d'accréditer cette thèse. Essentiellement, cette stratégie de régulation affective s'est élaborée trop précocement, alors que les structures

neurologiques nécessaires à l'intentionnalité étaient loin d'avoir atteint leur maturité. Aussi, derrière les affects explosifs, il vaut mieux ne pas voir l'intentionnalité, mais le désespoir, l'impuissance et une absence de moyens d'y faire face. Quand cette communication affective primaire est le fait d'une personne qui n'est pas gravement déréglée, son affect reste *conscientisable* et un thérapeute empathique peut l'approfondir. Autrement dit, son état affectif est accessible à la fonction *Personnalité* et elle peut s'identifier à cet état et le rendre partiellement explicite, ce qui facilite les processus de reconnaissance et de réparation. Quand, au contraire, le processus est initié par une personne présentant un trouble grave de la personnalité, les affects ne sont pas représentés pour ce qu'ils sont dans la fonction *Personnalité* — la réplique verbale du Self — et ils ne sont pas *dialogables*. Seul le thérapeute non dissocié, donc capable d'accéder à sa compétence réflexive, peut arriver à les tenir. L'expérience n'est pas sans douleur pour autant, et il devient difficile de départager ce qui est à soi et ce qui vient du client. On peut dire alors que la compétence affective tient bon, mais que la compétence réflexive fonctionne au ralenti. Comme le client n'arrive pas à accéder à ce qu'il peut y avoir de *dialogable* dans son expérience, le thérapeute ne peut véritablement mettre en mots son expérience courante et doit la rétrofléchir longuement, ce qui sollicite fortement la région préfrontale de son cerveau et diminue sa liberté de rêverie dans l'hémisphère droit. Si le thérapeute doit longtemps contenir *au secret* cet affect dissonant, il peut ressentir éventuellement l'émergence d'affects dysphoriques. Cet affect est à **lui**, mais il est réveillé par la nécessité de contenir un affect qui n'est pas **de lui**. Cette expérience centrale de solitude et d'inutilité est l'une de celles que chaque thérapeute doit visiter et apprivoiser, car, souvent, elle fait partie des ressorts originels dans le choix de cette profession et elle est réactivée dans l'exercice de la profession.

ASPECTS NEURODYNAMIQUES DE LA RÉPARATION

L'autorégulation par le thérapeute des états négatifs projetés par le client est l'une des formes que prend la réparation interactive. La réparation la plus significative, celle qui touche au plus près du cœur du dilemme développemental, c'est celle qui vient du thérapeute aux prises avec un stress affectif et interactif. C'est dans ces moments-là que se conjuguent et se condensent les trois axes de la compétence thérapeutique : l'affectif, le réflexif et l'interactif. C'est d'abord la capacité de *contenir* du thérapeute qui met la reproduction sur la voie de la réparation, car elle représente, en elle-même, une expérience de contact que le client n'a pas suffisamment connue. Ce premier acte réparateur a d'autant plus

de portée que le thérapeute est simultanément l'objet de deux aspirations du client. L'une tend à évoquer en lui le même type de réponse (ou de non-réponse) émotionnelle que le client a connue. L'autre aspire à éveiller enfin chez l'Autre, comme chez lui, une réponse régulatrice.⁶

L'une des fonctions primordiales de l'environnement précoce est celle que Winnicott a fait connaître sous le nom de *holding*. Cette fonction de soutien par l'environnement, en l'occurrence la mère, fonde le processus qui, à partir de la maturation neurophysiologique engrammée par l'appartenance à l'espèce, fera du nourrisson une « personne ». C'est par la présence inaugurale de cette mère suffisamment bonne, qu'au-delà de la maturation neurologique va s'accomplir et s'exprimer la singularité génétique et historique de la personne en développement. C'est ici que la quasi infinie plasticité neuronale est à son zénith. Si l'enfant est ainsi tenu et contenu, ses activations émotionnelles primaires auront pour effet l'établissement de connexions neuronales qui, plus tard, favoriseront la régulation affective, fonction essentielle du lobe préfrontal droit. Dans le meilleur des cas, les connexions entre l'hémisphère droit et le gauche seront nombreuses et intégrées ; les connexions entre le système limbique et le cortex auront les mêmes qualités.

Cependant, ceux (parmi nos clients) qui présentent une pathologie de la personnalité seront vraisemblablement marqués par une carence de l'une ou l'autre, voire des deux intégrations de synthèse neuronale. Le thérapeute qui refait le chemin développemental avec un client ayant un trouble de la personnalité doit donc *être* cet environnement de soutien et exercer de manière plus ou moins importante cette fonction de *holding*. Le *holding*, en psychothérapie, c'est souvent *entendre* et *attendre*. Mais ce que semble confirmer une perspective neurodynamique de la relation thérapeutique va plus loin. Contenir, c'est aussi, lors d'états de déséquilibre psychobiologique du cerveau droit, se garder de passer à la fonction de distanciation analytique du cerveau gauche. La clé d'un maintien en cerveau droit, c'est de résister à « boucler » l'expérience ou le sens (Schoore, 2002), car « le cerveau droit s'active dans les expériences complexes, intérieurement contradictoires et fondamentalement irréductibles à un contexte non-ambigu » (Rotenberg, 1995). Traduits en termes herméneutiques, contenir c'est parfois ne *pas* faire sens ! C'est hausser son seuil de tolérance à l'ambiguïté, à l'incertitude, aux figures floues. La compétence affective du thérapeute consiste à détecter les émergences affectives

⁶ Voir Migone (1995) et Fosshage (1994).

dissonantes en lui-même et à les tolérer. Contenir est essentiel et indispensable, mais évidemment insuffisant. Le processus thérapeutique exige aussi que la paire dialogale thérapeute-client puisse à la longue « faire sens » des expériences dissonantes. Pour cela, le thérapeute doit s'autoréguler puis coréguler le client. Cela exige de lui des allers-retours entre le cerveau droit inférieur (limbique) et le cerveau droit supérieur (cortical) : ce que j'éprouve, ce à quoi je réagis. C'est dans ces allers-retours entre la compétence affective et la compétence réflexive que réside la possibilité d'une interaction qui soit régulatrice pour le client.

Dans ces interactions intenses et potentiellement déstabilisantes, alors que le thérapeute se laisse interpeller sur le plan de sa résonance affective, est-il thérapeutique qu'il communique son expérience interne au client? Historiquement, les avis sur cette question ont toujours été partagés et l'on trouve autant d'arguments pour que contre. Il fut un temps où elle était de celles qui traçaient la frontière entre les approches humanistes et les approches analytiques. Mais, comme chacun le sait, les lignes de partage ne sont plus ce qu'elles étaient. Ainsi, plusieurs auteurs de la psychanalyse contemporaine partagent, avec les humanistes, un consentement réfléchi et balisé au dévoilement de son expérience immédiate. Du point de vue de la neurodynamique du processus thérapeutique, le dévoilement sélectif et raisonné de l'expérience immédiate du thérapeute aurait une fonction herméneutique et réparatrice. Dans une intervention thérapeutique optimale, alors qu'il se trouve aux prises avec une identification projective, le thérapeute qui s'autorise à partager quelque chose de l'impact de l'activité neuroaffective du patient sur son expérience personnelle encourage ce dernier à l'exploration et au dévoilement. Ces moments d'interaction affectivo-réflexive favorisent l'intégration hémisphérique et la pertinence dialogale en est maximisée (Stark, 1999).

Ce dévoilement n'est pas cognitif, mais processuel/contretransférentiel/corporel (Freedman et Lavender, 1997). De fait, selon Schore (2003b) la capacité ou non à traiter son expérience corporelle au cœur d'une identification projective détermine le cours de la thérapie. Il est dans la nature même de cette communication affective intense, complexe, implicite et essentiellement prosodique, d'entraîner des sensations somatiques en cours de séance. On peut repérer deux types de réponse aux sensations somatiques en séance. D'une part, le style interprétatif qui évolue fréquemment vers des *reprojections* mutuelles; d'autre part, le style empathique-développemental où le thérapeute contient et régule, en même temps qu'il la modèle, la régulation chez le client.

Quand le thérapeute se place dans un état propice à la « conversation limbique », au dialogue des hémisphères droits, son expérience viscérale somatique est telle que son débit ralentit. Le volume de la voix baisse, la tonalité est plus grave et l'expression est calme. L'observation de ce processus par le client, à un niveau préconscient, permet la création d'un contexte « inconsciemment sécuritaire » (Schore, 2002). De fait, le passage d'un affect négatif dérégulé à un affect positif régulé est communiqué *prosodiquement*.

Des recherches neurobiologiques montrent que la détection et le traitement du plus infime changement dans l'expression faciale s'opère en moins de 100 millisecondes (Lehky, 2000). Elle est enregistrée et reproduite dans l'hémisphère droit d'un observateur en moins de 300 à 400 millisecondes, soit à un niveau bien inférieur aux seuils d'*awareness* (Stenberg, Wiking et Dahl, 1998). Ces opérations de régulation dyadiques aident le client à intérioriser la résonance empathique du thérapeute à sa souffrance, à sortir de la dissociation et à accéder *éventuellement* à la mise en mots, ce qui crée de nouveaux circuits neuronaux entre la mémoire implicite et la mémoire explicite.

La réparation, ce serait donc la régulation interactive des affects primaires dissociés, l'intériorisation de cette régulation, puis la synaptogenèse des systèmes du cerveau droit impliqués dans l'autorégulation, de même que la croissance et la synthèse neuronales découlant de l'*IP* adaptative et contenue.

Quand l'enfant a un affect puissant qui menace de le submerger, il extériorise sa détresse. Le parent intériorise la projection, la contient, la module, lui « donne sens » et retourne l'affect transformé sous forme de *holding*, d'une remarque pleine de sens ou autre. L'enfant peut alors accepter l'affect métabolisé et l'état du Self comme étant le sien. Il intériorise aussi, éventuellement, le processus de *métabolisation* et apprend à contenir ses affects. C'est bien ce que fait le thérapeute en interaction affective intense.

SIX PRINCIPES POUR UNE CROISSANCE ET UNE INTÉGRATION NEURONALE OPTIMALES EN PSYCHOTHÉRAPIE (COZOLINO, 2002)

Je terminerai ce tour de mes premiers horizons neuropsychothérapeutiques en présentant une intéressante synthèse proposée par Cozolino (2002). Elle a le mérite de résumer un vaste champ de connaissances, encore éparses, fragmentaires et provisoires, en quelques principes propres à baliser prudemment la pratique du psychothérapeute qui souhaite placer sa clinique dans l'axe de ce nouvel éclairage.

1. Le développement et l'intégration optimale se produisent dans un contexte d'équilibre entre le «nurturance» et le stress.

La relation thérapeutique doit d'abord être sécuritaire et basée sur la confiance. Cet équilibre au sein de la relation thérapeutique optimise l'environnement neurobiologique qui permet la croissance et l'intégration neuronales. Le stress est nécessaire à l'activation des circuits émotionnels. Dans des états de stress élevé, l'activation du système sympathique inhibe les processus corticaux et nuit à leurs fonctions intégratives. Un stress modéré maximise la capacité des réseaux corticaux à traiter et à intégrer l'information et l'expérience. L'alternance entre activation et calme correspond aux rythmes neuronaux nécessaires à la croissance et au changement.

2. L'ajustement empathique thérapeute/client fournit le contexte de «nurturance» dans lequel la croissance et le développement peuvent se produire.

En activant les processus impliqués dans l'attachement et le *bonding*, et en modulant les niveaux de stress associés à la thérapie, l'**ajustement empathique** est à même de créer un environnement biochimique optimal capable de mettre en valeur la plasticité neuronale.

3. La participation de l'affect et de la cognition semble nécessaire au processus thérapeutique afin de créer un contexte favorable à l'intégration des circuits neuronaux dissociés.

Ni l'explication/compréhension sans affect ni la catharsis sans cognition n'agissent sur l'intégration des circuits neuronaux dissociés. Le client doit donc acquérir de nouvelles informations et faire de nouvelles expériences dans les sphères des **cognitions, émotions, sensations et comportements**.

Ce principe est au cœur du dialogue herméneutique, alors que le thérapeute s'emploie activement à garder l'affect à proximité du travail de création de sens (Delisle, 2001).

4. L'activation simultanée et répétée des réseaux neuronaux dissociés favorise leur intégration durable.

Les réseaux neuronaux qui sont dissociés ou inadéquatement intégrés doivent être activés simultanément ou en alternance. En PGRO, cela appelle des transitions interchamps optimales et des passages répétés de l'interne à l'externe et vice-versa. Ce principe soutient l'une des principales hypothèses de travail de la PGRO quant au dialogue herméneutique, soit que la coconstruction de sens est potentialisée par un affect modéré, gardé à proximité, voisin de la conscience du corps. Partant du célèbre principe de

Hebb (1949): «Les neurones qui s'activent ensemble travaillent ensemble», nous renforçons notre conviction dans l'utilité clinique des transitions interchamps. À son terme, ce travail encourage la formation d'une figure complexe et complète.

5. La capacité à tolérer et à réguler l'affect crée les conditions nécessaires à la croissance continue du cerveau durant tout le cours de la vie.

Une intégration accrue va de pair avec une capacité accrue à éprouver et à tolérer des pensées et des émotions jusque-là inhibées et dissociées au moyen de divers mécanismes de défense: projection et identification projective, clivage, etc. Dans la PGRO, cette capacité est fonction de la tolérance du thérapeute à la reproduction. Elle repose aussi sur sa capacité à tolérer l'ambivalence qui, en temps opportun, débouche sur la cocréation de sens. Elle repose surtout sur la compétence affective.

6. Le langage est un outil important du développement neurologique et psychologique.

La psychothérapie gestaltiste des troubles graves de la personnalité cherche l'intégration de la compréhension conceptuelle et de l'expérience corporelle/émotionnelle à travers des récits narratifs coconstruits par le client et le thérapeute. Le dialogue herméneutique entre le thérapeute et le client représente une matrice qui soutient l'intégration des réseaux neuronaux. Le façonnement de ces récits et le travail herméneutique qui l'accompagne nourrissent la mémoire autobiographique et créent une histoire du Self capable de soutenir la régulation de l'affect dans le présent, ainsi que le maintien des fonctions neurohoméostatiques dans le futur. Le repérage et le traitement des affinités thématiques interchamps, les passages du monde interne au monde externe et le dialogue herméneutique mettent le langage en chantier. Le niveau de langage que le thérapeute se fait fort d'ajuster à l'état mental du client, de même qu'au niveau de régression et à l'enjeu développemental couramment activé, oblige à des allers-retours entre les deux hémisphères et entre le système limbique et le cortex. Il sollicite le lobe préfrontal droit dans la régulation, voire le calibrage de l'affect qui accompagne les émergences.

La forme de mémoire, activée dans ce genre de dialogue, en fait une sorte d'oscillation entre les mémoires implicite et explicite et est de nature à maximiser l'intégration des réseaux neuronaux, car elle organise d'énormes quantités d'informations à travers de multiples trames narratives (Siegel, 1999).

CONCLUSION

Les progrès technologiques ont rapproché les neurosciences du champ d'action de la psychothérapie et les deux disciplines commencent à entretenir un dialogue fertile et fécond pour chacune d'elles. Les neurosciences permettent à la psychothérapie de mieux comprendre l'objet de son action et de mieux la cibler. En retour, la psychothérapie nourrit la réflexion des neurosciences en leur suggérant des pistes d'investigation issues de la fréquentation intime des complexités de la mémoire, de l'affect, de la dissociation, de l'impulsivité, etc. Ce mouvement apparaît irréversible et ne pourra être ignoré qu'au prix d'un déni volontaire de ce qu'il y a d'**incarné** dans l'expérience humaine.

Cette convergence ne pourra être ignorée, mais elle pourrait être « vidée de son sens » si les thérapeutes de demain en venaient à tout savoir de la neurobiologie et... presque rien de la rencontre, de l'expérience, s'ils maîtrisaient le solfège, mais n'aimaient pas la musique et ne savaient plus chanter.

Voilà où j'en suis dans ce voyage. Jusqu'à maintenant, la fréquentation de ce nouvel espace m'a fait mieux comprendre ce que je fais, ce que j'enseigne. J'ai vécu la partie la plus riche de ma vie professionnelle en naviguant entre le *comment* des gestaltistes et le *pourquoi* des psychanalystes. J'explore maintenant un autre univers de sens et j'entrevois, sur la planète *Neuros*, pourquoi le *comment* contient l'histoire et comment le *pourquoi* sculpte l'expérience.

Références

- Alpert, M., Cohen, N.L., Martz, M., Robinson, C. (1980). « Electroencephalographic analysis: a methodology for evaluating psychotherapeutic process ». *Psychiatry Research*, 2, 323-329.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., et al. (1996). « Affect, attachment, memory: contributions towards psychobiologic integration ». *Psychiatry*, 59, 213-239.
- Bruner, J.S. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buck, R. (1994). « The neuropsychology of communication: Spontaneous and symbolic aspects ». *Journal of Pragmatics*, 22, 265-278.
- Calarge, C., Andreasen, N.C., O'Leary, D.S. (2003). « Visualizing How One Brain Understands Another: A PET Study of Theory of Mind ». *American Journal of Psychiatry*, 160, 1954-1964.
- Ceci, S., Bruch, M. (1993). « Suggestibility of the child witness: a historical review and synthesis ». *Psychological Bulletin*, 113, 403-439.
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy*. New York: Norton.
- Damasio, A.R. (1995). « Toward a neurobiology of emotion and feeling: operational concepts and hypothesis ». *The Neuroscientist*, 1, 15-19.

- Damasio, A.R. (2000). *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*. Paris: Odile Jacob. (Descartes' error, 1994).
- Damasio, A.R. (2003). *Spinoza avait raison*. Paris: Odile Jacob.
- Delisle, G. (1993). « La relation thérapeutique tridimensionnelle et l'identification projective ». *Revue québécoise de Gestalt*, 1 (2), 57-86.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2000). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001). « Le dialogue herméneutique en psychothérapie. Conférence à l'Hôpital de Tourcoing, Lille ». *Actes du colloque de Champ-G*.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité, perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., Osterheider, M., Petersen, D. (2000). « Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdale in women with borderline personality disorder and early traumatization ». *Archives of General Psychiatry*, 57, 1115-1122.
- Ellman, S.J. (1991). *Freud's technique papers: a contemporary perspective*. New York: Jason Aronson.
- Fosshage, J. L. (1994). « Toward reconceptualizing transference: Theoretical and clinical considerations ». *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 265-280.
- Freedman, N., Lavender, J. (1997). « On Receiving the Patient's Transference: The Symbolizing and Desymbolizing Countertransference ». *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 79-103.
- Frijda, N.H. (1994). « The structure of subjective emotional intensity ». *Cognition and Emotion*, 8(4), 329-350.
- Gabbard, G.O. (1994). « Mind and brain in psychiatric treatment ». *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 427-446.
- Gabbard, G.O. (2000). « A neurobiologically informed perspective on psychotherapy ». *The British Journal of Psychiatry*, 177, 117-122.
- Gilbertson, M.W., Shenton, M.E., Ciszewski, A. et al. (2002). « Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma ». *Nature Neuroscience*, 5, 1242-1247.
- Gill, M. M. (1994). « Transference: A change in conception or only in emphasis? » *Psychoanalytic Inquiry*, 4, 489-523.
- Gurvits T.V., Shenton M.E., Hokama H, et al. (1996). « Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related post-traumatic stress disorder ». *Biological Psychiatry*, 40, 1091-1099.
- Hebb, D.O. (1949). *Organization and Behavior*. New York. Wiley.
- Hietanen, J.K., Surakka, V., Linnankoski, I. (1998). « Facial electromyographic responses to vocal affect expressions ». *Psychophysiology* 35, 530-536.

- Kandel, E.R. (1979). « Psychotherapy and the single synapse ». *New England Journal of Medicine*, 301, 1028-1037.
- Kandel, E.R. (1998). « A new intellectual framework for psychiatry ». *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Klein, M. (1946). « Notes on some schizoid mechanisms ». *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Kupfer, D.J., First, M.B., Regier, D.A. (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. New York : APA Press.
- Langs, R. (1976). *The Bipersonal Field*. New York : Aronson.
- Lane, R.D., Garfield, D.S. (2005). « Becoming aware of feelings: Integration of cognitive-developmental, neuroscientific and psychoanalytic perspectives ». *Neuro-Psychoanalysis*, 7, 5-30.
- Lehky S.R. (2000). « Fine discrimination of faces can be performed rapidly ». *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 848-855.
- Loftus, E.F., Milo, E., Paddock, J. (1995). « The accidental executioner: why psychotherapy must be informed by science ». *Counseling Psychologist*, 23, 300-309.
- McLaughlin J.T. (1991). « Clinical and theoretical aspects of enactment ». *Journal of American Psychoanalytical Association*, 39, 595-614.
- Migone, P. (1995). « Expressed emotion and projective identification: A bridge between psychiatric and psychoanalytic concepts? » *Contemporary Psychoanalysis*, 31, 617-640.
- Moscovitch, M. (1992). « Memory and working with memory: A component process model based on modules and central systems ». *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4, 257-267.
- Ogden, T. (1979). « On projective identification ». *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357-374.
- Ogden, T. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York : Jason Aronson.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York : Oxford University Press.
- Park, L.C., Park, T.J. (1997). « Personal Intelligence ». In *Psychological Mindedness: a contemporary understanding*. McCallum & Piper., 133-167. Mahwah : Erlbaum.
- Pollak, S.D., Kistler, D.J. (2002). « Early experience is associated with the development of categorical representations for facial expressions of emotion ». *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 99, 9072-9076.
- Robbins, M. (1996). « The mental organization of primitive personalities and its treatment implications ». *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 3, 755-784
- Rotenberg, V.S. (1995). « Right hemisphere insufficiency and illness in the context of search activity concept ». *Dynamic Psychiatry*, 150-151.
- Schore, A. N. (1997). « Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders ». *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.
- Schore, A.N. (2002). « Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. » *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 433-484.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York : Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect Dysregulation and the Disorders of the Self*. New York : Norton.
- Shear, M. K., Fyer, A. J., Ball, G. (1991). « Vulnerability to sodium lactate in panic disorder patients given cognitive-behavioral therapy ». *American Journal of Psychiatry*, 148, 795-797.
- Shterenshis, M.V. (1999). « The position of nervous diseases between internal and psychiatry in the XIXth Century ». *Vesalius*, 5 (2), 67-71.
- Siegel, J. (1999). *The Developing Mind*. New York : Guilford.
- Solms, M., Turnbull, O. (2002). *The Brain and the Inner World*. New York : Other Press.
- Stark, M. (1999). *Modes of Therapeutic Action: Enhancement of Knowledge, Provision of Experience, and Engagement in Relationship*. New York : Jason Aronson.
- Stenberg, G., Wiking, S. & Dahl, M. (1998). « Judging words at face value: Interference in word processing reveals automatic processing of affective facial stimuli ». *Cognition and Emotion*, 12, 755-782.
- Sykes-Picot, M., Simon, R. (2004). « Discoveries from the Black Box. How the neuroscience revolution can change your practice ». *Psychotherapy Networker*. Sept-Oct.
- Tansey, M.J., Burke, W.F. (1989). *Understanding Counter-transference*. Hillsdale, N.J. : The Analytic Press.
- Viinamäki, H., Kuikka, J., Tiihonen, J. et al. (1998.) « Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study ». *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 39-44.
- Winnicott, D.W. (1942). « Review of the nursing couple ». *International Journal of Psychoanalysis*, 23, 179-181.

Abstract

Recent developments in the fields of affective and cognitive neuroscience shed a new light on crucial issues in development and in psychotherapy. This article examines some of those perspectives that may be particularly useful to understanding and treating the developmental pathologies known as Personality Disorders. Panksepp's theory of core emotional activation systems, as well as an overview of the different types of long term memory are linked to the neurodynamics of early development and of psychotherapy. Finally, the repairing function of psychotherapy is considered from the perspective of the regulation of dissociated affects.