

De la douleur à la colère : mise en discours des émotions et travail thérapeutique

From pain to anger: discourse on emotions and therapeutic work

Anne Salazar Orvig

CLESTHIA - Université Sorbonne Nouvelle, Paris 3

Michèle Grossen et Claudia Meystre

Université de Lausanne, Suisse

Résumé

Au-delà de ses multiples formes, la psychothérapie accorde une place centrale à l'expression des émotions. Dans les approches basées sur la parole, le travail du thérapeute consiste à opérer sur la parole du patient de sorte à provoquer chez celui-ci un retour réflexif sur son expérience. Procédant à une analyse dialogique d'une séance de psychothérapie, cette étude porte sur la mise en discours des émotions et leur circulation dans le dialogue. Suivant le devenir d'un thème récurrent (la colère), elle montre comment dans ce travail de co-construction, des zones de divergences amènent la patiente à adopter un point de vue différent sur son vécu psychique. En conclusion, nous soulignons l'importance de documenter les pratiques des professionnels pour assurer le développement professionnel et, partant, la qualité des soins.

Mots clés

Dialogisme, psychothérapie, analyse du discours, émotions, mise en discours

Abstract

Beyond its many forms, psychotherapy, assigns a central role to the expression of emotions. In talk-based approaches, the therapists' work consists in operating on the patients' words to encourage them to take a reflexive stance on their experience. Through a dialogic analysis of a psychotherapy session between a therapist and a patient, this study focuses on emotions in discourse and their circulation in the dialogue. Following the progression of a recurrent theme (anger), it shows how, in this co-co-construction, areas of divergences lead the patient to take a different perspective on her psychological experience. In conclusion, we emphasise the importance of documenting professional practices to ensure professional development and the quality of care.

Keywords

Dialogism, psychotherapy, discourse analysis, emotions, wording

1 Introduction

La psychothérapie accorde une place centrale à l'expression des émotions (Angus & Greenberg 2011) par le langage ou par d'autres médiations telles que le travail sur le corps ou l'art. Dans les psychothérapies d'inspiration analytique, le travail du thérapeute est d'agir sur la parole du patient par des reprises, reformulations, interprétations, suggestions qui visent à amener le patient à adopter un point de vue réflexif sur son expérience, donc à susciter une prise de conscience et à lui permettre de poursuivre son développement psychologique.

Face à la diversité des approches thérapeutiques (Duruz & Gennart 2002) et à leurs enjeux sanitaires et éthiques, les recherches sur la psychothérapie se sont multipliées. Les méthodes utilisées dépendent de l'ancrage disciplinaire, du cadre théorique adopté et de l'objet d'étude retenu. Certaines méthodes se centrent sur les résultats de la thérapie, d'autres font des catégorisations a priori des interventions du patient et du thérapeute. D'autres encore analysent les processus interactionnels et discursifs en jeu dans ces rencontres.

Notre étude se situe dans cette dernière approche. Cherchant à dépasser une approche purement lexicale ou catégorielle des émotions, elle procède par une analyse dialogique du discours qui porte sur la *mise en discours des émotions* et leur circulation dans le dialogue. Comment la thérapeute traite-t-elle la parole de la patiente lorsque celle-ci évoque des émotions ? Avec quels effets sur le discours de cette dernière ? Telles sont les questions que nous aborderons.

Dans ce qui suit, nous introduirons brièvement quelques éléments centraux de l'étude des émotions en psychologie et en sciences du langage puis présenterons notre analyse. En conclusion, nous soulignerons l'importance de documenter les pratiques effectives des soignants pour assurer leur développement professionnel et la qualité des soins.

2 Discours et émotions : une approche interdisciplinaire

Dans le champ de la psychologie, l'approche des émotions tend à se centrer sur l'individu et à négliger le rôle du langage dans leur expression (et donc la communication) (cf. entre autres Sander & Scherer 2014). En réponse à ces approches dominantes, jugées trop centrées sur l'individu, d'autres courants tels que la psychologie discursive (Edwards 1999) ou constructionniste (Gergen & Gergen 2006), considèrent l'expression des émotions comme un phénomène interactionnel qui comporte une dimension rhétorique et performative (Peräkylä & Sorjonen 2012). Ainsi, selon M. Wetherell (2013), les émotions ne sont pas des catégories discrètes et ne peuvent donc être séparées du discours. Elles émergent au sein d'une activité et sont en constante transformation. Une telle proposition dépasse le champ de la psychologie et invite à une étude interdisciplinaire puisqu'il s'agit de s'appuyer sur une théorie du langage explicite tout en menant des analyses susceptibles de documenter les pratiques effectives des psychothérapeutes. C'est dans cette double perspective que se situe la présente contribution.

Si on s'accorde sur le fait que les sciences du langage ne s'occupent pas des émotions, affects ou sentiments en tant que tels mais de leur sémiotisation, leur appréhension diffère selon l'intérêt premier des chercheurs. Ainsi les approches taxinomiques rendent-elles compte du champ lexical des mots d'émotion (noms, verbes, adjectifs), de leurs propriétés sémantiques et syntaxiques dans l'articulation avec leurs collocations (cf., entre autres, Goossens 2005 ; Tutin *et al.*, 2006 ; Cislaru 2010 ; Novakova & Tutin 2019). Elles répertorient en particulier les différentes configurations actantielles impliquant le lieu psychologique siège de l'émotion (celui qui en fait l'expérience, dit l'expérencieur), la cause ou élément déclencheur, voire, le cas échéant, l'objet (Bamberg 1997 ; Goossens 2005). Cependant, une approche lexicale ne suffit pas à rendre compte de la façon dont les émotions se déploient dans le discours. D'une part, elles ne sont pas uniquement mises en mots par un lexique spécialisé (Plantin 2011 ; Micheli 2014) mais peuvent être implicites dans le discours par l'évocation de leurs manifestations physiques, des situations ou événements, ou plus généralement par les contextes qui les provoquent (les *émotions étayées*, de R. Micheli). D'autre part, les expressions linguistiques n'encodent pas directement des émotions, mais plutôt « how a person wants to be understood » (Bamberg, 1997 : 315). Dès lors, leur mise en mots participe aux modalités de positionnement du locuteur et, plus largement, à l'expression de la subjectivité (Kerbrat-Orecchioni 1980), voire de l'éthos (Amossy 1999).

Une des difficultés que rencontre l'analyse discursive réside dans le fait qu'elle a rarement affaire à une émotion actuelle, vécue par le sujet au moment même de l'énonciation. Celle-ci est le plus souvent rapportée (Plantin 2011) ou dite (Micheli 2014). Ainsi, « dans [ce] cas [...], la prédication même de l'énoncé revient typiquement, au niveau syntaxique, à mettre une émotion en rapport avec une entité humaine supposée l'éprouver » (Micheli, 2014 : 45). Son expression participe d'une diversité de configurations énonciatives : l'expérencieur peut coïncider avec le locuteur, l'allocutaire, voire un tiers. Elle peut être contemporaine du discours ou s'inscrire dans une temporalité disjointe du moment de l'énonciation. Mais, dans tous les cas, elle relève d'un dédoublement énonciatif (Bres & Vérine 2002 ; Vion 2006), émanant à la fois de la voix du locuteur qui la rapporte et de celle — reprise ou attribuée — de l'expérencieur, coïncidant ou non avec le locuteur. Ce dialogisme interne à l'énoncé se double de celui qui se déploie dans le dialogue (Salazar Orvig & Grossen 2008) dans lequel ces émotions rapportées circulent, sont reprises, reformulées, interprétées. Ce travail dialogique est typique de l'entretien clinique qui se focalise, du fait de son asymétrie constitutive (Grossen & Salazar Orvig 2006), sur un seul expérencieur, le patient.

Sur le plan clinique, les enjeux sont divers : il s'agit non seulement pour le thérapeute d'entendre cette émotion rapportée et de l'intégrer dans l'espace discursif mais aussi et surtout de la remettre en circulation, soit pour la faire reconnaître par le patient, soit pour l'amener à en percevoir d'autres facettes. On peut donc supposer que la voix du thérapeute sera une voix transformatrice du matériau émotionnel. C'est dans cette force transformatrice (la compréhension responsive de V. Vološinov 1929/1977) que reposent les résultats thérapeutiques de l'entretien clinique.

Cette approche présente, à nos yeux, un double intérêt : d'un point de vue psychologique, analyser comment, au travers de ces mouvements discursifs, le patient est susceptible d'adopter une perspective différente sur les événements qu'il relate et sur sa propre personne. On a alors affaire à des *moments innovants* (Gonçalves, *et al.* 2011) ; du point de vue des sciences du langage, contribuer à l'analyse des modalités d'expression des émotions en discours et mieux appréhender les différentes facettes du dialogisme et leur impact en dialogue.

3 Présentation de l'étude

Notre étude poursuit deux buts. Premièrement, identifier comment, dans une séance de psychothérapie, les émotions sont mises en discours par une psychothérapeute et une patiente ; deuxièmement, mettre au jour les zones de divergence et de convergence qui sculptent ce dialogue et par là-même identifier les forces motrices qui, dans la dynamique thérapeutique, suscitent des micro-changements dans le regard que la patiente porte sur son propre vécu.

Les données analysées sont tirées d'une psychothérapie de douze séances menées dans une orientation de psychodynamique brève (Ambresin *et al.* 2009)¹. Julie (pseudonyme) est une femme mariée dans la quarantaine hospitalisée à plusieurs reprises pour dépression. La thérapeute est une psychiatre formée aux psychothérapies psychodynamiques. La thérapie a été audio-enregistrée avec le consentement éclairé des participantes et entièrement transcrite. Elle fait partie d'un corpus plus large analysé dans une autre perspective (Meystre 2015) et montrant que la patiente avait répondu favorablement au traitement. Nous nous centrons ici sur la séance 6 dans laquelle la dyade se focalise à plusieurs reprises sur une émotion spécifique, la COLERE². Le devenir dialogique de cette émotion constitue, en effet, un bon exemple des modalités et de la dynamique du travail thérapeutique.

L'étude présentée ici part d'une analyse préalable dans laquelle nous avons repéré tous les cas de mise en discours d'émotions par les deux participantes dans les séances 1, 3, et 6. Ces occurrences s'inscrivent sur un continuum allant du plus explicite et direct (les mots d'émotion, *j'ai une angoisse* à l'émotion implicite (ou *émotion étayée*, Micheli 2014) par l'évocation de faits ou d'événements (*à 20 ans le premier chéri m'a abandonnée*) en passant par celle des effets de l'émotion (*j'ai beaucoup pleuré*). Nous avons ensuite analysé leur statut référentiel et les constructions dans lesquelles elles apparaissent.

Un deuxième volet de notre travail concerne les mouvements dialogiques impliquant l'expression des émotions : les mouvements de reprise et de reformulation, inhérents à la circulation dialogique, puis les mouvements de convergence mais aussi (et surtout) les déplacements (François 2005) pouvant impliquer des changements de catégorisation et de points de vue et enfin la façon dont les reprises et reformulations impliquent des modifications dans le positionnement énonciatif, la responsabilité énonciative des émotions étant assignée à la patiente (*vous disiez, vous dites*) ou à un tiers absent (*elle a dû penser*).

Nous avons ainsi identifié des moments dans lesquels l'expression des émotions est au centre du travail thérapeutique et, réciproquement, des émotions dont l'expression cristallise ce travail et autour desquelles se noue (et dénoue) l'alliance thérapeutique. Parmi celles-ci, nous focalisons sur le thème de la COLERE (et son association récurrente avec la DOULEUR et la SOUFFRANCE) dans la séance 6. Nous montrerons tout d'abord les modalités d'émergence de ce thème puis suivrons son devenir en décrivant comment, dans ce travail de co-construction, des zones de divergences demeurent et contribuent à amener la patiente à développer un point de vue différent sur son propre vécu psychique). Ces différents mouvements sont ensuite discutés et interprétés.

4 Travail dialogique sur la COLERE

La construction dialogique des diverses facettes de la COLERE et de son contrepoint avec la SOUFFRANCE/DOULEUR se fait par le jeu articulé de trois dimensions complémentaires : les mouvements d'introduction et de déplacement du thème de la COLERE, la fluctuation du statut référentiel du nom *colère*, l'expression des arguments (expérienceur, objet, cause) qui lui sont potentiellement associés. Nous verrons que les mouvements dans le dialogue s'exercent moins sur la dénomination de l'émotion que sur son statut référentiel et le positionnement de la patiente par rapport à celle-ci.

4.1 Entrée en scène du nom colère

L'émotion COLERE est introduite quand la patiente rapporte le récit fait à sa sœur de ses *mises en scène* de suicide, narrées et commentées à plusieurs occasions pendant la séance. La patiente les présente comme une *manipulation*, un moyen d'obtenir une réponse du personnel soignant qui, selon elle, ne satisfaisait pas sa demande de médication. Elles sont également associées à une impossibilité de lui communiquer sa SOUFFRANCE (P43) et sa DOULEUR (P44) :

- 1.
- P43 - ouais. ouh ! je prends aussi sur moi le fait que quand ils- quand euh les infirmières elles essayaient un petit peu de nous faire euh parler ou sortir tout ce que j'avais dans le coffre, j'étais bloquée
- T43 - mmh mmh
- P44 - parce que ma douleur elle était à ce moment-là trop vive et j'arrivais pas (...)

¹ Ces données font partie d'un corpus plus large récolté à d'autres fins et mis à notre disposition.

² Les petites capitales réfèrent à l'émotion ou le thème évoqué et les italiques à la citation des mots ou énoncés.

En reformulant, quelques tours de parole plus tard, ces énoncés de la patiente, la thérapeute (T54) effectue un premier déplacement :

2.

T54 - mmh mmh, en tout cas ce que vous dites, c'est que c'était une douleur qui était pas: fin une douleur qui ne pouvait pas se mettre en mots, une douleur qu'il fallait- qui pouvait que s'exprimer en montrant, au travers de mises en scène, comme vous disiez, pour reprendre votre terme

Tout en s'appuyant sur le discours de la patiente (*ce que vous dites*), la thérapeute propose une réinterprétation de la tentative de suicide comme moyen d'exprimer sa DOULEUR, alors que la patiente la formulait comme une conséquence (P35, *j'étais tellement mal que j'ai fait là-bas des: des appels au secours*). Cependant, la patiente ignore le lien proposé par la thérapeute et poursuit sur l'intensité de la douleur :

3.

P58 - plus c'est fort plus la- la douleur est vive quand on replonge.
T58 - mmh mmh, et d'après vous cette douleur qui est encore plus vive, c'est parce que justement vous replongez comm- ? qu'est-ce qui pourrait faire que ?
P59 - parce que c'est tellement violent la douleur liée à la dépression que de savoir qu'on va- on va revivre ça euh, c'est douloureux quoi.
T59 - mmh mmh
P60 - et pis parce que c'est: euh: parce que c'est récurrent, pis ça fait peur, parce qu'on a juste envie d'être libre et pis de vivre euh ouais sans cette épée de Damoclès
T60 - mmh mmh et pis fin je me disais qu'y avait aussi cette violence ! hein, vous disiez et puis que vous montriez 'fin de vouloir enfin de mettre en scène votre suicide je me disais c'était aussi violent hein
P61 - peut-être une forme de colère
T61 - une forme de colère ?

La patiente réintroduit tout d'abord l'expression de la DOULEUR (*j'étais mal, j'allais mal, douleur*, P58) qualifiée de *vive* en P44 [1]. Cette qualification définie auparavant comme un *coup de massue* (P57), est reprise en T58 (*encore plus vive*), complétée par l'adjectif *violent* (P59) et intensifiée par la métaphore *épée de Damoclès* (P60). Se construit ainsi l'isotopie de la dépression. La thérapeute opère alors un second déplacement qui joue sur l'agentivité de la patiente. Elle se saisit du qualificatif *violent* (appliqué à la DOULEUR que subit la patiente) et le dérive en *violence* (*je me disais qu'y avait aussi cette violence*, T60), VIOLENCE qu'aurait exercée indirectement la patiente par l'impact de toute tentative de suicide sur autrui. Surgit alors le mot *colère* (P61) dans un enchaînement co-énonciatif (Jeanneret 1999) qui l'inscrit dans le paradigme de la VIOLENCE. Cependant, c'est à ce moment que ce thème est abandonné et que la COLERE devient un fil conducteur de l'entretien.

Notons que cette première mise en discours (*peut-être une forme de colère*, P61) correspond à un usage attributif du nom *colère*, dont le caractère assertif est suspendu par la locution *une forme de* et par l'adverbe *peut-être*. L'enchaînement avec l'énoncé de la thérapeute ne permet pas de déterminer si cette expansion s'applique à la tentative de suicide ou à la DOULEUR. En outre, aucun marquage n'explicite la prise en charge de cette émotion par la patiente, même si elle lui est assignable à partir du rôle agentif que lui attribue la thérapeute (*votre suicide*, T60). Tout se passe donc comme si la patiente avançait l'expression d'une émotion ressentie au moment de son acte (voire ayant provoqué son acte) et s'en distanciat en même temps : était-ce vraiment de la COLERE et de qui ?

4.2 Première thématization

Après la reprise en écho par la thérapeute (*une forme de colère ?* T61 [3]), la patiente apporte une explication de l'émotion et de l'acte qui s'est ensuivi :

4.

P62 - que eux ! ils pouvaient quand même interpréter en disant « mais elle a essayé de mettre fin », ils pouvaient pas, « de mettre fin à sa vie », ils pou- ils pouvaient pas laisser le doute par rapport à leur responsabilité

Cette explication opère un renversement : alors que la thérapeute avait posé la VIOLENCE comme une conséquence de l'action de la patiente, celle-ci désigne l'attitude des soignants comme responsables de sa COLERE. Présenté sous forme de concession (*quand même* introduit en parallèle à *aussi*, T60), ce renversement assigne un poids argumentatif plus fort à l'évocation de la non-réponse du personnel soignant. La suggestion de la thérapeute, à savoir que l'acte de la patiente (*sa mise en scène*) pourrait être violent envers les autres, est ainsi balayée.

4.3 Deuxième thématization

Racontant avoir obtenu les médicaments demandés, la patiente revient sur la SOUFFRANCE/DOULEUR, ce à quoi la thérapeute (T69) répond en réintroduisant la COLERE :

5.

- P67 - au moins pendant deux jours je souffrais pas.
T67 - c'est ce que vous recherchiez avec les médicaments de (X) de pas souff-
P68 - ouais
T68 - de pas sentir, de pas souffrir ?
P69 - de pas souffrir, ouais.
T69 - mmh mmh, et c'était quelque chose qui faisait taire cette colère (X) (pour vous) ?
P70 - taire cette colère ? le fait que quoi ? que j'étais dopée et pis euh : -
T70 - mmh mmh
P71 - pfff j'étais pas / que je mettais tout ça en stand-by mais c'était au moins pour avoir de nouveau la paix (pleure)
T71 - mmmh mmmh ce que je me disais que ce que vous disiez c'est qu- fin ce que j'avais compris, c'était que finalement ce que l'é- l'équipe ne pouvait pas avoir, ils devaient s'assurer qu'il ne vous arrive rien, mais du coup ils n'avaient pas vu cette colère ? qu'y avait en vous également ?
P72 - pour que je puisse faire des choses comme ça ?
T72 - mmh mmh
P73 - non, parce que j'étais comme une petite souris qui: qui passait inaperçue

La thérapeute commence par relier DEPRESSION, SOUFFRANCE et COLERE, l'effet des médicaments tenant lieu de pivot (*vous recherchiez avec les médicaments, T67 (...) de ne pas souffrir, T68 (...) qui faisait taire cette colère ? T69*). Contrairement à P61/T61 (ex 3), *colère* est mobilisé dans un usage référentiel, actualisé par le démonstratif *cette*, qui renvoie déictiquement au discours partagé entre les interlocutrices. Cependant, plutôt que d'accompagner une convergence attentionnelle, le recours au démonstratif crée un effet de contraste avec le discours de la patiente en marquant la constitution d'un objet de discours. On notera cependant que ce mouvement ne s'accompagne pas en T69 d'une attribution explicite de cette émotion à la patiente. Celle-ci ne vient que dans un deuxième temps (*qu'y avait en vous également, T71*) comme s'il était nécessaire de l'explicitier.

En même temps, en T67, la thérapeute assigne à la patiente une position active (*vous recherchiez*). Cette proposition n'est pas endossée par la patiente qui (P70) réplique par une reprise interrogative, une demande de confirmation et un déplacement vers l'effet des médicaments (*j'étais dopée*), ce qui la replace dans une position passive. Elle se focalise à nouveau sur la SOUFFRANCE (P71) et sur sa demande de médicaments non satisfaite.

La thérapeute change de perspective (T71) en abordant l'absence d'impact de la COLERE sur les soignants. La patiente enchaîne en co-énonciation avec un double mouvement : au premier plan, un mouvement de convergence validant implicitement la reprise par la thérapeute de l'idée que l'absence d'écoute de l'équipe soignante serait à l'origine de sa tentative de suicide ; au second plan, un mouvement de divergence puisqu'elle ne reprend pas la COLERE comme émotion ressentie. La tentative de la thérapeute de lui faire reconnaître cette émotion et de la lier à la dépression n'aboutit donc pas.

4.4 Troisième thématization

Le thème de la COLERE surgit à nouveau après quelques minutes :

6.

- P84 - ouais. cette solitude justement que- que je pense euh - apparentée à : - à : euh ouais une crise existentielle où je me suis - où j'ai perdu mes points de repères et pis que je dois me reconstr- je dois repartir su- je dois me préoccuper de moi
T84 - mmh mmh mmh mmh, pis du coup je me disais fin en vous écoutant « vous préoccuper de vous », je me demandais où elle est partie cette colère, enfin vous disiez- fin je me disais qu'à XYZ ((lieu)) vous disiez que l'équipe infirmière ne vous comprenait pas et pis qu'y avait une colère importante, pis là je vous entends d'ici peut-être dire de nouveau, hein, qu'y a toujours ce sentiment de solitude qui est là, et présent
P85 - qui peut être apparenté à de la colère ?
T85 - ouais je me demandais si le fait de fin dit autrement si le fait de vous sentir seule c'était peut-être pas quelque chose aussi qui pouvait vous mettre parfois en colère, contre fin contre ces gens autour de vous qui ne vous comprennent pas
P86 - peut-être que c'est cette solitude qui a engendré- moi je me voyais plutôt f- leur faire appel en disant « mais s'il-vous-plaît aidez-moi, j'ai besoin de vous »
T86 - mmh mmh
P87 - c'était vraiment ça.

La patiente (P84) fait un lien entre SOLITUDE et CRISE EXISTENTIELLE et en tire une auto-injonction (*me reconstruire, me préoccuper de moi*). Dans sa reprise, la thérapeute introduit une discontinuité en questionnant le fait que la patiente ne mentionne pas la COLERE (*où elle est partie cette colère ? T84*), ce qui peut laisser entendre que la patiente occulte cette émotion et ne lui attribue pas d'autre cause que l'attitude des soignants. La thérapeute associe ensuite l'importance de cette émotion à la SOLITUDE (T84). C'est ainsi, en tout cas, que l'interprète la patiente qui enchaîne par une reformulation de l'énoncé de la thérapeute (*qui peut être apparenté à de la colère ? P85*), ouvrant l'espace d'une convergence malgré le mode interrogatif. La thérapeute expose alors plus explicitement son raisonnement (*le fait de vous sentir seule c'était peut-être pas quelque chose aussi qui pouvait vous mettre parfois en colère, T85*) qui place la COLERE sur le devant de la scène. La patiente ébauche une acceptation (*cette solitude qui a engendré- P86*) dans un énoncé qui s'arrête au seuil de l'explicitation. Elle déplace ensuite à nouveau son propos vers ses demandes non satisfaites par les soignants.

En ce qui concerne le statut référentiel du mot *colère* en T84, la thérapeute enchaîne avec une reprise du SN démonstratif *cette colère*, manifestant la continuité avec la mention précédente (ex 5). Ce statut est cependant annulé par la question de la patiente qui mobilise le mot dans un usage non référentiel pour qualifier un autre sentiment, celui de SOLITUDE. A ce mouvement de déplacement, la thérapeute réplique par un énoncé hypothétique (*je me demandais si le fait ..., T85*) qui encadre la première explicitation marquée du rapport entre la patiente et l'émotion (*vous mettre parfois en colère, T85*). On notera que le mot *colère* apparaît dans une construction mettant en mot l'expérimenteur, en l'occurrence la patiente. Celle-ci enchaîne (P86) sur un discours narratif, où elle endosse une attitude réflexive (*je me voyais*) qui établit de fait une distance avec la COLERE et la SOLITUDE.

4.5 Quatrième thématization

Après un changement thématique, la COLERE est réintroduite par la patiente qui, pour la première fois, se pose comme expérimenteur :

- 7.
- T119 - oui même- fin moi j'avais le sentiment, fin dans l'exemple que vous donniez euh: en tout cas dans l'exemple que vous donniez en restant au lit jusqu'à onze heures, là il s'est rien passé de plus, si je- j'ai compris si ce n'est que vous vous êtes euh fin euh
- P120 - si ce n'est que j'ai sonné, que ce gars, il est venu, pis ah! pis c'est après que j'ai eu la colère, pis je suis allée suspendre l'écharpe
- T120 - mmh mmh
- P121 - c'est ce matin-là.
- T121 - y a de la colère alors qui est apparue ?
- P122 - voilà.
- T122 - mmh mmh
- P123 - pour vous c'est un signe de colère de faire ça ? oui c'est vrai, je le faisais rapidement, je faisais, j'installais n'importe quoi, non mais vraiment, on aurait dit un dessin animé, je vous dis
- T123 - mmh mmh, c'est un sentiment que vous avez- fin vous- vous! me demandez si c'est de la colère, [c'est un sentiment
- P124 - ouais]
- T124 - que vous avez de la peine à- à reconnaître ou à sentir ?
- P125 - d'avoir agi comme ça, j: je suis surprise
- T125 - mmh mmh
- P126 - je suis surprise de- de ma- de ces deux réactions, d'avoir fait ça, malgré tout. je trouve ça: euh je trouve ça même honteux

Cependant, en associant la COLERE au verbe *avoir* (*j'ai eu la colère, P120*), la patiente semble la présenter, non pas comme une émotion, mais comme un événement parmi ceux qui ont abouti à la tentative de suicide. Sur le plan référentiel, le déterminant défini (*la colère, P120*) manifeste un positionnement complexe. D'une part, il inscrit cette COLERE dans leur savoir partagé ; d'autre part, l'unicité impliquée par le défini semble se rapporter non pas à l'émotion, mais à l'événement — la tentative de suicide — (porté par *j'ai eu*). De ce point de vue, *colère* apparaît plutôt comme la dénomination dialogiquement co-construite de l'épisode de la tentative de suicide.

Reprenant partiellement ce point de vue, la reformulation interrogative de la thérapeute (*y a de la colère alors qui est apparue ? T121*) semble déstabiliser la patiente qui retourne le questionnement (*pour vous c'est un signe de colère de faire ça ? P123*). On soulignera qu'une réponse négative à cette question annulerait le constat de la COLERE et remettrait en cause ce qui s'est construit jusqu'alors. Mais, répondant à sa propre question (*oui c'est vrai, P123*), la patiente laisse entendre, sur le mode de la concession, que ses gestes effectués (*je suis allée suspendre l'écharpe, P120 ; je le faisais rapidement, j'installais n'importe quoi, P123*) constituent des indices de COLERE. Elle centre son discours sur les effets de la COLERE et non pas sur ses causes. On retrouve ici un schéma similaire à celui évoqué précédemment : sans se

positionner comme expérimenteur de la colère, la patiente se met en mot comme sujet d'autres verbes qui peuvent, par leurs liens discursifs, être reliés à l'émotion ressentie.

Dans sa réponse, la thérapeute (T123-T124) recatégorise cette COLERE comme *sentiment*, propose une reformulation sous forme de question métadiscursive (*vous me demandez si c'est de la colère*) qui justifie sa réponse et exprime le fait que la patiente ne prend jamais en charge, explicitement et directement, le ressenti de cette COLERE. Mais, ignorant cette proposition, la patiente (P125) déplace son discours sur d'autres émotions ressenties à la suite de la tentative de suicide (la SURPRISE, la HONTE), ce qui confirme que, sous son apparente unicité, le syntagme *la colère* réfère à deux entités différentes : un SENTIMENT pour la thérapeute, un EVENEMENT pour la patiente. De fait, on ne peut savoir si les deux locutrices partagent le sens ou la référence de *colère*.

Dès lors, la COLERE n'est plus mentionnée. Cependant, la patiente rapporte plus tard un épisode de conflit avec son mari et manifeste alors sa colère sur le ton et la prosodie.

5 Discussion

Nous retirerons de cette analyse quatre points principaux.

Premièrement, la patiente contribue activement à la dynamique de ce dialogue : elle introduit le thème de la colère, propose des liens explicatifs, pose des questions. On a donc affaire à un dialogue coopératif, ce qui n'exclut toutefois pas la divergence. En effet, même si c'est bien la patiente qui inscrit la COLERE dans un espace-temps clairement identifiable, même si le mot *colère* est régulièrement mobilisé, son usage n'est pour autant pas référentiellement déterminé. Alors que la thérapeute se centre sur l'émotion ressentie, la patiente tend à en faire un événement et à en attribuer la responsabilité à l'attitude des soignants. Au-delà d'une apparente convergence, il y a donc bien divergence.

Deuxièmement, la dynamique de l'entretien se caractérise par un mouvement récurrent entre, d'une part, la patiente focalisée sur sa DOULEUR, sa SOUFFRANCE, sa « *mise en scène* » et sa COLERE contre les soignants ; d'autre part, la thérapeute qui rethématise régulièrement la question de la COLERE, travaille activement à en fixer la référence comme un sentiment de la patiente, à la désenclaver de la seule situation de « *mise en scène* », et à proposer des liens entre différents aspects tels que la COLERE, la SOLITUDE, le MANQUE de COMMUNICATION. Parvient-elle à modifier le point de vue de la patiente ? Non, puisque celle-ci restera sur sa position ; oui, si on considère que le conflit, rapporté en fin d'entretien et qui a manifestement suscité la colère de la patiente, pourrait par la suite susciter une nouvelle thématization de la COLERE en tant que sentiment.

Troisièmement, on relèvera que, pris dans la dynamique discursive, les mots qui dénotent l'émotion s'inscrivent dans un espace discursif dans lequel chaque interlocutrice reprend le discours de l'autre, l'interprète, l'infléchit, le transforme. Ainsi, nommer la COLERE par un mot tel que *colère* constitue bien un jeu dialogique à deux titres : la signification du mot *colère* et les modalités de ses usages référentiels se construisent dans et à travers le dialogue ; le discours de chaque locutrice est traversé par celui de son interlocutrice. L'émotion exprimée dans le dialogue n'est donc pas la simple expression de l'intériorité de la personne mais bien le produit du travail interactif.

Quatrièmement, il y a dialogue à un autre niveau encore : celui des voix qui traversent tout discours (Bakhtine 1975/1978 ; Grossen & Salazar Orvig 2011). Suite à divers travaux montrant comment l'orientation théorique du thérapeute est liée à ses interventions (Leudar *et al.*, 2008), on peut faire l'hypothèse que, si la thérapeute porte le thème de la COLERE de manière récurrente dans l'espace discursif, c'est qu'il fait écho aux voix de la théorie psychanalytique à laquelle elle se réfère et qui considère la dépression (et a *fortiori* la tentative de suicide) comme un retournement de l'agressivité contre soi-même (Freud 1917/1988 ; Courtet & Vaiva 2010).

6 Conclusion

Quel est en définitive l'intérêt pratique de l'analyse présentée dans cet article ? En quoi peut-elle contribuer à la qualité des soins ?

Tout d'abord, une analyse de la dynamique discursive et dialogique met au jour ce que patient et thérapeute font *ensemble*. Elle décrit par le menu les processus de co-construction à l'œuvre dans l'entretien thérapeutique. En mettant l'accent sur les processus dialogiques par lesquels se construit la relation thérapeutique, elle montre que les pratiques du thérapeute ne dépendent pas seulement de ses compétences mais aussi de la contribution du patient. Elle offre ainsi une alternative à des démarches courantes qui analysent des types d'interventions du thérapeute ou du patient sans rendre compte des processus de co-construction.

En second lieu, l'étude de ce type d'échanges verbaux permet de saisir les pratiques langagières *effectives* des locuteurs, à la fois dans leur dimension sociale et dans les figures des investissements individuels. Elle montre comment les locuteurs « jouent » dialogiquement avec les potentialités sémiotiques, sémantiques, référentielles, énonciatives du

langage (voire s'en jouent). Elle *objective* dans une certaine mesure les pratiques des psychothérapeutes et les interroge. Ainsi, sous l'angle de la pratique psychothérapeutique, on aurait pu se réjouir que, dans cette situation dédiée à l'expression des émotions, thérapeute et patiente se focalisent sur une émotion (la COLERE). On constate toutefois que leur discours en mobilise des facettes différentes et qu'il ne suffit pas de nommer une émotion, pour provoquer le changement thérapeutique (Greenberg 2008). Ce qui importe plutôt, c'est la manière dont les émotions sont thématiques, reprises, reformulées par la thérapeute et la patiente, le réseau de significations dans lesquelles elles les placent, la manière dont elles sont endossées et se lient entre elles. Tout cela s'opère, nous l'avons vu, par des mouvements subtils de convergence mais aussi de divergence. Ces mouvements de divergence, loin de ne constituer qu'un obstacle, relèvent de la dynamique du discours et peuvent être étayants (Weiste 2015).

Mais cette objectivation invite aussi les professionnels à repérer les effets attendus ou inattendus de leurs pratiques grâce à l'observation de celles, concrètes, d'autres professionnels (Peräkylä & Vehviläinen 2003 ; Clot & Faïta 2000). Elle est donc complémentaire aux dispositifs de supervision ou d'intervision, courants en psychothérapie. Ce faisant, elle constitue un outil de formation des psychothérapeutes qui reste encore trop peu utilisé, probablement parce qu'elle nécessite un travail transdisciplinaire qui est encore peu développé dans le domaine de la psychologie clinique. En outre, elle favorise les échanges entre professionnels et le travail collectif et, par là-même, le développement d'un *genre professionnel*, c'est-à-dire de pratiques communes en grande partie implicites et fonctionnant « comme un <mot de passe> connu seulement de ceux qui appartiennent au même horizon social et professionnel. » (Clot & Faïta, 2000 : 11). Le genre professionnel contribue ainsi au développement du métier tout en permettant aux individus de développer un style personnel et d'acquérir la capacité d'improvisation nécessaire dans la consultation (Olry-Louis 2015).

Enfin, on soulignera que, si l'analyse présentée dans cet article est en mesure de nourrir les réflexions des psychothérapeutes sur les pratiques de la psychothérapie et de fournir des méthodes pour les étudier, l'entretien clinique, en tant que situation de dialogue particulière, présente aussi un intérêt pour les sciences du langage et plus particulièrement pour l'appréhension de la dynamique et la multidimensionalité de la construction de l'espace discursif en dialogue.

Remerciements

Nous remercions l'équipe du Département de Psychiatrie du CHUV (Dr Yves de Roten et Dr J.-N. Despland) de nous avoir autorisées à analyser ces données. Nos remerciements vont aussi à la patiente, Julie, qui a autorisé l'enregistrement des séances et leur analyse à des fins de recherche.

Annexe

Normes de transcription (extrait)

- Interruption abrupte de l'émission d'un mot ou d'un énoncé
- ;, ::, ::: allongement de syllabe
- ! mot accentué
- ? intonation montante
- . intonation descendante avec courte pause
- +
- [] chevauchement
- (...) incertain
- « » discours rapporté
- (()) commentaire
- (...) énoncés non cités

Références

- AMBRESIN G., DE COULON N., DE ROTEN Y. & DESPLAND J.-N. (2009), « Psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés », *Psychothérapies* 29, 2, 75-84.
- AMOSSY R. (éd.) (1999), *Images de soi dans le discours. La construction de l'éthos*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- ANGUS L. E. & GREENBERG L. S. (2011), *Working with Narrative in Emotion-Focused Therapy: Changing Stories, Healing Lives*, Washington, DC, American Psychological Association.
- BAKTHINE M. (1975/1978), *Esthétique et théorie du roman*, Paris, Gallimard.
- BAMBERG M. (1997), "Language, concepts and emotions: The role of language in the construction of emotions", *Language Sciences* 19, 309-40.
- BRES J., & VERINE B. (2002), « Le bruissement des voix dans le discours : dialogisme et discours rapporté », *Faits de langues*, 19, 159 - 169.
- CISLARU G. (2010), « Logos, pathos, phusis : dire des émotions », in P. Frath & J. Pauchard (éds), *Langue, référence et anthropologie : Res per nomen II*, Paris, EPURE, 231-247.
- CLOT Y. & FAÏTA, D. (2000), « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler* 4, 7-42.
- COURTET P. & VAIVA G. (2010), « Suicide et dépression », in M. Goudemand (éd.), *Les états dépressifs*, Paris, Lavoisier, 75-85.
- DURUZ N. & GENNART M. (2002), *Traité de psychothérapie comparée*, Genève, Médecine et Hygiène.
- EDWARDS D. (1999), "Emotion discourse", *Culture & Psychology* 5 (3), 271-291.
- FRANÇOIS, F. (2005). *Interprétation et dialogue chez des enfants et quelques autres*, Lyon : ENS éditions.
- FREUD S. (1917/1988), « Deuil et mélancolie », in S. Freud, *Œuvres complètes*, vol. XIII, Paris, Presses Universitaire de France, 259-278.
- GERGEN K. J. & GERGEN, M. (2006), *Le constructionnisme social : un guide pour dialoguer*, Bruxelles, Satas.
- GONÇALVES M., CUNHA C., RIBEIRO A. P., MENDES, I., SANTOS A., MATOS M. & SALGADO J. (2011), "Innovative moments in psychotherapy: Dialogical processes in developing narratives" in M. Märtsin, B. Wagoner, E.-L. Aveling, I. Kadianiki & L. Whittaker (eds), *Dialogicality in Focus: Challenges to Theory, Method and Application*, New York, Nova Science, 173-192.
- GOOSSENS V. (2005), « Les noms de sentiment. Esquisse de typologie sémantique fondée sur les collocations verbales », *Lidil*, 32, 103-121.
- GREENBERG L. (2008), "Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect", *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 49 (1), 49-59.
- GROSSEN M. & SALAZAR ORVIG, A. (2006), « Introduction : variété et hétérogénéité des entretiens cliniques » in M. Grossen & A. Salazar Orvig (éds), *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*, Paris, Belin, 9-28.
- GROSSEN M. & SALAZAR ORVIG A. (2011), "The third parties' voices in a therapeutic interview", *Text & Talk* 31, 53-76.
- JEANNERET T. (1999), *La coénonciation en français : approches discursive, conversationnelle et syntaxique*, Berne, Peter Lang.
- KERBRAT-ORECCHIONI C. (1980), *L'énonciation. De la subjectivité dans le langage*, Paris, Armand Colin.
- LEUDAR I., SHARROCK, W., TRUCKLE S., COLOMBINO, T., HAYES J., & BOOTH, K. (2008), "Conversation of emotions: On turning play into psychoanalytic psychotherapy", in A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (eds), *Conversation Analysis and Psychotherapy*, New York, Cambridge University Press, 152-172.
- MEYSTRE C. (2015), « Responsiveness » et changement thérapeutique au travers de l'étude de cas. Thèse de doctorat, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques.
- MICHELI R. (2014), *Les émotions dans les discours*, Bruxelles, De Boeck & Duculot.
- NOVAKOVA I. & TUTIN, A. (éds) (2019), *Le lexique des émotions*, Grenoble, UGA Éditions.
- OLRY-LOUIS I. (2015), « Activité dialogique et micro-improvisations en entretien de conseil en orientation », *Activités* 12 (1), 3-23.
- PERÄKYLÄ A. & SORJONEN M.-L. (eds) (2012), *Emotion in Interaction*, Cambridge, Cambridge University Press.
- PERÄKYLÄ A. & VEHVILÄINEN S. (2003), "Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge", *Discourse and Society* 14 (6), 727-750.
- PLANTIN C. (2011), *Les bonnes raisons des émotions. Principes et méthode pour l'analyse de la parole émotionnée*, Berne : Peter Lang.
- SALAZAR ORVIG A. & GROSSEN, M. (2008), « Le dialogisme dans l'entretien clinique », *Langage et société* 123, 37-52.
- SANDER D. & SCHERER K. R. (2009), *Traité de psychologie des émotions*, Paris, Dunod.
- TUTIN A., NOVAKOVA I., GROSSMANN F. & CAVALLA C. (2006), « Esquisse de typologie des noms d'affect à partir de leurs propriétés combinatoires », *Langue française* 2, 32-49.
- VION, R. (2006), « Reprise et modes d'implication énonciative ». *La linguistique*, 42(2), 11-28.
- VOLOSINOV V. (1929/1977), *Le marxisme et la philosophie du langage*, Paris, Minuit.
- WEISTE E. (2015), "Describing therapeutic projects across sequences: Balancing between supportive and disagreeing interventions", *Journal of Pragmatics* 80, 22-43.
- WETHERELL M. (2013) "Affect and discourse: What's the problem? From affect as excess to affective/discursive practice", *Subjectivity* 6 (4), 349-368.