

I.P.I.I

Evolution du concept et changements dans les interactions

Comme je le disais tout à l'heure dans ma première partie, les NSA nous informe aussi plus précisément sur des concepts centraux en psychothérapie comme celui de l'I.P.I. (*que nous l'appelions ainsi ou que nous l'appelions "espace vibratoire commun" ou "co-affectation" ou "inter corporalité" ou peut-être même "le ça de la situation", tous les gestaltistes s'accordent à dire qu'il se passe des choses entre patient et thérapeute dans l'entre deux de la relation sur un plan psychobiologique, ou plus gestaltistement dit : "organismique"*). (Psychobiologique car sont en cause des neurotransmetteurs comme l'ocytocine et la dopamine)

M. Klein dont les études auprès des nourrissons sont à l'origine du concept, s'est intéressée uniquement au développement du phantasme, aux cognitions du nourrisson. Or, les recherches démontrent aujourd'hui que les états du nourrisson sont moins complexes cognitivement que ce qu'elle en disait, le cortex représentationnel n'étant pas encore opérationnel à ce très jeune âge, mais par contre ces états sont plus enracinés dans une expérience corporelle somato-affective.

Définition de Laplanche et Pontalis : "Un mécanisme qui se traduit par des fantasmes où le sujet introduit son Self en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder ou le contrôler".

Pour les états mentaux du bébé A. Schore parle d'états corps-esprit. (d'où la pertinence de reprendre le concept d'inter corporalité)

Notre corps, corps vécu, porte toutes les marques de notre histoire et notre corporéité est indissociable de chaque rencontre avec un autre, l'inter corporalité s'opère entre mon corps et celui des autres.

Ce concept d'inter corporalité est emprunté au phénoménologue Merleau-Ponty qui écrit : "C'est par mon corps que je comprends autrui, comme c'est par mon corps que je perçois des choses".

Définition de l'inter corporalité : "désigne le processus par lequel quelque chose de l'état intérieur du patient ou de son histoire actuelle ou passée passe d'une façon invisible de son organisme à l'organisme du thérapeute" (selon C. Deschamps philosophe et psychologue québécoise dans article : "L'inter corporalité chez M.P. un concept-clé pour saisir la complexité du corps dans son rapport au monde".

Dans la relation thérapeutique l'expérience des corps est une expérience de l'éprouvé ici et maintenant par l'awareness du thérapeute et le corps du thérapeute devient le fond duquel se détachera une figure du patient déjà là non encore conscientisée.

Aujourd'hui nous ne considérons plus l'I.P.I. comme un phénomène intrapsychique ou interpsychique qui traduit une intention de contrôler la figure maternante ou le thérapeute, mais comme un phénomène somato-affectif au service d'un processus communicationnel, qui répond à deux besoins fondamentaux de l'être humain :

- se sentir connecté à d'autres êtres humains
- et se sentir connu et compris d'eux.

(Besoins qui sont à la base de l'enjeu d'attachement)

Ce sont ces 2 besoins satisfaits lorsque nous sommes enfants qui vont favoriser notre capacité à autoréguler nos affects pour parvenir à traiter les informations en provenance d'un environnement par définition changeant, afin d'assurer la croissance qui nous permettra à notre tour de connaître et comprendre les autres.

L'IPI est utilisée tout au long d'une vie dans des communications inconscientes spontanées et naturelles entre deux systèmes limbiques droits à la fois émetteurs et récepteurs. En ce sens elle est développementale, à la fois intrapsychique, intersubjective, inter corporelle.

L'I.P.I ADAPTATIVE

Pour toutes ces raisons, l'IPI a donc avant tout une fonction **adaptative**, qui permet de créer l'alliance avec le thérapeute, d'où l'importance à lui accorder.

La réceptivité du thérapeute aux I.P.I de son patient doit se traduire par la capacité à recevoir les états désavoués du patient, que ceux-ci soient positifs ou négatifs. Le thérapeute devient alors un corps-conscience.

Chez des patients dépressifs par exemple, les états positifs sont désavoués, il est important que le thérapeute en soit récepteur en **entrant en résonance** avec ces affects positifs puis **en les amplifiant** pour **faciliter la production interactive d'états affectifs plus positifs** que ceux que le patient est en mesure d'engendrer par lui-même : ce processus en devient un de vitalisation qui permet de dynamiser le lien d'attachement et facilite la co-construction du transfert positif. L'empathie du thérapeute est ici essentielle pour permettre l'accordage des expériences du thérapeute et de celle du patient.

Ainsi L'I.P. adaptative sert à induire chez le thérapeute des comportements relationnels positifs afin que le patient se sente compris, connu et en sécurité.

Mais parfois l'empathie du thérapeute doit aller jusqu'à accepter de rejoindre son patient totalement en acceptant qu'absolument de rien de positif ne peut être soutenu sous peine de donner au patient le sentiment que le thérapeute ne le rejoint pas complètement.

Tout ce processus va engendrer une imagerie chez le thérapeute : des images sensori-affectives, ces images appartiennent au thérapeute mais aussi au patient, elles sont développées par l'I.P et elles parlent généralement du passé développemental du patient.

Très récemment, j'écoutais une de mes patientes qui me parlait de sa difficulté à sortir d'une situation dans laquelle elle se sentait piégée depuis des années, jusque-là je ne sentais pas réellement chez elle l'énergie désirante de s'en sortir... mais elle m'évoquait dans cette séance que le désir était enfin là, qu'elle s'en sentait dynamisée et que ce désir était alimenté par des éléments de l'environnement qui la poussait dans ce sens (des opportunités), Puis elle me dit cette phrase : "mais quand il s'agit de me voir, de me projeter concrètement dans un lieu, ailleurs, là c'est le trou noir, le néant, y'a plus rien. Et ça m'arrête".

Instantanément et sans essayer de faire un lien quelconque : une image du passé de ma cliente s'impose à moi : je la vois petite, elle a environ 4/5 ans. Elle prend le train avec ses parents mais elle ne sait pas où elle va comme si le train n'allait nulle part... Je lui fait part de l'image... et je sens bien que cela fait sens...

*En fait le train va quelque part, il va en France, elle quitte son pays d'origine définitivement avec ses parents, et ses sœurs, pays d'origine qui représente la pauvreté certes mais aussi ses racines, l'insouciance de l'enfance, la sécurité de ce qu'elle a toujours connu, pour aller vers une inconnue totale car les parents **ne parlent pas** de ce qui va se passer là-bas... ils ne le*

savent pas eux-mêmes, ils ne parlent même pas la langue française... impossible de se projeter, impossible de visualiser une autre réalité, on peut imaginer que ce qui est juste présent dans ce moment c'est l'excitation de la nouveauté mais doublée de l'angoisse qu'elle procure. Ma cliente, elle, se souvient uniquement du train, elle se voit encore dans le train avec ses parents (comme l'image que j'ai eue.. ?) rien avant, rien après...

Pour vérifier l'exactitude de notre résonance empathique, la question à se poser est : **dans quelle mesure mon intervention fait-elle avancer la capacité du patient à éprouver plus pleinement son expérience ?**

Ici l'image mise en lien avec le vécu de ma patiente, petite, fait résonner plus pleinement, plus consciemment et de façon plus signifiante pourquoi elle ne peut pas se projeter aujourd'hui dans du concret, elle parvient à comprendre l'angoisse que cela soulève..

Un autre exemple d'une rencontre montre comment la disponibilité réceptive du thérapeute qui devient corps-conscience et se laisse aller à la contagion émotionnelle par une écoute en cerveau droit favorise à la fois l'alliance et le processus thérapeutique

Face à une patiente en IPI adaptative

Exemple de Maryse :

Lors d'un stage que j'anime dont le titre est « Présence incarnée » et qui est un stage d'introduction aux NSA, je propose de me prêter à un expérimentiel afin que les stagiaires puissent observer une écoute en cerveau droit.

La cliente m'évoque son histoire de petite fille, l'environnement familial dans lequel elle évolue, les relations qu'elle a vécu dans cet environnement : je n'ai plus en tête aucun élément concret de cette histoire de vie. Je me souviens juste du sentiment très prégnant que j'éprouve en l'écoutant d'une grande détresse, d'une grande solitude, le souvenir d'une toute petite fille très démunie.

Corporellement je me sens vide, et je sens précisément un creux au niveau du ventre

Je ne sais plus non plus à l'occasion de quoi exactement dans le discours de ma cliente, l'image d'un ramasse poussière me vient en tête et l'expression « ramasse-miettes » s'impose à moi. Je laisse passer et continue de me laisser pénétrer par le monde interne de ma cliente, les mots ramasse-miettes reviennent à plusieurs reprises dans ma tête avec l'image du ramasse poussière, de façon récurrente, bien que n'ayant (cela je m'en souviens) aucun rapport avec ce qu'est entrain de dire la cliente, je finis par penser qu'en s'imposant ainsi à ma conscience ces mots et cette image doivent bien avoir un sens et je me risque à les dévoiler prudemment à ma cliente.

Je vois instantanément son visage se remplir de stupeur d'abord, puis elle est prise d'une grande émotion, les larmes qui jusque-là étaient absentes commencent à couler, je la laisse vivre cette émotion, je soutiens cette émotion, je la rassure de ma présence, elle n'est pas seule, je suis là...l'émotion régulée, elle peut mettre des mots : oui ! elle était un ramasse – miettes, négligée dans ses besoins les plus élémentaires, elle avait faim et pour calmer sa faim, passer derrière les repas des adultes et ramassait les miettes qu'elle trouvait sur la table pour tenter de manger un peu et calmer sa faim.

Ici on voit bien ce que nous disent les NSA : le patient et le thérapeute sont dans un dialogue pré-verbal incarné.

Cette communication se réalise en dessous du seuil de conscience, le cerveau droit capte et évalue les signaux en moins de trente millisecondes, les systèmes limbiques communiquent à travers les signaux faciaux et l'expression prosodique de la bouche.

Le visage et la prosodie reflètent les états internes du client et du thérapeute : l'I.P. passe par cette protoconversation.

Ce faisant, le thérapeute réceptif devient :

- **un miroir amplificateur** des affects du patient,
- qui doit pouvoir donner **une valence plus grande aux affects** que celle générée par le patient,
- on parle ici d'un thérapeute **vivide**, c'est-à-dire vivifiant et existant et "qui fait exister" c'est par cette vivacité que le patient se sentira **compris de l'intérieur** et ce sentiment **renforce l'alliance**, et l'alliance est le levier du changement. J-M. Delacroix écrit : "*Il (le TH) est un éveilleur du sentiment d'exister du patient par le fait qu'il lui restitue ce par quoi il se sent exister, lui thérapeute, en ce moment, et qui lui vient d'un existant implicite, non encore révélé du patient.*"

L'I.P.I Défensive

Parfois notre patient, enfant, a subi des traumatismes relationnels en étant confronté à des affects submergeants qui produisent un état psychobiologique (ou organismique) intolérable (qui menace l'organisation psychique cela pouvant aller jusqu'à détruire les fonctions psychiques)

Pour préserver son intégrité organismique, l'I.P.D. permet de se débarrasser du contact avec sa propre psyché et son propre corps mais l'affect n'est ni vidé ni déchargé et reste ensuite : une trace, une empreinte, une représentation dans la mémoire implicite des systèmes limbiques droits, inaccessible au langage.

Si le patient perçoit dans la relation thérapeutique des aspects ressemblant aux comportements toxiques d'un parent, l'empreinte de relations d'objet pathologiques va s'activer et cela va venir contaminer le champ relationnel, va s'infiltrer dans la formation des figures, contaminer les cycles de contact et de régulation de l'émotion.

Ce peut être de toutes petites choses :

Exemple :

*avec une de mes clientes abusée de façon répétitive entre l'âge de 4 et 8 ans. **Mon sourire** suffisait en séance à la mettre dans un état d'hyper-activation (rythme cardiaque +++), état de tension dans tout le corps, voire des tremblements, j'étais observatrice de cela et elle pouvait m'en parler... mais au départ elle ne savait pas ce qui se passait pour elle, pour moi : je me sens très figée, impuissante et j'ai froid : c'est en cherchant ensemble qu'elle a pu faire le lien entre mon sourire et celui de son agresseur.*

Un simple sourire peut réactiver une mémoire traumatique : c'est "le déjà-là non encore conscient" souvent douloureux psychiquement et physiquement que le patient a besoin de nous transmettre pour se sentir rejoint et compris de l'intérieur.

Le patient induit donc un état somato-affectif chez le thérapeute que le patient est lui-même en incapacité de tolérer, dont il n'a pas réellement conscience mais qu'il a

fondamentalement besoin de transmettre à son thérapeute afin que le thérapeute sache réguler ces états émotionnels qui ne l'ont pas été dans le passé. C'est donc toujours une tentative de communication, de rester en lien, de se faire aider.

L'essentiel est donc la capacité du thérapeute :

1. à sentir l'invisible, à écouter et entendre l'in audible, (écoute en cerveau droit),
2. à éprouver le douloureux, (awareness+++) et le contenir fonction holding de Winnicott. A. Schore parle d'endiguer les affects intenses du patient (créer une digue) se laisser traverser par les envahissements, la confusion, les humiliations, la rage, le désespoir...
3. à réguler le submergeant, (s'autoréguler),
4. puis à restituer de façon micro-graduée son somato-affectif de façon apaisée (dans un dialogue dit pré-herméneutique),

Ce dialogue pré-herméneutique c'est le dévoilement processuel corporel. Dévoiler notre expérience corporelle du processus en cours ainsi que notre expérience affective, émotionnelle, c'est ce que Gilles Delisle appelle la dimension implicite de la réparation.

Cette dimension implicite de la réparation commencera à dévoiler chez le patient :

5. ce qui doit advenir dans son propre corps-conscience pour que le Soi s'enracine dans le corps,

Ensuite il y aura à :

6. co-construire ensemble le sens d'une expérience qui jusqu'alors n'en n'avait pas, là seulement le cerveau gauche du thérapeute commence à intervenir et à solliciter le cerveau gauche du patient en lui servant de corps calleux et nous entrons dans la phase explicite de la réparation par une herméneutique incarnée,
7. et nous créons ainsi de nouveaux circuits neuronaux qui éviteront par la suite les reproductions de situations inachevées.
8. ensuite pour terminer le processus de traitement de l'I.P une phase d'assimilation de l'expérience est bien sur nécessaire avec :

Importance de l'awareness sur le retour à un affect régulé positif (souvent du soulagement de la détente)

Des reflets sur les changements corporels, la communication somato-affective des affects positifs : retour à une I.P.A.

Les liens avec d'autres situations déjà vécues

Et l'ancrage de cette expérience positive afin de pouvoir retrouver cette nouveauté et possibilité de croissance. **(phase de post-contact)**

Quel que soit ce que traverse le thérapeute, son intégrité est ici essentielle car le patient va toujours percevoir inconsciemment les indices physiologiques de sa lutte et le rééquilibrage qui manifeste de façon phénoménologique son autorégulation affective. Il est donc nécessaire de ne jamais cacher ou tricher.

Un exemple :

avec une cliente (Olivia) où lors d'une séance elle se dysrégule en m'évoquant des relations ambiguës avec un oncle lors de son enfance...je repère la dysrégulation par des ruptures de contact avec moi, des micro signes de dissociation, elle cherche ses mots, elle a de vrais "blancs", puis je sens que mon cou commence à se tendre, à se raidir pour se figer et ne plus devenir qu'une intense douleur... il suffirait pourtant (et j'en ai bien conscience : puissance de l'I.P.), que je le bouge pour que la douleur s'en aille mais je n'y parviens pas, je reste avec la douleur un long moment me posant la question de savoir si cette douleur pourrait m'appartenir... puis je me décide à soumettre à ma cliente ma sensation douloureuse : je vois la terreur dans ses yeux, elle se souvient que cet homme qui abusait d'elle pendant ses siestes de petite fille, lui plaquait la main sur la bouche en lui tournant la tête sur le côté, cela lui faisait horriblement mal au cou et l'empêchait de crier mais elle s'accrochait à cette douleur pour ne plus sentir le reste....

Cet exemple illustre bien de la part de ma cliente une volonté inconsciente de me communiquer ce dont elle veut que je m'occupe. Elle n'est pas en capacité de m'en parler, mais elle me le communique autrement par une IP.

L'I.P.I défensive (pathologique)

Face aux affects difficiles, négatifs de l'enfant : la colère, la rage, la détresse, la panique, le dégoût, la terreur, c'est la capacité de l'adulte à s'identifier à l'enfant, à auto-réguler les sentiments difficiles que l'enfant à provoquer en lui qui lui permettra de réagir d'une manière appropriée et de développer lui aussi sa capacité à tolérer ses affects négatifs.

Ce processus permettra à l'enfant de composer avec des affects de + en + intenses si l'adulte parvient à le reconforter avant que ces affects ne le submergent.

L'adulte n'a pas seulement à refléter par empathie l'état de détresse du nourrisson, le nourrisson doit sentir que l'adulte lutte pour tolérer sa détresse projetée sans que cela n'entraîne de perturbations majeures de la fonction maternelle et contenante : c'est cela qui permettra à l'enfant de percevoir que les aspects projetés de son Soi peuvent être tolérés

C'est la même chose en situation thérapeutique...et c'est ce que vient chercher le patient : qu'il fasse ce que l'adulte n'a pas su faire.

Mais il arrive que le thérapeute soit en difficulté... lorsqu'une douleur traumatique du patient entre en collusion avec une douleur traumatique du thérapeute

Ou lorsqu'un patient tente de nous transformer en quelqu'un de mauvais... par exemple.

Des résistances émotionnelles intenses peuvent alors se manifester chez le thérapeute et la plupart du temps le thérapeute va défléchir en sortant défensivement du cerveau droit **mais en passant en mode cerveau gauche dans ces moments critiques, instantanément la communication empathique est coupée entre sa douleur et lui mm, mais aussi entre lui mm et son patient alors il formulera bien souvent une interprétation verbale de la situation relationnelle qui intensifiera la résistance du patient qui percevra d'emblée et de façon subliminale la réponse contre transférentielle aversive du thérapeute.**

Il y aura là **un désaccordage massif**, car le thérapeute désajusté va projeter de nouveau l'état non régulé et ainsi va amplifier le niveau de stress dans la relation : le patient vit donc la reproduction de son histoire : **un soi-dysrégulé en interaction avec un objet désadapté**, ce qui va déclencher chez le patient une totale insécurité car il sera aux prises avec ses modèles internes de représentation concernant un attachement insécure.

C'est alors bien souvent une sorte de bras de fer verbal qui s'engage entre le thérapeute et son patient, ou au contraire le patient dissocie et se dévitalise, le contact n'est plus possible, ou cela ouvre la porte à un passage à l'acte.

J'ai ici l'exemple de ce que la puissance d'une I.P.I défensive peut provoquer dans la relation.

Cas de Salomé

Salomé est une femme qui souffre depuis 20 ans de Troubles du Comportement Alimentaire. Elle est en thérapie avec moi depuis deux ans et depuis deux ans je suis extrêmement touchée par la souffrance de cette femme dont les caractéristiques sont une grande bonté et une extrême naïveté qui activent chez moi le care +++.

Mais petit à petit en quelques séances mon éprouvé somato-affectif devient tout autre et mon empathie disparaît peu à peu au profit d'abord d'une sorte d'indifférence pour passer ensuite à beaucoup d'agacement et enfin me sentir enfermée dans une extrême froideur assortie d'une colère contre ma cliente qui n'étant pas justifiée peut difficilement s'exprimer. J'agis ainsi avec elle comme une thérapeute parfaitement insensible, ayant envie de la secouer et mes interventions sont totalement désaccordées. Je deviens maltraitante, je m'en rends compte et je ne peux pas faire autrement.

Les séances deviennent insupportables pour moi, pour m'auto-réguler dans un premier temps je ne peux que décider de me taire et de me laisser être configurée comme mauvaise. J'apprendrais après que pour Salomé aussi les séances devenaient insupportables et qu'il lui a fallu bien du courage pour s'y rendre et ne pas céder au passage à l'acte de rompre le lien.

- CH 3 configurée comme tous ceux qui la maltraitent (mère, compagnon, ses enfants, son premier mari) CH4 : configurée comme son père sadique et abuseur.
- Traitement de l'I.P.I dévoilement du processus somato-affectif, dialogue pré-herméneutique après auto régulation du TH.

Puis reste du processus... et expliquer comment on en est sortis...

Insister sur la puissance du phénomène (comme pour avec Olivia sur la plan physique) car impuissance pendant plusieurs séances à m'auto-réguler et souffrances pour la dyade.