

Les entre actes des mots dits dans la relation thérapeutique

Actualités Psychiatriques, 2, 72-77, 1983

72

LES ENTRE ACTES DES MOTS DITS DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE*

J. COSNIER**

Je ne vais pas sous ce titre essayer d'élaborer une théorie des pauses-café dans les colloques (beaucoup de « mots dits » et peu « d'entractes ») ni parler des traits d'union, espaces ou blancs qui séparent les mots... Je voudrais montrer comment dans la relation thérapeutique les mots participent à l'interaction qu'ils structurent et qui les produit, c'est-à-dire je voudrais essayer d'illustrer le changement qui anime actuellement les sciences humaines en particulier l'etho-anthropologie, la linguistique et la psychanalyse.

Les Mots Dits ? Dominique Barbier m'avait demandé de parler du *Non-Dit* dans la relation, mais le *non-dit* se définit précisément par le *Dit*, et une théorie convenable du *Dit* comprend nécessairement une théorie du *Non-Dit* - C'est justement là, un des points de développement de la nouvelle linguistique : la sémantique actuelle a pris conscience des insuffisances de la classique théorie saussurienne du Signe avec ses sempiternels « Signifiant/Signifié » accolés comme les 2 faces d'une feuille de papier, et elle a montré comment les mots énoncés véhiculent non seulement leurs signifiés mais aussi sont les supports d'implicites, présupposés et sous-entendus.

Entre-Actes ? Parce que la découverte que l'énoncé n'est pas seulement porteur de « signifiés », informants ou représentants, a montré que les mots ne servent pas tant à « Dire » qu'à « Faire ». « Dire c'est Faire » selon l'expression d'Austin et la linguistique est aujourd'hui très centrée sur les « Actes de langage ». Préoccupation qui rejoint celle des etho-anthropologues dans l'attention qu'ils portent aux interactions de la vie quotidienne et à l'organisation de l'espace transactionnel dans lequel elle se déroule.

L'activité locutoire est toujours collutoire. Ainsi, le langage n'est plus ce qu'il était et ne sert plus à ce que l'on pensait. Il ne sert pas à ce que l'on pensait car il est à l'évidence **plurifonctionnel** (ce qui met en cause le privilège de la fonction « représentative » trop longtemps maintenu), il n'est plus ce qu'il était car **il est multimodal**. Si en effet on met à l'avant scène ses aspects pragmatiques, le langage vivant produit par un corps parlant et ce par quoi co-agissant, ne se résume pas à son seul aspect verbo-acoustique, mais comprend aussi les gestes, les mimiques, les postures et autres éléments de sémiotiques visuelles et vocales. Ainsi le langage total, multicanal, hétérogène de nature peut être considéré comme un supra-système comprenant au moins trois sous-systèmes fonctionnant en synergie : le sous-système Verbal (classique), le sous-système Vocal et le sous-système Posturo-Mimo-Gestuel. Les deux derniers sont non verbaux mais néanmoins langagiers.

En résumé : le statut du langage a changé ; mais ce changement s'inscrit dans une évolution épistémologique profonde que je ne peux argumenter plus longuement, mais dont j'indiquerai rapidement quelques vecteurs ; on est passé : du symbolique à l'actuel, du monadique à l'interactif, du linéaire au systémique, du rare au banal, de l'exceptionnel au quotidien, de la compétence à la performance, de l'énoncé à l'énonciation, du dire au faire, du pourquoi au comment, de l'interprétatif au descriptif...

Or si tout trouble psychiatrique s'appréhende existentiellement comme un trouble de la communication, et si corollairement toute thérapie (psychothérapie) est une thérapie de la commu-

*Une partie des arguments utilisés dans cet exposé est développée dans l'article « Théorie de la communication et psychiatrie ». *Encycl. méd. Chir. Paris*, 37010 A10, Psychiatrie 2, 1981.

**Centre de Recherches linguistiques et sémiologiques de l'Université Lyon II -
Laboratoire d'Ethologie des Communications
86, rue Pasteur - 69007 LYON

nication et par la communication : tout changement dans les champs théoriques du langage et de la communication devrait avoir quelque impact sur la théorisation et la pratique psychiatriques. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si justement le thème du 1er congrès de Privas porte sur la «Relation» et si tous les exposés déjà entendus en particulier ceux de Jacques Oudot, de Lucien Bonnafé et de Jean Furtos ont beaucoup parlé d'interaction et de communication.

Je choisirai pour illustrer les propos précédents deux aspects qui paraissent très indiqués pour rester dans le thème de la relation thérapeutique: d'une part la situation des thérapies dans la conception communicologique, d'autre part et complémentairement : la position du thérapeute et le rôle de la théorie qui en découlent.

1 – ASPECTS PSYCHOTHÉRAPIQUES

J'examinerai donc ici différents modes de thérapie en les soumettant à la grille communicologique. examen rapide, destiné uniquement à préciser le niveau de communication auquel ces psychothérapies interviennent.

1-1. La psychanalyse et les thérapies d'énoncé

- La situation psychanalytique standard est caractérisée par une organisation spatiale (proxémique) et une consigne (dite «règle fondamentale») qui en font une situation duelle à canal verbal privilégié. Ces deux paramètres, position fauteuil - divan et règle fondamentale (qui constituent le «setting» analytique) contraignent les exigences pulsionnelles à se formaliser dans un discours verbal qui devra, au cours des séances successives, dans une temporalité ritualisée, s'enrichir dans ses possibilités fonctionnelles et homéostasiques. Le champ transactionnel analytique est donc par institution un champ langagier, champ d'élaboration, de fabrication et d'enrichissement du sens et des possibilités énonciatives. La préminence de l'entendu sur le vu, l'absence des éléments régulateurs extra-verbaux minimisent la participation corporelle à l'énoncé et forcent donc le sujet à la mentalisation et à la verbalisation.

Mais ce «setting» original s'inscrit lui-même comme toute situation de communication dans un «cadrage» («framing»). Ce cadrage repose sur des implicites multiples : la psychanalyse existe, c'est une thérapie, on y parle de la sexualité et de l'Oedipe... Les pré-supposés du patient et le cadrage qui l'inspire vont être le

plus souvent basés sur le modèle du *Savoir médical*, et non du *Ça voir analytique*. Autant dire qu'un des aspects de la cure sera de métacadrer les transactions.

- La cure analytique implique donc par son «setting» que la théorie analytique est une théorie du discours dans ses rapports avec l'économie pulsionnelle - En fait les conceptions proprement «psycholinguistiques» de Freud sont dispersées tout au long de son œuvre et au total peu nombreuses (1).

Dans la monographie de 1891 sur les Aphasies, il propose un schéma hypothétique de ce qu'il nomme «l'appareil du langage» illustré par un diagramme sur lequel il situe «la représentation de mot» et la «représentation d'objet». La représentation de mot est un complexe clos formé de quatre images : deux motrices et deux sensorielles. Ce complexe est relié au niveau de l'image sonore à l'image visuelle de représentation d'objet. Celle-ci au contraire de la représentation de mot, reste ouverte, susceptible de se compléter ou de se modifier par l'expérience.

Cette dichotomie devenue par la suite : représentation d'objet = représentation de mot + représentation de chose», sera conservée tout au long de son œuvre, et son analogie avec le «signe» saussurien mérite d'être soulignée : «signe = signifiant (image acoustique) + signifié (représentation de l'objet ou du concept)».

Ainsi Freud en passant de «l'appareil du langage» à «l'appareil psychique» s'est rapproché de F. de Saussure mais en lui ajoutant les points de vue topique, dynamique et économique. C'est-à-dire en introduisant l'inconscient, le conflit et le très important problème des rapports entre l'information et l'énergie.

Cependant la cure analytique a ses débuts était très dépendante de son modèle linguistique du signe : la cure consistait à ramener à la conscience des éléments refoulés en rétablissant par le travail analytique effectué avec le psychanalyste, leur liaison avec les représentations de mots. La psychanalyse fonctionnait comme une étude de texte ou un déchiffrement, certains ont

(1) On trouvera à ce sujet une argumentation dans «la psychanalyse et la psychologie des Communications» - J. Cosnier - Evolution psychiatrique, 2, 275-284, 1977.

Je crois pouvoir résumer leur modèle de la façon suivante : un patient névrosé va être soumis à un automatisme de répétition, résultat d'une régulation défensive permanente qui par différents mécanismes essaiera de reproduire, soit sur le plan de la pensée, soit sur le plan de l'action, les mêmes stéréotypes. L'action du psychanalyste placé en métacommunication consistera à introduire une information contre régulatrice selon un mécanisme qui, une fois introjecté par le patient, lui permettra un «insight» secondairement suffisant pour accéder à un nouveau mode de régulation plus satisfaisant. Bien que les formulations de **Widlocher** et de **Gear et Liendo** soient assez différentes, elles se complètent pour suggérer quelques notions :

- la valorisation de «l'insight» conçu comme une position métacommunicative ;
- le rôle du psychanalyste qui va fournir le modèle métacommunicatif ;
- la nécessité d'éviter les pièges des stratégies d'interaction répétitives et stéréotypées qui caractérisent la névrose ;
- la nécessité thérapeutique d'introduire de l'information dans le système de façon à en modifier l'équilibre.

Les notions de métacommunication et d'information sont donc logiquement reliées à celle d'interprétation. Celle-ci suppose deux temps : un temps dénonciatif intrapsychique, induit directement chez l'analyste par l'énonciation du patient (ce serait la «co-pensée» de **Widlocher**), un temps métacommunicatif qui s'appuie sur le précédent et par lequel sera (éventuellement) transmise une information au sujet, donnant lieu à l'interprétation proprement dite.

Cependant il serait sans doute très réducteur de croire que l'interprétation se limite à la simple verbalisation de l'analyste : un silence, un changement de posture, la mélodie etc... sont autant d'éléments émis par le psychanalyste et liés à son processus dénonciatif ou énonciatif mais toujours perçus par le patient comme énoncé complémentaire du sien et donc fruit ou indice d'une interprétation... De plus nous l'avons souligné, le discours du patient est un Dire mais aussi bien et même plus un Acte (particulièrement dans la névrose de transfert). La réponse analytique interviendra donc à plusieurs niveaux ; celui du Dire proprement dit (et c'était là la manière freudienne primitive) mais aussi toujours celui de l'acte (et c'est là qu'apparaît l'analyse du transfert). Cependant le discours de l'analyste est lui-même porteur des deux aspects: toute interprétation verbale est à la fois discours et acte et c'est dans ce dernier que s'infiltreront les éventuelles réactions contre-transférentielles.

1 - 2. Thérapies d'énonciation et thérapies à médiation corporelle

Si le travail analytique se fait par et sur les représentations de mots, c'est-à-dire vise à la modification de l'énonciation par la médiation de l'énoncé, la question peut se poser de savoir si l'on ne pourrait pas agir sur l'énonciation elle-même, soit en tant que processus, soit en tant que stratégie. C'est dans cette voie que se développent diverses thérapies que je qualifierai d'«énonciatives» dont les unes opèrent sur la pragmatique et la stratégie interactionnelles (thérapies «systémiques», analyse transactionnelle...) tandis que d'autres exploitent les activités corporelles (thérapies à «médiation corporelle») c'est-à-dire le processus énonciatif lui-même.

- *Les Thérapies de la pragmatique communicationnelle* ont donné lieu à des travaux récents et nombreux et sont souvent associés à la dénomination de «thérapies systémiques» en raison de leur théorie de base, et souvent de «thérapies familiales» en raison d'un de leur champ d'application majeur. Ces thérapies partent du principe exposé plus haut que les communications dans un groupe stable sont elles-mêmes stables, organisatrices et régulatrices de l'homéostasie groupale qui les utilise. Soigner un individu équivaut à changer son système de communication et cela amène directement ou indirectement à modifier l'équilibre groupal et vice-versa. Il est dans ces conditions, évident que la personnalité du thérapeute et sa perception du système familial auront une importance considérable : déséquilibrer un système ne veut pas dire le détruire ou faire n'importe quoi, mais permettre par l'introduction d'une information d'élaborer un nouveau mode de fonctionnement. Cette implication du thérapeute est le moteur de la compréhension mais aussi la source de ses difficultés contre-transférentielles qui peuvent être négociées et atténuées grâce à la présence d'un autre thérapeute et même parfois de thérapeutes observateurs extérieurs placés en position métacommunicative.

- *L'«analyse transactionnelle»* se réclame, elle aussi, des théories de la communication ; elle part du fait qu'on communique par le moyen de «transactions» et que l'analyse de ces transactions dans leurs modes et dans leurs stratégies, ainsi que l'expérience de nouveaux fonctionnements transactionnels amèneront un changement thérapeutique. La formulation théorique utilise les notions d'états du moi, de jeux et de scénarios : il n'y a pas lieu de la développer ici, mais elle constitue une méthode

relativement simple d'analyse conversationnelle (ou « transactionnelle »). On pourrait dire à ce titre que l'« analyse transactionnelle » est un essai de formalisation des actes de langage et une pédagogie de ces actes et par ces actes.

- *Les Thérapies à médiation corporelle* sont plus directement centrées sur le processus énonciatif, c'est-à-dire sur les aspects psycho-corporels, affectifs et sensorimoteurs mis en œuvre lors de l'élaboration du message et de la réalisation de l'énoncé total qui va le signifier. D'une façon générale, le principe de ces thérapies est de permettre au sujet d'expérimenter de nouveaux modes d'énonciation. On y considère, de façon plus ou moins explicite, que chaque individu possède une organisation verbo-viscéro-motrice qui lui est propre et utilise un style communicationnel plus ou moins ouvert. De multiples blocages psychomoteurs manifestés par les postures, les contractures, les asynchronies verbomotrices, etc. limitent les potentialités énonciatives et les contraignent à une stratégie appauvrissante. Toute modification même partielle de cette organisation fonctionnelle retentit sur l'ensemble et amène un changement. Ainsi le travail thérapeutique ne porte pas sur les énoncés produits au cours des exercices, mais valorise le travail énonciatif pour lui-même. Le souci essentiel du thérapeute n'est pas dans ces thérapies énonciatives d'interpréter mais simplement de faciliter ce que l'on pourrait appeler la créativité fonctionnelle du patient. A la limite, peu importe ce qui est dit, l'important est de dire, et ce « dire » est aussi bien corporel que verbal ou vocal.

L'expérience fonctionnelle sensorimotrice prime, et le sens advient de surcroît. On peut citer dans ce cadre des techniques « expressives » : expression corporelle, yoga, expression vocale, expression sonore, expression plastique, etc ; des techniques « réceptives » : musicothérapie, rythmothérapie, massages, etc... auxquelles peuvent s'apparenter des thérapies de filiation reichienne : bioénergie et « Gestalt ».

- *Thérapies mixtes.*

Il convient pour nuancer le schématisme des classifications précédentes (énoncé versus énonciation, verbal versus corporel) d'ajouter que de nombreuses thérapies des communications utilisent à la fois plusieurs registres. Ainsi par exemple, dans les sexothérapies conjugales, des entretiens de type systémique sont souvent associés avec la prescription d'exercices corporels, selon différentes modalités inspirées des conceptions initialement exposées par **Masters** et

Johnson. Par ailleurs les diverses techniques de psychodrame, de jeux de rôles, de dynamique de groupe, certaines formes de relaxation, etc... associent à une visée plus ou moins interprétative un entraînement fonctionnel énonciatif.

2 – LA POSITION DU THÉRAPEUTE

Parmi les facteurs communs aux diverses thérapies l'on doit souligner, et rappeler, car cela est connu depuis longtemps, l'importance de l'attitude profonde du thérapeute. On a pu en effet s'étonner, et certains s'en servent périodiquement comme argument pour mettre en doute le sérieux des techniques psychothérapeutiques, que toutes les psychothérapies, malgré des théorisations et des pratiques variées, voire contradictoires affichent des résultats favorables, que d'autre part un savoir théorique ne peut suffire généralement à les pratiquer correctement, mais doit s'associer à une formation personnelle. On a pu dire aussi que le psychothérapeute guérit plus par ce qu'il est, que par ce qu'il sait ou ce qu'il dit. A ces apparentes contradictions, les conceptions communicologiques, permettent de répondre. Dans la mesure où les aspects énonciatifs, les actes de langage et la communication totale sont en jeu, le contenu discursif de l'énoncé n'est qu'un élément très partiel du système et ne rend compte souvent que d'une infime partie du jeu transactionnel qui se déroule parfois à l'insu des interactants. C'est bien alors la personnalité foncière du thérapeute et les contraintes situationnelles qui agissent, autant que son savoir théorique.

Deux problèmes méritent donc d'être envisagés :

- le rôle métacommunicatif du thérapeute ;
- le rôle de la théorie.

- *Le rôle métacommunicatif du thérapeute.*

En principe et quelle que soit la thérapie en cause, le thérapeute sera en interaction avec le sujet. La nature de cette interaction et son cadrage varieront selon les règles du jeu thérapeutique adopté, mais dans tous les cas, le thérapeute sera censé comprendre, voire justifier, ce qui se passe : il assumera donc une attitude métacommunicative (1) à son égard (2) à l'égard éventuellement du patient (3) et de l'institution ou du groupe...

Mais, tout comme le patient, le thérapeute sera soumis aux lois et contraintes de la communication. Placé en situation, il est lui-même sujet d'énonciation et par symétrie de « dénonciation » lorsque le patient énonce. Inclus donc dans une situation de communication totale, le

contenu de sa parole n'est en fait qu'une partie de ce qu'il émet, ses silences, ses mimiques, ses postures, son intonation contribueront tout autant à constituer son «énoncé total». Plusieurs dialogues se déroulent donc : l'un explicite, dialogue officiel, conforme aux règles du jeu, les autres implicites, plus ou moins conscients. Aussi, si l'on a pu dire, et cela constitue un postulat utile, que le thérapeute devait être «neutre et bienveillant» la neutralité signifie abstinence libidinale mais non impossible indifférence. La réactivité affective du thérapeute est en effet pour lui un élément essentiel de sa compréhension de l'interaction : c'est par les affects et les associations que suscitent en lui les émissions du patient, qu'il sera renseigné sur l'activité perlocutoire de ce dernier. Ainsi le thérapeute doit être vigilant à son propre égard et se rendre compte que sa connaissance du patient passe par ses propres potentialités réceptives, qui vont largement influencer ses réactions globales. Toute la théorie communicologique montre en effet qu'il est important pour le thérapeute de contrôler ses interventions : le patient possède des stratégies parfaitement au point pour susciter chez autrui certains sentiments, provoquer certaines réactions et faire entrer ainsi son interlocuteur dans un scénario déjà plusieurs fois éprouvé. Or le problème de toute thérapie est au contraire de rompre la chaîne des transactions habituelles et d'introduire de l'information, là où tout est réglé pour éviter le changement. C'est le temps entropique de l'action thérapeutique. Ainsi la personnalité du thérapeute sera autant que son savoir un élément crucial de la situation, et ceci est aussi vrai pour les thérapies interprétatives que pour les thérapies énonciatives qui s'inscrivent les unes comme les autres dans un champ transférentiel et contre-transférentiel auquel le thérapeute, qu'il utilise ou non le transfert, se doit d'être vigilant.

- Le rôle de la théorie.

D'un point de vue communicologique, la théorie est néguentropique : elle ordonne le cadre, les règles transactionnelles et contraint la disponi-

bilité perceptive du thérapeute. Son rôle sera donc paradoxal : faite pour faciliter la compréhension et le captage de l'information, elle risque d'être en même temps par l'ordre qu'elle introduit dans le système, un facteur important d'occultation, d'incompréhension et de limitation de l'information. Le thérapeute doit en être conscient et cela devrait l'inciter à réaliser que sa théorie n'est pas la clé d'une toute puissance universelle mais plutôt un garde fou nécessaire au maintien de son équilibre personnel et donc à la protection du patient. Ainsi, si la palette psychothérapique s'est considérablement enrichie ces dernières années, la fonction du psychothérapeute n'en est pas pour cela simplifiée. On pourrait même penser que le maniement des thérapies énonciatives nécessite un «insight» et une disponibilité intérieure encore plus constante que les thérapies interprétatives et on voit mal comment ceux qui s'y consacrent pourraient se dispenser d'une solide formation personnelle (dont la psychanalyse paraît être un élément des plus souhaitables). La non interprétation explicite du patient ne dispense pas le thérapeute de s'interpréter lui-même et de s'interroger sur le sens de ses conduites.

3 -- CONCLUSIONS

Que les phénomènes de communication occupent une position centrale dans le champ psychiatrique constitue aujourd'hui une opinion très largement partagée. Cependant on est encore loin d'en avoir tiré toutes les conséquences : les recherches portant sur la communication et le langage en psychiatrie sont encore peu nombreuses et l'élaboration théorique dans ce domaine où une pratique effervescente précède souvent tout embryon de réflexion épistémologique reste peu avancée.

Pourtant le statut du langage et l'intérêt pour la communication ont subi durant ces quinze dernières années une mutation très profonde qui a transfiguré les sciences anthropologiques et ne devrait donc pas épargner le champ psychiatrique. ■

BIBLIOGRAPHIE

En dehors des deux articles cités dans le texte, on trouvera les notions de base sur la communication et le langage dans : J. BERRENDONNER, J. COSNIER, J. COULON, C. ORFÈCHIONI, *Les Voies du langage*. Dunod, 1982.