

ATTACHEMENT, TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT

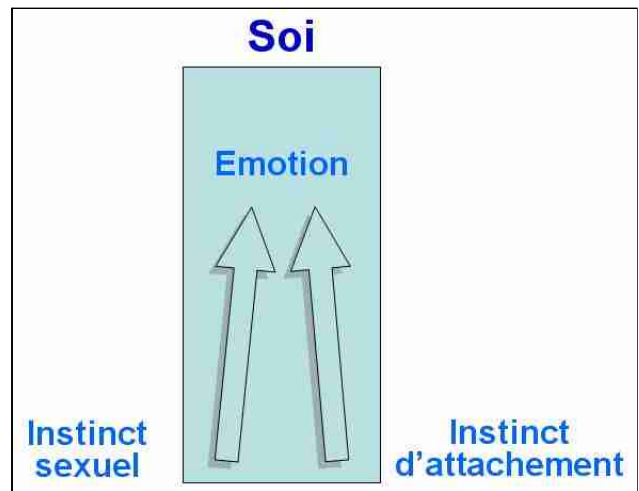
Guy TONELLA,
PDW, Amsterdam, Août 2008

ATTACHEMENT, SOI ET CARACTERE

Dans la filiation de Freud et de Reich, Lowen, dès 1958, fait de l'instinct sexuel et de la sexualité l'axe référent de la pratique bioénergétique. A cette même époque, Bowlby (1969) énonce sa théorie de l'attachement.

L'expression émotionnelle revêt alors deux significations possibles chez l'enfant : elle est soit un signal de plaisir/déplaisir sexuel (Lowen), soit un signal de sécurité/détresse (Bowlby).

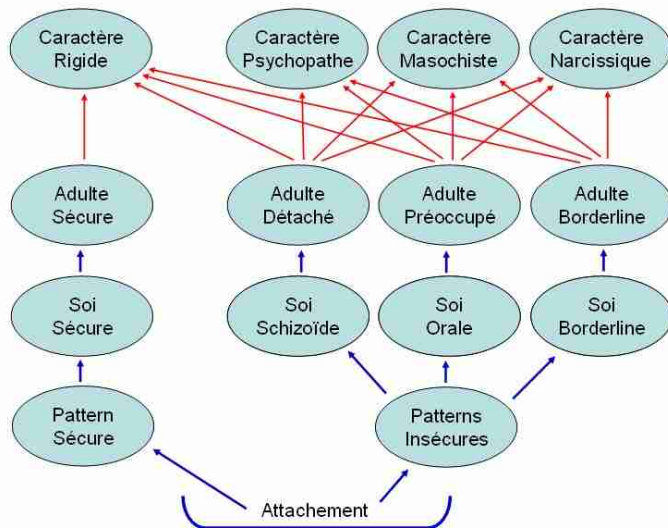
Aujourd'hui, ces deux théories sont co-intégrées dans l'approche bioénergétique. Chacune constitue une force structurante, présente et active, aux débuts de la vie.



Les premiers théoriciens de la théorie de l'attachement (Bowlby, Ainsworth, Main, ainsi que les travaux de Wolf, Emde, Anders, Sander, Stern, Fonagy et d'autres) ont contribué à montrer que le Soi, en tant qu'identité subjective en devenir, ne se construit pas sans liens et que ces liens sont l'oeuvre de l'un et l'autre des deux partenaires, de leur *attachement mutuel* et de leur *interactivité*. Je pense cela vrai pour la construction des liens mère-bébé, je pense cela également vrai pour la construction des liens thérapeute-patient.

Que se passe-t-il lorsque ces liens d'attachement ne remplissent pas leurs fonctions organisatrice et régulatrice ? L'enfant éprouve de l'angoisse. Ainsworth (1978), Main et Salomon (1988) ont montré qu'il se protège contre l'angoisse en adoptant trois types de stratégie d'attachement à but défensif : il peut devenir « anxieux-évitant », « anxieux-ambivalent » ou « désorganisé-désorienté ». Ces patterns d'attachement se construisent durant la première année.

Nous pouvons établir des correspondances entre ces stratégies d'attachement et les structures de personnalité se développant durant la première année, telles qu'elles sont définies en analyse bioénergétique : entre l'enfant « anxieux-évitant » et la « *structure schizoïde* », entre l'enfant « anxieux-ambivalent » et la « *structure orale* », entre l'enfant « désorganisé-désorienté » et la « *personnalité borderline* » (état limite).



Ainsi, durant la première année, à chaque stratégie d'attachement correspondant une structure du Soi (Soi schizoïde, Soi oral ou Soi borderline).

Cependant, dès la 2^{ème} / 3^{ème} année, avec le développement du Moi (ses fonctions représentatives et langagières) et en fonction des évènements interactifs survenant au cours du développement, des formations réactionnelles adaptatives peuvent se former : elles donnent lieu aux « caractères » pouvant recouvrir et habiller le Soi.

Mais au fond, l'adulte conserve son pattern d'attachement infantile. Il devient un adulte « *détaché* », un adulte « *préoccupé* », ou un adulte « *désorganisé-désorienté* ». Il peut cependant se comporter *comme s'il n'était pas* détaché, préoccupé ou désorganisé-désorienté : son caractère construit secondairement, tel un rempart recouvrant le Soi, masque ses angoisses les plus profondes et ses inquiétudes les plus anciennes et fonctionne comme tentative d'adaptation aux exigences de la vie d'adulte. Sous un caractère masochiste peut par exemple exister un Soi désorganisé-désorienté ; sous un caractère rigide peut exister un Soi oral (ce qui correspond à la définition de la personnalité féminine orale-rigide défini par Lowen, 1958) ; sous le caractère narcissique peut exister un soi désorganisé-désorienté (ce qui correspond à la personnalité narcissique-borderline décrite par Kenberg, 1989), etc. Toutes les combinaisons sont possibles.

Ce modèle articule la théorie de l'attachement et la nosologie bioénergétique. Il distingue :

- 1 – Les différentes structures du « Soi » (base de l'identité) : schizoïde, orale, borderline
- 2 – Les différentes structures de « caractère » (aménagement de l'identité) : narcissique, psychopathe, masochiste et rigide

En fait, cet adulte que nous rencontrerons en thérapie actualisera, « répétera » son pattern d'attachement avec nous et révélera son Soi (identité primaire), si toutefois nous ne restons pas fixés sur la construction caractérielle secondaire comme unique objectif thérapeutique, ne traitant les apparitions du Soi (de l'identité primaire) que comme « traits de caractère » accessoires.

Nous pourrions alors parler de « transfert de pattern d'attachement » ou « d'actualisation de pattern d'attachement » révélant les insécurités les plus profondes de soi, les besoins primaires insatisfaits et la structure du Soi telle qu'elle s'est originairement construite.

ATTACHEMENT ET PROCESSUS THERAPEUTIQUE

Ce modèle intégrant la théorie de l'attachement met ainsi en relief le fait que l'étiologie des structures pré-génitales n'est pas de nature sexuelle mais liée à un déficit narcissique et/ou est de nature traumatique.

L'analyse caractérielle est une méthode centrée sur l'analyse des conflits sexuels et la dissolution des réactions défensives contre l'angoisse sexuelle. Lorsque l'origine des problèmes n'est pas de nature sexuelle (un conflit sexuel) mais de nature relationnelle (un trauma développemental) le but thérapeutique

est moins a priori de traiter le symptôme sexuel que de *(ré)initialiser des liens d'attachement* ainsi qu'une *motilité fonctionnelle*, ce qui conduit à développer *un Soi sécure dans une relation d'attachement sécure*, ceci modifiant l'enjeu sexuel lui-même.

La différence méthodologique dans l'abord thérapeutique peut-être décrite ainsi :

1 - Le travail d'analyse caractérielle sur les conflits sexuels est classiquement basée sur un processus analytique psychocorporel : 1) en travaillant d'un côté sur le pattern de tensions musculaires et sur le pattern de défenses psychiques (les armures musculaire et du Moi) ; 2) en travaillant d'un autre côté sur le pattern relationnel névrotique en tant que transfert ou répétition d'un pattern infantile (le thérapeute étant perçu en tant que figure parentale).

2 - Travailler sur le déficit narcissique et le trauma développemental est davantage basé sur un système intersubjectif thérapeute/patient dans lequel patient et thérapeute sont engagés à un niveau non verbal, préverbal, comme Schore l'a observé. Le processus n'est alors pas vraiment analytique dans le sens d'analyser les expressions corporelles, verbales et transférentielles du patient. Il est plutôt intersubjectif dans le sens d'un système participatif à deux, permettant d'expérimenter et de réguler des sensations, des émotions, des micro-mouvements, des mimiques visuelles ou faciales, des besoins de distance ou de proximité participant à la (re)construction du Soi.

Le thérapeute n'est alors plus quelqu'un qui sait, qui fonde ses interventions sur une lecture (lecture du corps) et qui interprète les résistances et les défenses. Il est quelqu'un impliqué dans un système à deux, qui co-expérimente, co-régule, commente et contribue de manière co-créative pour donner un sens à ce qui se passe. Fonagy (1994, 2000), psychanalyste, a développé cette *dimension intersubjective* qu'il définit ainsi : lorsque le patient fait l'expérience d'être perçu, ressenti et pensé par son thérapeute, il commence à percevoir, ressentir et penser par lui-même.

Cette attitude thérapeutique sous-entend une implication sensorielle, émotionnelle et mentale ainsi qu'une proximité de la part du thérapeute, et non pas une distance, une objectivité et une neutralité. Tout comme le bébé avec sa mère, le patient éprouve le besoin de ressentir la présence affective réelle et vraie de son thérapeute, pour en faire l'expérience réelle et apprendre que cela est possible aujourd'hui.

ATTACHEMENT, TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT

1 - Qu'en est-il alors du transfert ?

L'expression transférentielle, telle qu'on la considère classiquement dans le cadre d'une thérapie psychocorporelle, se manifeste au niveau des postures corporelles, des tensions et des expressions émotionnelles infantiles réactivées, des pensées, des rêves et des fantasmes remettant en scène les conflits infantiles non résolus. Dans tout cela, le thérapeute est inconsciemment perçu, par l'entremise de phénomènes projectifs, comme étant le parent réel du patient. Travailler sur le transfert signifie alors aider le patient à prendre conscience de ces projections et l'aider à transformer les mécanismes corporels et psychiques à l'origine de cette « répétition ». Ceci constitue l'analyse de la « névrose de transfert » pour reprendre cette expression freudienne.

Dans le cadre notamment du déficit narcissique, il existe cependant un autre type de transfert. Le patient ne considère inconsciemment pas son thérapeute en tant que son parent réel mais il le considère en tant

que le parent dont il a besoin et qu'il n'a pas eu. Ce n'est plus la figure parentale qui est transférée mais ce sont les besoins infantiles insatisfaits qui le sont. Dans ce cas :

- le patient ne considère plus son thérapeute comme celui qui condamne ses désirs (ses désirs sexuels) mais comme un parent substitutif capable de répondre à ses besoins primaires. Si le thérapeute ne répond pas à cette demande, alors il peut devenir objet transférentiel de haine et la thérapie s'enlise car l'analyse de ce transfert, aussi juste soit-elle, ne résout rien puisqu'elle maintient le patient dans le manque, l'angoisse et la haine résultante ;
- le patient n'attend pas de résoudre un conflit inhibiteur, il attend de rencontrer son thérapeute comme une personne réelle capable de nourrir son Soi déficitaire. Si le thérapeute ne répond pas à cette attente de réalité, il déçoit son patient et peut l'entraîner dans un état dépressif ou de résignation.

Le premier aspect du transfert, classique, décrit le « transfert de relation d'objet conflictuelle » alors que ce second aspect du transfert décrit le « transfert d'attachement insécure ». Dans le premier cas, le patient cherche à se libérer d'une introjection parentale frustrante, conflictuelle et inhibitrice, dans le second cas il cherche à « incorporer » ou intérioriser un parent sécure, présent, attentif, empathique qu'il n'a pas eu.

En fait, le premier mouvement transférentiel d'attachement insécure de la part du patient sera une *actualisation de son pattern d'attachement* : « anxieux-évitant », « anxieux-ambivalent » ou « désorganisé-désorienté ». Il traitera son thérapeute comme s'il était son parent réel : il est terrorisé ou paralysé, ou il ne lui demande rien, ou il le protège, s'adapte à lui, etc.