



**Isabelle Le Goff**

Docteure en  
psychologie,  
psychologue  
clinicienne, Rennes.

# Mots pour maux : de la parole qui blesse à la parole qui guérit

**Les mots pour le dire, les mots pour décrire, les mots pour se faire entendre : de la parole qui crie à la parole chuchotée... la palette des nuances est grande mais prendre la parole correspond toujours à prendre un risque : le message doit être compris. Exprimer sa plainte est important, encore faut-il que la parole soit entendue, écoutée, qu'elle soit réceptionnée dans un même registre, sans être déformée.**



**Gérard  
Ostermann**

Professeur de  
thérapeutique,  
médecine interne,  
responsable du  
diplôme d'université  
de pathologie de  
l'oralité, Bordeaux 2.

## Parole et douleur

### Comment peut-on différencier la parole de la communication ?

La parole est un langage verbal qui s'oppose au langage écrit. La parole s'intrique étroitement avec la pensée, il s'agit d'une transmission de l'interne à l'externe : réalité extérieure, l'autre. Étymologiquement, c'est la « faculté d'exprimer la pensée par le langage articulé<sup>1</sup> ». Ce langage se rapporte nécessairement au premier langage qui est un langage corporel donc déjà en lien avec la sensation, la perception, il exprime quelque chose d'ordre sensoriel. L'échange langagier est avant tout construit à partir du langage corporel. Ce langage est également imagé, de ce fait il élabore de l'imaginaire et du symbolique. Nous pouvons relier le symbolique au pulsionnel car la pulsion est ce qui, du somatique, va devoir être représenté dans le psychique. C'est la fonction décrite par Sigmund Freud du « représentant représentation<sup>2</sup> ». Rappelons que la pulsion est caractérisée par sa source, sa poussée, son but et son objet. En sachant que son but est l'accomplissement du désir pulsionnel, à savoir la satisfaction du besoin. La recherche de l'unité du fonctionnement psychique du sujet est réalisée en observant les intrications entre le somatique et le psychique. La psyché ne peut se développer sans se fonder sur les premières inscriptions sensorielles considérées comme métalangage, puis qui apparaissent intriquées et deviennent le reflet expressionnel et émotionnel. S. Freud place l'inconscient entre la psyché et le somatique. La désintrication pulsionnelle conduite par la pulsion de mort peut entraîner un dysfonctionnement des fonctions vitales du sujet.

La sémantique peut être utilisée comme interprétation de la parole, comme effet d'une transmission d'une souffrance par le biais des représentations. Raisons pour lesquelles d'ailleurs la parole du patient vers le thérapeute est salvatrice car elle permet de le faire sortir de sa subjectivité vers plus d'objectivité, car construire « de la parole », c'est chercher à

être compréhensible pour l'autre : il s'agit du travail de symbolisation. Le langage rend donc conscient le processus de pensée : « l'inconscient est structuré comme un langage<sup>3</sup> », dira Jacques Lacan, et transforme les pensées en perception. Le langage nuance nos constructions intellectuelles en même temps qu'il les affine.

Ainsi, le langage est d'abord un langage sensoriel, perceptuel, et qui s'élabore ensuite dans et par le travail de différenciation. Tout affect est donc d'abord éprouvé, incorporé avant d'être élaboré sémantiquement. Dans le discours, au sens freudien du terme – discours qui vaut également de décharge – l'affect et la représentation sont pris en compte, la remémoration s'accompagne de l'affect vécu, de même que cet affect la nuance et la complète. L'affect va se décharger en paroles dans « une sorte d'écoulement du surplus de l'affect, et [...] au lieu de se coincer sous la forme d'une innervation hystérique dans le corps, par la production d'une représentation symbolique, l'affect va redescendre à un seuil tolérable<sup>4</sup> ».

### Intrications parole et douleur

L'ambiguïté du langage peut être source de malentendu. La douleur est une expression personnelle émergeant de sa propre image corporelle et prenant sa source dans les expériences sensorielles archaïques.

Le patient a sa propre conception de son organisme, l'intégration de son fonctionnement est par conséquent arbitraire et repose sur son expérience et son vécu sensoriel. De ce fait, sa description est rarement médicale et se rapporte au schéma corporel. Parler du schéma corporel, c'est incorporer l'image, la « représentation » du corps en fonction des émotions, des sensations, puis se confronter au regard de l'autre. Il s'agit de penser le corps en l'intégrant dans la psyché, c'est-à-dire en évoquant le « corps imaginaire ».

Didier Anzieu<sup>5</sup> relie les représentations au corps, en ce sens que le sujet s'approprie la réalité extérieure à partir des sensations, des contacts corporels et de leurs retentisse-

1 - Étymologie du mot « parole » in *Trésor de la langue française*.

2 - Freud, S., (1915/1968) *Métopsychoanalyse*, Paris : Gallimard, p. 48.

3 - Lacan, J., (1966) *Écrits*, Paris : Seuil, p. 127.

4 - Castel, P.-H., *Le Sujet et son acte*, n° 5. Pierre-Henri Castel est membre de l'Association lacanienne internationale et chargé de recherches au CNRS (CNRS-Inserm-université Paris-Descartes).

ments internes. Les inscriptions sensorielles archaïques de la période pré-langagière organisent « le pensé, le parlé et l'éprouvé » grâce à la fonction organisatrice des objets signifiants formels<sup>6</sup>. Les fonctions tactiles de la peau élaborent un travail métaphorique. La métaphore convoque également le fantasme situé entre le perceptif et la représentation consciente et inconsciente.

Nous pouvons considérer que la douleur :

- modifie la vie psychique de l'individu, notamment par l'élaboration de mécanismes de défense inconscients. La douleur physique est par conséquent toujours liée à la douleur morale et rend son expression (élaboration lexicale) difficile. Comment décrire l'indescriptible ? Face à la palette émotionnelle et sensorielle, la parole apparaît dans sa pauvreté lexicale ;

- la douleur est la trace corporelle laissée par le débordement d'excitations non résolues : la transformation de l'énergie pulsionnelle en symptôme physique résulte de l'échec de la défense du moi dans le conflit intrapsychique ;
- par conséquent, le seuil de la douleur n'est pas identique chez tous les individus, il est fonction du vécu, n'est pas fixe et peut évoluer. Il est renforcé par l'anxiété. La dramatisation du patient, d'ailleurs, reflète son angoisse.

Le patient va donc tenter d'utiliser tous les outils de la parole : les mots, les images, les associations, les symboles, la communication non verbale (mimiques, intonations...) pour l'enrichir. Le soignant devra prendre en compte cette globalité.

La douleur est donc une souffrance qui s'exprime (elle sous-tend une intentionnalité) et qui interpelle l'autre (relation intersubjective).

## Intersubjectivité et intentionnalité

### Rôle de l'intersubjectivité

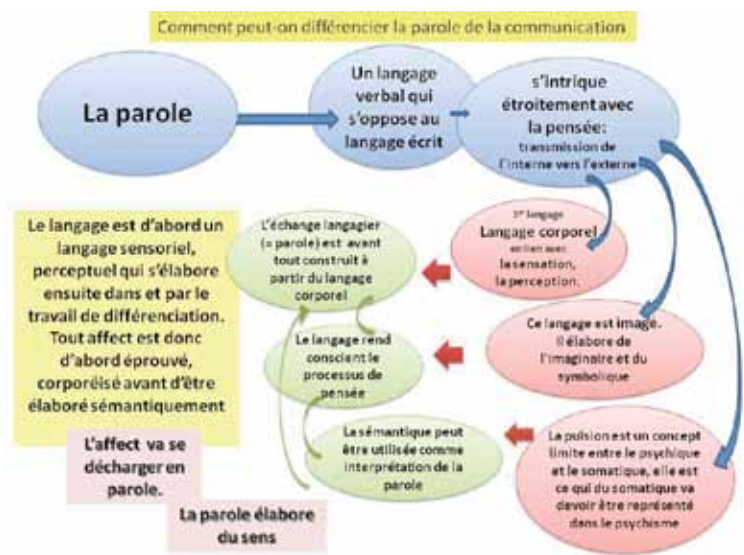
#### Écoute active et alliance thérapeutique

L'intersubjectivité liée à la parole demande une écoute active de la part du soignant montrant son intérêt pour ce que le patient exprime, décrit. C'est dans une écoute active que le patient se sent pris au sérieux, compris, et une alliance thérapeutique se crée. Le discours du patient est donc primordial et demande du temps ; le temps de l'élaboration de la parole dans le champ de la conscience.

Le patient veut faire ressortir sa souffrance, cherche l'empathie et va utiliser tous les supports susceptibles d'entrer dans le champ de compréhension et d'intérêt de l'autre (entrer dans l'expérience sensorielle de l'autre). Les expressions fantasmatisques, exprimées sous forme de scénario, décrivent ce que le patient peut ressentir comme déflagration ou comme désintringation corporelle et vont servir d'interprétation du processus douloureux.

L'intersubjectivité dans la relation soignant-soigné : le soigné ramène au réel (dans la réalité extérieure) son interprétation imaginaire afin d'éclairer son interlocuteur sur ses symptômes. Le soignant ne peut faire abstraction de cet imaginaire, au contraire il doit en discerner le dysfonctionnement, et en retirer le sens commun et plus médical pouvant constituer ainsi un diagnostic. De cette manière, la souffrance du patient entre dans un système de classification scientifique et médicale dont le spécialiste connaît le remède.

Par conséquent, dans le dualisme soignant-soigné, le soignant doit sortir d'une analyse purement médicale pour tenter d'entrer dans cet imaginaire sensoriel. Cette parole sert de miroir, permet de donner une orientation. Orien-



tation qui peut être renforcée par le questionnement au patient sur le sens qu'il peut donner à sa (ses) douleur(s) et lui donner l'occasion de désigner lui-même les congruences événementielles aux surgissements des douleurs.

Le soigné se sentira d'autant plus pris au sérieux qu'on va lui proposer un traitement, donc répondre à une demande d'apaisement.

### Médiation du traitement médicamenteux

Le médicament sert alors de médiateur entre le soignant et le soigné, il signe la « validation » d'un diagnostic et pré-sage une amélioration de l'état décrit : de cette manière il apaise, rassure et renforce l'alliance thérapeutique.

Les interrogations autour de l'efficacité d'un traitement médicamenteux portent sur les proportions d'efficacité moléculaire et d'efficacité symbolique (cette dernière peut être exprimée en termes d'effet placebo). En effet, pour un même traitement pour une pathologie précise, les effets peuvent différer. De même que le fait de prescrire ou non un traitement modifie le contexte thérapeutique. Pour le patient, le médicament est un objet concret qui va « donner » un certain résultat, il anticipe l'action moléculaire.

Le patient devient acteur : il peut choisir de prendre ou de ne pas prendre le traitement, il peut participer à l'action des molécules sur son corps, ou encore avoir une action sur les effets secondaires – soit en diminuant les effets indésirables par sa représentation (compréhension du médicament) soit, au contraire, augmenter les effets secondaires. Nous reconnaissons souvent plus d'effets secondaires chez les patients qui redoutent les traitements car ils craignent l'intoxication ou la dépendance aux médicaments. Dans tous les cas l'acceptation, le discernement et la compréhension du patient vis-à-vis de la molécule n'ont pas un effet neutre (de même que la prévision de son efficacité pour le prescripteur va jouer un rôle important dans le traitement).

Le médicament consiste à rendre le patient actif : il sort d'une passivité, d'une attitude d'attente, il cesse de subir sa souffrance. Il attend effectivement un soulagement de l'extérieur mais il s'implique également (plus ou moins inconsciemment) dans son processus de traitement.

Le médicament a donc un pouvoir électif chez le soigné, c'est-à-dire basé sur une affinité naturelle et inconsciente (médiation du médicament) et un pouvoir effectif chez le >>>

5 - Anzieu, D., (1995) *Le Moi-peau*, Paris : Dunod.

6 - Les signifiants formels sont des signifiants archaïques, des images tactiles, posturales, d'équilibration... construits à partir du registre de l'originaire. Ils jouent un rôle dans la réalisation des enveloppes psychiques. Ils se différencient des fantasmes qui sont des « mises en scène » essentiellement imagées et sonores (langagières).



## Mots pour maux : de la parole qui blesse à la parole qui guérit



soignant sur l'état corporel du patient grâce à la relation de confiance qui s'est instituée, et qui peut être considérée comme un effet auto-inductif.

La demande du patient est toujours une demande d'apaisement (au sens large, que ce soit de son anxiété, de la douleur primaire ou secondaire...), il souhaite qu'on lui donne la possibilité de penser qu'au fond il a aussi en lui des ressources (car parfois, lui seul peut mettre en lien des symptômes lorsqu'ils ne recouvrent pas la nosographie médicale) et par conséquent lui seul peut faire agir une molécule sur le symptôme cible grâce à l'influence de la parole de « celui qui sait » : le soignant, vers celui qui sent : le soigné. Cette médiation met le patient en position d'agir intentionnellement sur son organisme par sa propre capacité à penser.

Le médicament n'est pas la seule solution mais il contribue à la mise en place d'une alliance thérapeutique et va introduire une médiation dans l'échange de la parole en tant que parole entendue (parole pleine) et devient équivalent à : j'ai entendu, j'ai compris, je sais comment y remédier (ou diminuer) la souffrance. Il s'agit d'externaliser la causalité psychique inconsciente.

On reconnaît, par exemple, toutes les difficultés pour le médecin à prescrire un antidépresseur à la suite de plaintes strictement physiques : l'antidépresseur est connoté du versant psychologique, l'effet antalgique n'entre pas spontanément dans la représentation que le patient s'en fait.

### Relation thérapeutique négative

La subjectivité du soignant agit également à l'encontre du soigné. Dans l'intersubjectivité, en tant que « partage de subjectivité<sup>7</sup> », le soignant engage ses propres perceptions, ses propres problématiques lors de l'entretien ou de la consultation. De même que sa perception du patient comme bon ou mauvais patient peut remettre en question sa disponibilité ; en effet, une pathologie fréquente ne va pas mobiliser autant son attention qu'une pathologie plus singulière.

Cette analyse est visible et significative lorsqu'un patient a l'impression que sa parole n'est pas captée par l'autre et s'échappe dans le vide (parole vide) ; son comportement douloureux s'intensifie. L'incompréhension est ressentie

comme une injustice et peut engendrer des comportements revendicatifs violents tant en retournement de l'agressivité contre soi qu'en décharge sur l'autre.

### Le cas de Pascal, 42 ans

*Histoire de la pathologie.* En 2008, une hernie discale bénigne est diagnostiquée chez Pascal. En février 2009, il se fait renverser par une voiture. Il fait des efforts pour masquer sa douleur mais en mai, en descendant de vélo, il ressent une paralysie de la jambe gauche, tombe et n'arrive pas à se relever. L'opération est alors programmée pour juin. Le chirurgien orthopédique qui l'a vu en consultation deux mois après l'accident lui a fait prendre conscience *qu'il n'avait pas pris la bonne décision* : il aurait dû venir tout de suite. Après l'intervention chirurgicale, il met du temps à récupérer et son amie le quitte. Il s'efforce de marcher tous les jours mais il « craque » facilement, il perd pied.

Il est envoyé trois semaines dans une clinique de rééducation fonctionnelle et a la sensation de ne pas être cru dans sa douleur.

Peu à peu, l'anxiété a pris le dessus sur la pathologie. Pascal vit replié sur lui-même depuis sa séparation, il souffre de solitude.

Ses plaintes portent de plus en plus sur des sentiments d'injustice, d'abandon de la part des membres du secteur médical. Il entre dans un processus de revendication associé à un comportement agressif d'allure paranoïaque.

*La parole aggressive pour crier son sentiment d'injustice.* Ses revendications portent essentiellement sur ses douleurs permanentes et l'impossibilité pour lui de s'allonger, ce qui perturbe son sommeil.

La frustration d'une parole et d'une douleur non entendues multiplie les prises en charge. « Je trouve un très bon radiologue à L. qui, lui, me trouve plein de symptômes organiques, rien de très subjectif, donc des symptômes qui expliquent pourquoi je n'arrive pas à marcher. »

Les frustrations d'une parole et d'une douleur non entendues, la perte de légitimité ont généré l'interruption du suivi psychologique qui devenait trop « représentant » de la part psychologique et opposé à la quête de reconnaissance de ses maux physiques.

7 - Dejours, C., (1989) désigne par « subjectivité » les phénomènes affectifs et idéatoires in *Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique*, Paris : Payot.

8 - Inserm, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, in *Les Étapes de la crise suicidaire*, J. Vedrine, D. Weber, CH-Lyon.

9 - Ostermann, G., (2001) « La plainte fonctionnelle », in *Douleur et analgésie*, 2, p. 121.

## Intentionnalité consciente et/ou inconsciente du symptôme

Nous pouvons ainsi insister sur l'intentionnalité du symptôme somatique. Dans ce cas, la démarche thérapeutique ne doit pas s'arrêter au regard de l'autre sur l'expression somatique d'une souffrance psychique (visibilité par l'extériorisation douloureuse), mais prendre en compte l'intentionnalité consciente et/ou inconsciente car « l'inconscient n'attend que des prétextes pour réaliser des intentions, y compris des "intentions suicidaires semi-conscientes"<sup>8</sup> ».

De plus, toute métaphore vient du corps : « J'ai mal partout » semble indiquer que tout s'écroule et que la situation ne peut plus durer. Si l'on dit des plaintes qu'elles sont fonctionnelles, c'est bien parce qu'elles ont une fonction, car sinon, comment aborder les problèmes émotionnels, les précarités, les ambivalences, les fatigues de vivre ? Rappelons-nous aussi que se plaindre d'une souffrance ne signifie pas forcément que l'on veuille s'en débarrasser<sup>9</sup>. »

La fonction symbolique de la douleur est d'abord une souffrance qui s'exprime, une souffrance qui appelle l'attention de l'autre, d'où l'importance d'entendre et de comprendre la demande par le jeu des métaphores. Même une douleur « qui se voit » peut donner sens à une souffrance masquée. Il est important de déceler chez le patient la ou les représentations de la maladie, de la mort et les événements traumatiques qui ont influencé leur trouble physiologique.

### Florian, 35 ans

*L'expression somatique d'une souffrance morale.*

Florian entreprend la psychothérapie pour gérer ses crises d'angoisse qui l'empêchent de conduire sur les quatre voies. Lors de la thérapie, ces crises d'angoisse mettent en évidence une dépendance affective sous-tendant l'angoisse d'abandon et une perte de sa « fonction phallique ».

Sa femme a décidé de le quitter ; il pense que les crises d'angoisse en sont la cause : perte de sa virilité. De plus, comme il se sent faible et fragile, il était en demande auprès d'elle.

Progressivement il évoque la frustration, le manque de démonstration affective de sa femme, notamment le manque de sexualité. C'est à ce moment-là qu'il évoque un problème somatique : une rectocolite hémorragique qui démarra quelques mois avant les crises d'angoisse lors d'un voyage au cours duquel sa femme passe son temps au téléphone avec un ami. Elle met alors en évidence le manque de soutien pour la charge de la maison et des enfants. Il s'arrange pour la satisfaire mais sa femme en profite pour sortir de plus en plus. Sa « crainte d'abandon et de perte » le rend silencieux, d'autant qu'il prend plaisir à retrouver un rôle de père en dépit de retrouver celui d'homme. Ses crises rectocolites deviennent de plus en plus importantes et invalidantes. Sa femme n'entend rien de ses plaintes physiques comme morales. Il s'enfonce dans sa position de malade.

La psychothérapie, non seulement permettra le dépassement progressif des crises d'angoisse mais également de retrouver une revalorisation narcissique ainsi qu'une diminution et une dispersion des crises de rectocolite hémorragique.

Le symptôme, quelle que soit la forme qu'il prend, vient masquer ou réduire l'angoisse, il est significatif d'un aménagement défensif pour la régulation pulsionnelle : 1. en freinant l'accumulation d'excitation pulsionnelle ; 2. en tant que voie de décharge pulsionnelle ; 3. en venant court-circuiter l'élaboration mentale. La régression qu'un patient peut convoquer dans son mouvement mortifère peut rendre compte d'un recours à l'acte soutenu par la pulsion de mort. Un patient qui s'enfonce dans sa douleur devient un patient candidat aux idéations suicidaires. La dépression fait partie du cercle vicieux de la douleur, l'effet de l'un sur l'autre n'est pas observable d'emblée et diffère selon les individus.

## Nouvelles perspectives

Il s'agit d'examiner quels bénéfices inconscients intègrent le fonctionnement psychique actuel du sujet (douleur au service de l'aménagement défensif inconscient). La transformation de l'énergie pulsionnelle en symptôme physique résulte de l'échec de la défense du moi dans le conflit intrapsychique. La douleur est la trace corporelle laissée par le débordement d'excitations non résolues.

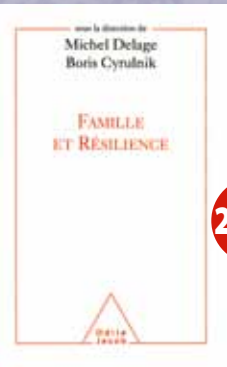
Le travail thérapeutique ouvre préalablement le sujet vers l'intentionnalité symptomatique, et le sens qu'il tente de trouver viendra le soulager d'une anxiété anticipatoire : l'angoisse d'un renouvellement, d'une reconduction d'une situation « immaîtrisable », « incontrôlable » qui peut rejaillir à tout moment. Évoquer avec lui l'« intentionnalité » consciente et inconsciente lui donne un rôle actif dans la démarche de guérison et surtout l'ouvre vers d'autres moyens pour faire face et donc résorber le sentiment d'« impuissance » à faire face à l'excitation pulsionnelle montante.

## Conclusion

Il ne faut pas négliger les attentes, les représentations du patient, il faut savoir être attentif à sa parole. Afin que le patient puisse adhérer au projet de soin et le rendre plus efficace, nous devons tenir compte du modèle explicatif de la personne souffrante. La co-construction du projet thérapeutique va éviter non seulement les malentendus mais également la multiplication des prises en charge.

### Bibliographie

- Anzieu, D., (1999) *Le groupe et l'inconscient*, Paris : Dunod.
- Dejours, C., (1989) *Recherches psychanalytiques sur le corps : répression et subversion en psychosomatique*, Paris : Payot.
- Le Goff, I., (2009) « Passage à l'acte et angoisse paroxystique : interrogation psycho-criminologique », Thèse de Doctorat en psychologie, Rennes 2.
- Ostermann, G., Queneau, P., (1998) *Soulager la douleur : écouter, croire, prendre soin*, Paris : Odile Jacob.



25,90€

P17-29

## Famille et résilience

Michel Delage  
Boris Cyrulnik  
Odile Jacob

2010 – 357 p.

Lorsque l'on est confronté à un événement traumatisant, c'est en priorité vers la famille que l'on se tourne. Or, dès les premiers travaux sur l'attachement, le problème a été soulevé : si certaines familles ont un indéniable effet protecteur, d'autres, au contraire, entravent la résilience. Quel est l'impact du traumatisme sur la famille ? Et quelles sont les conditions d'une résilience familiale ?



9,80€

P18-29

## La résilience

Marie Anaut  
Armand Colin  
Coll. « 128 »

2008 – 128 p.

La résilience concerne l'aptitude des individus à surmonter les traumatismes et à se construire malgré les blessures. Après avoir distingué le modèle de la résilience de celui de la vulnérabilité, Marie Anaut en présente les différentes approches théoriques et cliniques, discute de ses apports, de ses limites et de ses applications pratiques. Cette seconde édition en affine les définitions et introduit des nouveaux domaines d'application : santé, éducation, handicap.