



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

*Titre de la Thèse: Les figures de style dans le discours des patients en psychiatrie,
ou le manque du mot*

**Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2012
Par Joachim GETZEL**

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre DELION
Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND

SOMMAIRE

I Introduction.....page 12

-Les usages du style comme formes d'expression

-Les difficultés du passage de l'oral à l'écrit

II Comparaison de l'emploi des figures de style dans différents types de troubles de la personnalité. Etude préliminaire.....page 23

-Introduction

-Matériel et Méthodes

-Résultats

III Discussion.....page 37

-Critique méthodologique

-Critique des résultats

-L'implication des figures de style sur la relation thérapeutique

IV Exemples et perspectives: le soin par les figures de style.....page 49

V Conclusion.....page 55

VI Bibliographie.....page 56

Annexes:

-Listes des figures de style

-L'article soumis aux Annales Médico-Psychologiques

I INTRODUCTION

En se penchant sur l'expression de la souffrance des patients au quotidien, dans les soins, nous sommes amenés à nous questionner sur les différents procédés d'expression utilisés par ceux-ci, conscients ou pas.

Nous observons souvent des patients souffrant de symptômes identiques mais les présentant dans des registres différents. Cette simple observation clinique nous suffit à questionner les modalités d'expressions verbales chez nos patients, pour nous saisir de cette singularité afin d'enrichir notre pratique. Nous nous questionnerons donc tout d'abord sur les différents usages du style comme formes d'expression. Puis nous nous intéresserons plus particulièrement à l'oral et aux méthodes pour l'appréhender, afin de proposer, dans un troisième temps, un outil pertinent d'étude du discours de patients en psychiatrie.

LES USAGES DU STYLE COMME FORMES D'EXPRESSION:

Pour Hegel, un des philosophes des arts, l'art est muet, et pourtant il signifie. Il satisfait un besoin de l'esprit dans l'expression d'une sensibilité, mais il est également proche d'un langage.

Nous nous interrogeons donc sur la manière d'exprimer ce langage de manière singulière à chaque artiste, et faisons l'hypothèse que le style est ce qui permet d'établir cette différence. Le langage artistique s'exprime donc par le style de son auteur. Dans chaque domaine, les formes que revêtent le style sont variées, ces procédés stylistiques existent à l'écrit, à l'oral, dans la représentation picturale, ou dans l'espace.

A l'écrit, la poésie utilise l'invention de nouvelles formes expressives, dont les figures de style, pour sublimer un message, une pensée. Par exemple, pour aboutir à une création poétique et stylistique

inédite, sous la plume d'Aragon, Eluard ou Breton, le mouvement surréaliste a notamment utilisé le procédé d'écriture automatique. Sa définition est donnée par André Breton dans son manifeste du surréalisme en 1924: "*placez-vous dans l'état le plus passif ou réceptif que vous pourrez[...]écrivez vite sans sujet préconçu, assez vite pour ne pas vous retenir et ne pas être tenté de vous relire*". [1]

Toujours dans cette optique de production poétique et de création d'un style, le mouvement OuLiPo (ouvroir de littérature potentielle) auquel appartiennent Marcel Duchamp, Georges Perec ou encore Raymond Queneau, s'est lui fixé comme règle les contraintes inventées. Il s'agit alors de se fixer des contraintes pour accéder à de nouvelles formes expressives, poétiques ou littéraires par la création. Il s'agit d'une "littérature sous contraintes" où l'auteur oulipien s'apparente d'après Jacques Roubaud et Marcel Bénabou à "*un rat qui construit lui-même le labyrinthe dont il se propose de sortir*".

L'expression par le style trouve son équivalent dans l'expression picturale, avec des procédés comme le frottage chez le peintre Max Ernst, consistant à laisser courir une mine sur une feuille laissant apparaître des tracés imaginaires, qui s'apparente, dans sa théorisation, à l'écriture automatique.

Un autre peintre du mouvement surréaliste, René Magritte, au travers de ses paysages et personnages oniriques, élabore un travail autour de la représentation des images mentales: "*l'art de la peinture ne peut vraiment se borner qu'à décrire une idée qui montre une certaine ressemblance avec le visible que nous offre le monde*" déclara-t-il. Il introduit comme procédé de style le décalage entre un objet et sa représentation, réalisant ainsi une mise en abyme de la réflexion du peintre sur son objet.

Le style peut également avoir comme support le corps. Cela peut prendre différentes formes, qu'il s'agisse du langage artistique ou d'une langue à proprement parler.

[1]André BRETON *manifeste du surréalisme Editions du Sagittaire Paris 1924*

En effet, la langue des signes utilise le corps et ses mouvements à visée illustrative. Cela est également désigné par le terme de prosodie illustrative. Pour les sourds, muets, malentendants et leurs entourages, les modalités de communication deviennent visuo-gestuelles. Le corps devient alors le support illustratif de figures de style, d'une manière singulière de s'exprimer. La structure syntaxique est intégrée à l'espace, on peut alors situer des actions, des lieux ou des objets, par rapport à des repères placés. Le temps est aussi matérialisé dans l'espace: le passé en arrière, le futur en avant, on peut alors situer une ou plusieurs actions dans le temps. Les figures de métonymie ou de métaphores sont souvent intégrées: métaphores de comparaison, d'orientation, lexicalisées, ou métaphores propres à la Langue des Signes Française, il faut se dégager du sens premier afin de saisir le vouloir-dire. Par exemple, l'expression "fier comme un paon" sera réduite au déploiement des plumes en éventails, la désignation du paon étant implicite[2].

Le langage de la danse utilise également le corps comme support illustratif, mais selon certaines règles théorisées par Rudolf Laban, chorégraphe et chercheur en danse, qui fut le précurseur de l'étude du mouvement dans l'espace. Il a décomposé en 1928 son étude au sein de la "kinésphère" qu'il distingue en 6 catégories distinctes :

- le corps: d'où part le mouvement, quelle partie l'a initié, quelles actions en résultent/
- l'espace: dans quel espace s'inscrit le mouvement icosaèdre, où va-t-il/
- l'effort: avec quelle énergie en fonction du poids, du temps, de l'espace et du flux/
- la forme: quel chemin emprunté par le mouvement, ce qui est perçu, réel moyen de communication signifiant/
- le phrasé ou le rythme: propre à chaque individu, s'inscrivant en partie dans sa psychologie/
- l'interrelation: la mise en relation de l'individu avec son entourage par le mouvement

[2] Marion Blondel et Laurice Tuller, « La recherche sur la LSF : un compte rendu critique », *Recherches linguistiques de Vincennes*, numéro 29; 2000

Ces six composantes décomposent le mouvement comme un langage avec ses propres codes. Cela n'est pas sans nous évoquer la décomposition du processus de communication en six fonctions élémentaires décrites et théorisées par le linguiste Roman Jakobson. Il définit six éléments et six fonctions:

le contexte - (fonction dénotative ou référentielle)

l'émetteur - (fonction expressive, fonction conative)

le récepteur - (fonction expressive, fonction conative)

le canal - (fonction phatique, fonction poétique)

le message - (fonction phatique, fonction poétique)

le code - (fonction métalinguistique).

Chaque message transmis lors d'une communication entre deux individus est composé de plusieurs de ces fonctions, mais l'une d'elle domine, nous les détaillerons plus tard.

Aux frontières entre l'écrit, l'oral et le langage du corps nous retrouvons deux formes d'expression différentes mais proches à certains égards: le langage du théâtre et le discours politique.

En effet, les procédés stylistiques écrits pour être incarnés à visée rhétorique ou artistique, se retrouvent dans le langage du théâtre ou dans le discours politique. L'effort de l'écrit est donc fourni dans le sens d'un encodage d'un propos. Le style et ses figures rendant alors l'oeuvre plus convaincante et singulière, le corps, par son langage, se chargeant de véhiculer les émotions, la conviction ou le charisme nécessaires.

[16] Jakobson R., « *Closing statements : Linguistics and Poetics* », *Style in language*, T.A. Sebeok, New-York, 1960. Pour la traduction de Ruwet N.: « *Linguistique et poétique* », *Essais de linguistique générale*, Editions de Minuit , Paris ; 1963

Olivier Reboul, linguiste, nous propose une définition des figures de style, elles "*permettent de s'exprimer d'une façon à la fois libre et codifiée.*", il établit également une différence avec les figures rhétoriques: "*il existe des figures non rhétoriques, celles qui sont poétiques, humoristiques ou simplement lexicales. La figure n'est rhétorique que lorsqu'elle joue un rôle persuasif*" [3]

Si les Hommes se singularisent par leur manière de s'exprimer, comment analyser et comprendre le style dans l'expression orale d'un individu? Nous venons de voir, en effet, qu'il existe un langage stylistique propre à chaque artiste, en raisonnant par analogie, nous pensons qu'il existe dans l'expression orale de chaque individu des éléments d'ordre stylistique qui la rendent singulière. Essayons de voir ensemble comment cette question de l'analyse du discours oral a été appréhendée par d'autres disciplines, afin d'envisager une méthodologie pour concevoir un outil d'analyse du discours de patients en psychiatrie.

les difficultés du Passage de l'oral à l'écrit:

La linguistique et la psychanalyse se sont notamment attachées à décoder le discours et sa forme, produits par le sujet de manière plus ou moins consciente, pour en extraire le propos et ses enjeux.

L'expérience a tout d'abord été faite de l'analyse syntaxique du style à l'écrit. Citons l'exemple du logiciel d'analyse textuelle: le littératron mis au point par Jean-Gabriel Ganascia au Laboratoire d'Informatique de Paris 6 (LIP6) qui s'est intéressé à la richesse stylistique en comptabilisant le nombre de figures syntaxiques utilisées à l'écrit. Il révèle de la sorte les singularités stylistiques de ces textes.

[3]Reboul O. "*Introduction à la rhétorique*".Paris, PUF; 1991; p121

Ces deux disciplines ont adopté leur propre démarche et méthodologie pour appréhender le discours oral du sujet.

On peut tout d'abord évoquer l'approche de la question par l'expérience de la linguistique computationnelle et leurs différents projets d'analyseurs syntaxiques. Il est proposé de procéder avec rigueur afin de rendre plus intelligible les transcriptions d'oral à l'aide d'un logiciel.

L'Association pour le Traitement Automatique des Langues (ATALA) [4] nous propose ainsi trois étapes:

- *identification et marquage des phénomènes de production ;*
- *identification des listes et organisation de l'énoncé en arbres « marcottés » ;*
- *identification et isolement des inserts.*

A l'issue de ces trois étapes, l'objet résultant est beaucoup plus familier." Les résultats de leur étude nous montrent que " La syntaxe de l'oral ne diffère en rien de celle de l'écrit, sauf, sans doute en termes de proportions. Ainsi on trouvera à l'oral beaucoup de clivées (c'est le coiffeur qui est content) et pseudo-clivées (ce qui l'intéresse c'est le pognon), de doubles marquages (je vous en ai pas parlé du quartier d'isolement), de fausses subordonnées (c'est assez artificiel de les regrouper l'un à côté de l'autre + parce qu'il faut savoir que les coraux s'attaquent entre eux)."

L'approche de la question de la singularité du discours en psychanalyse passe également par une écoute de la syntaxe et des figures de style employées.

[4] ATALA, *L'analyse syntaxique de l'oral: problèmes et méthode. Manuscrit auteur, publié dans "journée d'étude : "méthodes et outils pour l'évaluation des analyseurs syntaxiques"; Paris : France (2004)"*

Le passage de l'oral à l'écrit constitue le fondement de la recherche, de l'enseignement et des publications en psychanalyse. Comment rendre compte autrement de cas cliniques? Il s'agit, en effet, de tenter de mettre en évidence des lignes de forces ainsi que des scènes matricielles du récit biographique du patient, en faire profiter un lectorat et transmettre une méthodologie ou des réflexions sur la nosologie. Cela participe d'un corpus, d'une communauté d'expérience.

Ce passage de l'oral à l'écrit est indispensable pour entendre et comprendre les métaphores et métonymie du discours du patient, rendant état de la manière singulière pour le sujet d'être au monde. Pour les lacaniens, le second temps consiste en l'analyse des signifiants, le dépliage des chaînes signifiantes et observer ainsi les mécanismes inconscients à l'oeuvre chez le sujet. L'écrit est alors fondamental pour l'analyste afin de comprendre, en dehors de son propre fantasme, les significations possibles pour un sujet d'un mot ou d'une phrase aux sonorités équivoques. G.

Lantéri-Laura, dans une relecture structurale de S. Freud[5], affirme que *" c'est bien la linguistique structurale qui permet de décrire la nature spécifique du rébus. Un rébus présuppose une langue particulière dans laquelle une juxtaposition de dessins et de lettres pourra être déchiffrée, à condition de savoir de quelle langue il s'agit et s'il faut enchaîner ces graphèmes de gauche à droite et de haut en bas, ou autrement. Il n'existe pas, en effet, une pareille juxtaposition qui pourrait constituer un rébus dans deux langues différentes.*

Une fois connus la langue en cause et le sens de l'enchaînement des graphèmes, il faut noter que l'on ne sait jamais si chacun d'eux figure à telle place pour sa valeur phonologique ou pour sa valeur sémantique. Supposons le dessin d'un chat à côté du dessin d'un pot ; nous ne savons pas s'il faut le déchiffrer pour sa valeur phonologique chat, pot, ayant pour signifié « chapeau », ou pour sa valeur sémantique « le chat veut boire le lait du pot »."

[5] G Lantéri-Laura; *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* Volume 160, Issue 1, February 2002, Pages 43–53

Bien que nous ne disposions d'aucun éléments mentionnant que Freud se soit intéressé à la linguistique structurale, " *ce sont pourtant certaines notions propres à cette linguistique qui nous permettent, non pas d'interpréter un rêve, mais de saisir clairement la nature formelle de l'interprétation à partir de l'élucidation de la structure du rébus.*"

Au-delà du rêve, G.Lantéri-Laura, effectue également une relecture structurale du phénomène de l'acte manqué en reprenant un exemple concernant S. Freud lui-même[5]: "*après une longue journée de travail, il doit prendre le train pour se rendre dans une banlieue de Vienne assez éloignée et y examiner un patient, afin de déterminer s'il s'agit d'une paraplégie hystérique ou d'une paraplégie par compression. Il n'aime guère ce genre de travail et il redoute de s'y tromper une fois de plus, comme il l'avait fait récemment à propos d'un cas de sclérose en plaques. Il parvient alors chez son patient, il arrive sur le palier de l'appartement où habite ce malade, et il s'aperçoit qu'au lieu de son marteau à réflexes, indispensable, il a pris son diapason, bien superflu.*

Reprenant ses souvenirs récents, il s'aperçoit que la dernière fois où il a été question de diapason, c'est dans son cabinet, où un idiot s'est saisi de ce diapason. Cet idiot était un âne, tout comme S. Freud lui-même, quand il s'était trompé dans le diagnostic différentiel ; or « âne » se dit en yiddish khamer, mais, d'un point de vue phonologique, ce khamer équivaut à Hammer, qui en allemand signifie « marteau ». C'est donc le contraste entre la proximité phonologique de khamer et de Hammer et la distance sémantique entre « âne » et « marteau » qui peut rendre compte de ce que le diapason ait été pris, par mégarde, à la place du marteau à réflexes. Et c'est bien la linguistique structurale qui introduit ces notions de proximité et de distance phonologique ou sémantique."

On retrouve cette dichotomie oral-écrit dans l'exemple de J. Lacan dont l'enseignement oral lors de ses séminaires est issu des réflexions écrites sur les séances avec ses analysants. Il existe dans cette discipline des vas-et-viens incessants entre l'écrit et l'oral: Cette dichotomie semble même

constituer une dyade, puisque les enseignements oraux de Lacan ont été retranscrits par ses disciples. Ces retranscriptions ont donné une version que l'on trouve éditée, objet de contestation de la part de certains qui auraient pris des notes différentes lors de ces séminaires. On pourrait d'ailleurs voir dans ce conflit une mise en abyme de la typologie Saussurienne: le signifiant enseigné serait entendu de différentes manières par les disciples de Lacan provoquant des divergences sur l'écrit.

En nous inspirant de ces deux approches différentes dans leurs formes, nous nous sommes donc proposé de créer un outil d'analyse du discours qui intègre la méthodologie scientifique et sa dimension statistique objective, à une science humaine dans sa pratique quotidienne qu'est l'entretien psychiatrique. Nous avons, pour cela, choisi de nous pencher sur une population de patients dont la pathologie soit suffisamment répandue et affecte leur manière de communiquer: les patients souffrant d'un trouble de la personnalité. Pour A.Féline, JD. Guelfi, P.Hardy [6]: "*La personnalité est définie comme le résultat, chez un sujet donné, de l'intégration dynamique de composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles. L'agencement de ces différents facteurs constitue les traits de personnalité, à savoir les modalités relationnelles de la personne, sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement. L'unité fonctionnelle intégrative que constitue la personnalité présente deux autres caractéristiques : elle est à la fois stable (la personnalité contribue à la permanence de l'individu) et unique (elle rend le sujet reconnaissable, distinct de tous les autres).*

[6] A.Féline, JD. Guelfi, P.Hardy *les troubles de la personnalité. Flammarion Médecine-Sciences éd., Paris, 2002.*

La personnalité ne devient pathologique que lorsqu'elle se rigidifie, entraînant des réponses inadaptées, source d'une souffrance ressentie par le sujet ou d'une altération significative du fonctionnement social."

La définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé dans la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) est complémentaire puisque ces troubles sont considérés comme des « *Modalités de comportement profondément enracinées et durables consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée* ».

Les troubles de la personnalité apparaissent classiquement à la fin de l'adolescence, ils se caractérisent par des comportements durables et stables dans le temps indépendamment des situations auxquelles se trouvent confrontés les sujets.

Dans la continuité du diagnostic de trouble de personnalité, dans une optique d'approfondissement et de précision du diagnostic, se pose souvent la question d'un diagnostic de structure psychopathologique. Ce terme fait débat dans les milieux psychiatriques et psychanalytiques, où des conceptions différentes s'opposent en fonction de l'héritage de chaque théoricien qu'il soit phénoménologue, psychanalyste freudien ou lacanien, structuraliste, organo-dynamicien ou psychopathologue. Dans la lignée d'Henry Ey, Georges Lantéri-Laura propose une relecture de l'approche phénoménologique de la structure par Eugène Minkowski [5] qui la concevait

[5] G Lantéri-Laura; Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique Volume 160, Issue 1, February 2002, Pages 43–53

comme "un reclassement d'abord psychopathologique, même si l'on y pouvait ensuite retrouver des points de vue clinique, étio-pathogénique et thérapeutique, qu'on tentait de réordonner en paires d'oppositions pertinentes.

Mais il aura plus tard le souci d'analyser à fond l'activité clinique et diagnostique propre à la psychiatrie. Il y distingue trois paliers. Le premier correspond à la sémiologie traditionnelle, qui ne se justifie à ses yeux qu'à titre classificatoire et qui s'intéresse surtout aux signes de chaque maladie mentale et néglige presque tout ce qui concerne les singularités de chaque patient pris en particulier.

C'est pourquoi il repère un niveau plus central, qu'il dénomme l'aspect idéo-émotionnel ou l'aspect idéo-affectif, qui prend en compte à la fois le rapport du clinicien et du malade et de la genèse éventuelle des troubles ; il y discerne d'ailleurs un indice de la supériorité de la psychanalyse sur la psychiatrie classique.

Mais il estime que l'on peut aller plus loin que ce second niveau et parvenir à ce qu'il appelle l'aspect structural. Relisons un instant ce qu'il en dit dans *Le Temps vécu* : « Nous avons ainsi différencié, du point de vue psychologique, dans le syndrome étudié, deux aspects différents : l'aspect idéo-émotionnel ou mieux, dans certains cas, l'aspect idéo-affectif qui nous permet de comprendre le malade, d'établir un rapport idéique ainsi qu'un lien de sympathie avec lui, et l'aspect structural qui constitue la charpente intime du syndrome, qui conditionne l'agencement de ses éléments et qui nous explique enfin pourquoi notre raisonnement n'a plus aucune prise sur les idées délirantes de notre malade, ces idées n'étant autre chose que l'expression secondaire d'une forme particulière de vie mentale, différente de la nôtre, réalisée ici par la subduction morbide de la personnalité dans le temps »

Ce diagnostic de structure va modifier de manière essentielle les interactions du patient en tant que sujet face au temps et à l'espace.

Cela s'oppose à la conception de Jean Bergeret pour qui un symptôme ne signe pas une structure. Il

établie une distinction entre structure, caractère et maladie pour établir sa conception de la psychopathologie. Il distingue la structure psychotique de la structure névrotique, et intercale entre elles les états-limites qui constituent, pour lui, une astructuration. D'après lui, un diagnostic de structure se fonde sur l'analyse du type d'angoisses, des relations d'objet et des défenses du sujet. Il est important de souligner ici que ce terme de structure psychopathologique, objet de réflexions et de débats depuis Philippe Pinel au XVIIIe siècle en France est disparu des classifications internationales, radié du DSM dès sa troisième révision en 1980.

Les troubles de la personnalité (TP) sont caractérisés par des troubles du fonctionnement affectif qui touchent les interactions sociales ainsi que les relations interpersonnelles, en rejaillissant sur la communication. Bien que le diagnostic de TP soit clinique, très peu de travaux ont étudié comment le fonctionnement du sujet était perceptible dans la forme de son discours. Nous nous étions attachés à établir plus tôt que la singularité d'un discours tenait aux procédés stylistiques employés. Nous faisons, par conséquent, l'hypothèse que l'emploi des figures de styles chez les patients atteints de troubles de la personnalité diffère en fonction de leur trouble. Nous nous proposons donc d'élaborer un outil d'analyse des figures de style du discours oral des patients atteints de troubles de la personnalité.

II Comparaison de l'emploi des figures de style dans différents types de troubles de la personnalité. Etude préliminaire.

La personnalité d'un individu se caractérise par un ensemble de traits de caractères restant stables dans le temps et rendant partiellement compte du comportement du sujet, en particulier sur le plan relationnel [7]. On définit l'existence d'un trouble de la personnalité (TP) lorsque ces traits de caractères exposent un individu à une inadaptation sociale récurrente ainsi qu'aux conséquences psychologiques qui en découlent [8]. Toujours d'après A.Féline, JD.Guelfi, P.Hardy: "*Il n'existe pas de consensus définitif sur le regroupement par catégories des différentes personnalités pathologiques. Classiquement, on distinguait les personnalités psychotiques des personnalités névrotiques, les personnalités psychopathiques et borderline se situant à part*"[6]. Ce découpage a été en partie repris par la classification américaine des troubles mentaux, le DSM-IV au sein de son axe II, qui distingue:

Le groupe A, qui correspond aux personnalités "psychotiques". Il inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques (sujets bizarres ou excentriques).

· Le groupe B, qui inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques (sujets d'apparence théâtrale, émotifs et capricieux).

· Le groupe C, qui correspondant aux personnalités "névrotiques". Il inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles compulsives (sujets anxieux et craintifs)[9].

[6] A.Féline, JD. Guelfi, P.Hardy *les troubles de la personnalité. Flammarion Médecine-Sciences éd., Paris, 2002.*

[7]Borst A, *le langage chez les schizophrènes. Ann.Méd.Psychol., 1976; 134, I: 1-15*

[8]Biéder J., *troubles du langage chez des patients dits schizophrènes. Ann. Méd. Psychol., 2000, 158, no 5 p. 419-423*

[9]American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington DC; 2000.*

Les TP sont des troubles très fréquents, puisque le seul TP de type borderline pourrait concerner à lui-seul près de 6% de la population générale [10]. Toutefois, la complexité et l'hétérogénéité clinique des TP est telle que les critères nosographiques actuels semblent insuffisants pour les décrire et les catégoriser de manière satisfaisante, et que certains auteurs ont plaidé pour des recherches basées sur une approche empirique permettant d'enrichir la description clinique et la nosologie des TP [11].

Dans la mesure où les TP sont liés à une perturbation des interactions sociales, ils impliquent l'existence de troubles de la communication avec autrui, et donc de certaines particularités dans le discours du sujet [12]. Il a en effet été très tôt démontré que la personnalité présentait des modes d'expression se retrouvant dans la forme même du discours [13]. Toutefois, à notre connaissance, une approche centrée sur la forme du discours n'a jamais été proposée comme outil sémiologique pouvant avoir un intérêt dans la catégorisation nosologique des TP.

[10] Broad RD, Bar A. *Personality correlates of communication disorders as revealed by projective assessment and verbal expression. Folia Phoniatr (Basel) 1973;25:405-15.*

[11] Deleau M., Guehenneuc K., Le Sourn S., Ricard M. ; *Clairvoyance conversationnelle et théorie de l'esprit. In: Enfance. Tome 52 n°3, 1999. pp. 238-247*

[12] Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2008;69:533-45.*

[13] Gori R., Védie C., Schepens P., *Rhétorique psychiatrique, ambiguïté linguistique et occultation du sujet. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 159, Issue 8, Pages 583-588*

La figure de style est un procédé du discours produisant ou cherchant à produire un effet particulier sur celui à qui l'on s'adresse [14]. La figure de style est donc un élément du discours souvent porteur d'une valeur de communication additionnelle à celle de l'idée exprimée, et qui peut être d'éléments propres de l'histoire et de la personnalité d'un sujet.[15]

Nous faisons donc l'hypothèse que les figures de style peuvent être des outils permettant une catégorisation clinique des TP. Pour cela, nous proposons de classifier les différentes figures de style selon un nombre restreint de fonctions de communication.

Nous avons pour cela fait le choix d'utiliser la classification proposée le linguiste Roman Jakobson [16], qui isole 6 grandes fonctions de communications dans le langage humain.

Les fonctions du langage sont les suivantes :

-**La fonction expressive** : expression des sentiments du locuteur, met l'accent sur le locuteur, ou émetteur, en soulignant ses émotions, son investissement personnel, affectif ou psychologique dans ce qu'il dit (par exemple dans un poème, une lettre intime, etc.);

-**La fonction conative** : fonction relative au récepteur, met l'accent sur le destinataire (récepteur), en cherchant à le contraindre à dire ou à faire quelque chose. La fonction conative est également appelée fonction impressive et fonction appellative;

[14] Bacry P. *Les figures de style*, Belin (Paris) 1992

[15] Jackiewicz A. *Relations intersubjectives dans les discours rapportés* TAL. Volume 47 – n° 2/2006, pp 65- 87

[16] Jakobson R., « *Closing statements : Linguistics and Poetics* », *Style in langage*, T.A. Sebeok, New-York, 1960. Pour la traduction de Ruwet N.: « *Linguistique et poétique* », *Essais de linguistique générale*, Editions de Minuit , Paris ; 1963

- La **fonction phatique** : mise en place et maintien de la communication;
- La **fonction référentielle** : le message renvoie au monde extérieur;
- La **fonction métalinguistique** : le code lui-même devient objet du message, Le message est centré sur le langage. Le langage sert à parler de lui-même.;
- La **fonction poétique** : la forme du texte devient l'essentiel du message, Le message est centré sur lui-même, sur sa forme esthétique. Le langage joue sur son propre code.

Après avoir réparti les différentes figures de style au sein de cette classification, nous avons analysé la forme du discours de patient atteints de TP, et en fonction du cluster diagnostique (A, B ou C), nous avons mesuré si des patterns particuliers à chaque type de TP pouvaient être retrouvés[17].

[17] Ramsay RW. *Speech patterns and personality*. *Lang Speech* 1968;11:54-63.

MATERIELS ET METHODES

Sujets:

15 sujets, 6 hommes et 9 femmes, âgés de 18 à 64 ans, consultant tous dans le cadre d'une première demande en psychiatrie dans un centre médico-psychologique d'un secteur de psychiatrie entre les mois de Novembre 2011 et de Janvier 2012. Tous avaient un diagnostic de trouble de la personnalité (critères DSM-IV) sans trouble de l'axe 1, ni trouble addictif associé.

L'inclusion a été effectuée après vérification des critères d'inclusion et d'exclusion; Nous avons recueilli auprès des sujets un consentement écrit préalable à l'enregistrement de l'entretien, conformément aux règles de la CNIL, ainsi qu'à la loi du 06 Janvier 1978 sur la recherche biomédicale. Les patients ayant exprimé un refus de participation après information, les patients avec antécédents neurologiques, ou sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue, les mineurs ou incapables majeurs, et les personnes en soins sans consentement ou en soins ordonnés.

Diagnostic psychiatrique

Le diagnostic psychiatrique de TP et la classification en cluster A, B ou C a été établi au début du premier entretien, en suivant les critères de la classification DSM-IV[9].

Enregistrement des données

Lors de l'entretien, un enregistrement de 30 minutes est réalisé à l'aide d'un dictaphone numérique. Les données contenues dans cet enregistrement maintiennent l'anonymat du patient. Secondairement, chaque enregistrement fait l'objet de trois écoutes successives. Une première

[9]American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington DC; 2000.

écoute permettant de suivre les grandes lignes de l'entretien, de s'assurer de son intégralité, ainsi que ses moments-clefs. La seconde écoute permettait la retranscription écrite exhaustive. La troisième écoute permettait de vérifier l'exactitude de la retranscription ainsi que la cohérence globale du discours.

Constitution des groupes

Les patients inclus ont donc été répartis, suivant les signes cliniques présentés, en trois groupes correspondants aux trois Clusters de personnalités. Cinq patients ont été répartis dans chaque cluster de personnalités, une fois les diagnostics portés.

Trois groupes de 5 patients (2 hommes et 3 femmes) ont été constitués, chacun correspondant aux trois Clusters de personnalités, selon les critères diagnostiques du DSM-IV (réf):

Le Cluster A correspond aux personnalités excentriques et bizarres (personnalités paranoïaque, schizoïde, schizotypique);

le Cluster B aux personnalités dramatiques et émotionnelles (personnalités antisociales, borderline, histrioniques, narcissiques);

le Cluster C aux personnalités anxieuses (personnalités évitantes, obsessionnelles, compulsives, dépendantes).

Classement des figures de style

Nous avons effectué une analyse linéaire de chaque retranscription d'entretien à la recherche de figures de style. Chaque entretien a été réécouté pour cela trois fois. Une liste restreinte à 30 figures de style a été utilisée (cf. Fig.1). Celles-ci sont classées suivant leur principe de base jouant sur le sens des mots, la place des mots, leurs sonorités, la syntaxe, le discours. A l'intérieur de cette classification elles sont distinguées suivant leur procédé stylistique: analogie, opposition, substitution, insistance, etc...

Le nombre d'apparition de chacune des 30 figures de style a été noté pour chaque patient.

L'usage préférentiel de telle ou telle figure de style influe de manière directe sur les différentes composantes, au sens linguistique, de l'opération de communication. En effet, on observe pour certaines, une fonction d'encodage à destination du thérapeute (personnifications, allégories, images). D'autres font référence à un contexte, un symbole, une allusion (prosopopées, clichés, métonymies, métaphores, comparaisons). Certaines n'ont de visée que relationnelle, de maintien d'un contact (questions rhétoriques).

Nous avons donc établi une correspondance entre les figures de style et leur fonction communicative. Ce choix impose en revanche que chaque figure ne puisse être impliquée que dans une seule opération du processus de communication.

Le tableau suivant décrit la répartition des figures de style suivant leur fonction dans l'opération de communication, ainsi que pour chaque fonction, des exemples, illustrations tirés des enregistrements.

Figure 1: Répartition des figures de style analysées au sein de la classification de Jakobson

Fonction de communication (classification de JACKOBSON)	Figures de styles	Exemples
1 métalinguistique	allégorie image personnification oxymore symbole	"fil conducteur", "organiser mes pensees autour d un seul truc" "j'étais noyée", "je suis en reconstruction" "en dents de scie", " ravive un traumatisme", " je voudrais que les choses bougent"
2 référentielle	Métonymie catachrèses métaphores comparaison cliché synecdoque allusion	"sortir un peu de cette impasse " "comme si j avais une angoisse de la tete", "comme si on me tirait les cheveux " "il y a une sorte de mur entre nous" "il y a 1100 couverts"
3 phatique	prosopopées prétérition ellipse	"le medecin me disait: " il faut que vous soyez positif""
4 expressive	épiphores anaphores antithèse accumulation hyperbole	"ca va pas", "j'arrive pas", "je veux dire"; "c'est à dire"

5

	épanalepse litote	"j'ai complètement pété les plombs"
poétique	Chiasme anacoluthie homeotéleute zeugme paronomase épanadiplose hypallage	"une perte dans ma vie personnelle et d'emploi" "Scientifiquement c'est une bouffée délirante aiguë, mais réalistement, c'est une dépression"
conative	Question rhétorique	"ça sert à quoi de toute façon?", "pourquoi je ferais l'effort?" "qu'est-ce que vous en pensez, vous?"

6

Analyse statistique

La moyenne des occurrences de figures de style au sein de chacune des 6 fonctions de communication a été comparée entre les trois groupes à l'aide du test non-paramétrique de Kruskal-Wallis.

RESULTATS

Les résultats de notre étude sont résumés au niveau de la figure 2.

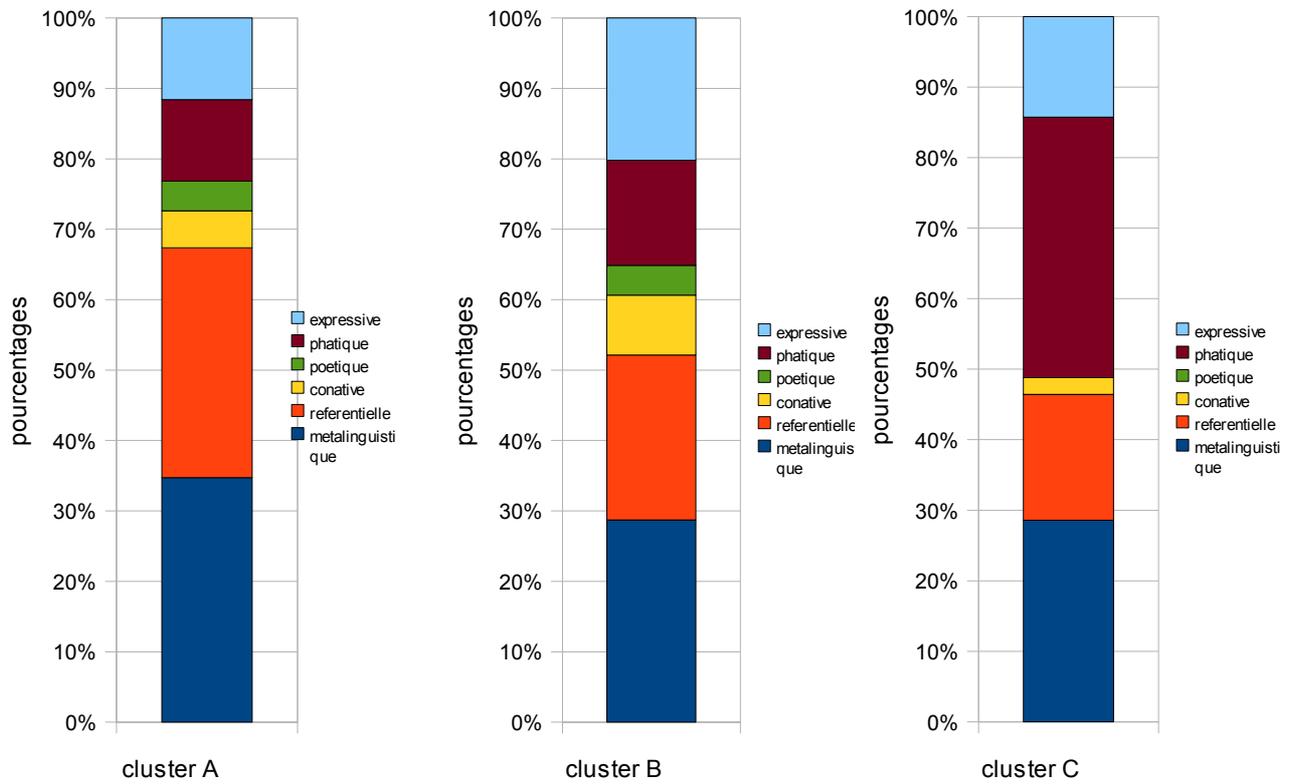
Chez les sujets du groupe A, les figures de style employées jouent principalement sur les fonctions métalinguistiques 33 occurrences, Moyenne (M) de 6,6; Déviation Standard (DS) 0,72 et référentielle 31 occurrences, Moyenne 6,2; Déviation Standard 0,71. Les fonctions expressives (M 2,2; DS 1,05) et phatiques (M 2,2; DS 0,75) sont bien moins exprimées avec 11 occurrences chacune, les fonctions conatives 5 occurrences, M 1, DS 0,63 et poétiques 4 occurrences, M 0,8; DS 0,89 très peu exprimées .

Dans le groupe B, les figures de style employées jouent principalement sur les fonctions Métalinguistiques, avec 27 occurrences, M 5,4; DS 0,75 , Expressives, avec 19 occurrences; M 3,8; DS 0,38 et Référentielles avec 22 occurrences; M 4,4; DS 0,67.

Enfin, pour sujets du groupe C, les figures de style employées jouent principalement sur les fonctions Phatiques, avec 31 occurrences, M 6,2; DS 0,95), Métalinguistiques, avec 24 occurrences, M 4,8; DS 0,87 et Référentielles, avec 15 occurrences; M 3; DS 0,71 . Les fonctions conatives et poétiques sont presque inexistantes.

Figure 2

Les fonctions de communication au sein des clusters de personnalités:



Les fonctions de communication au sein des clusters de personnalités:

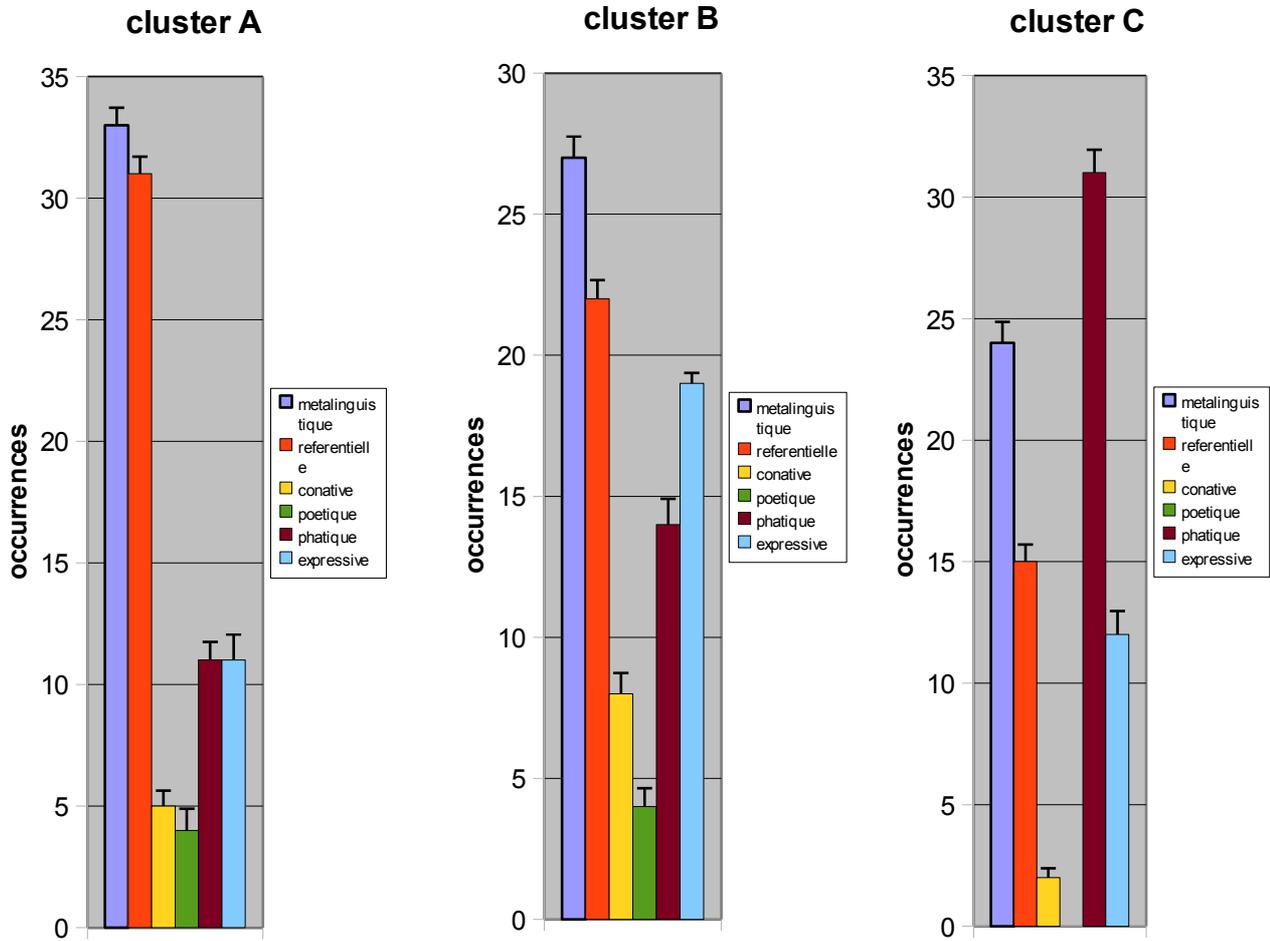


Figure 3:

Pourcentages des fonctions de communication dans le discours de chaque patient:

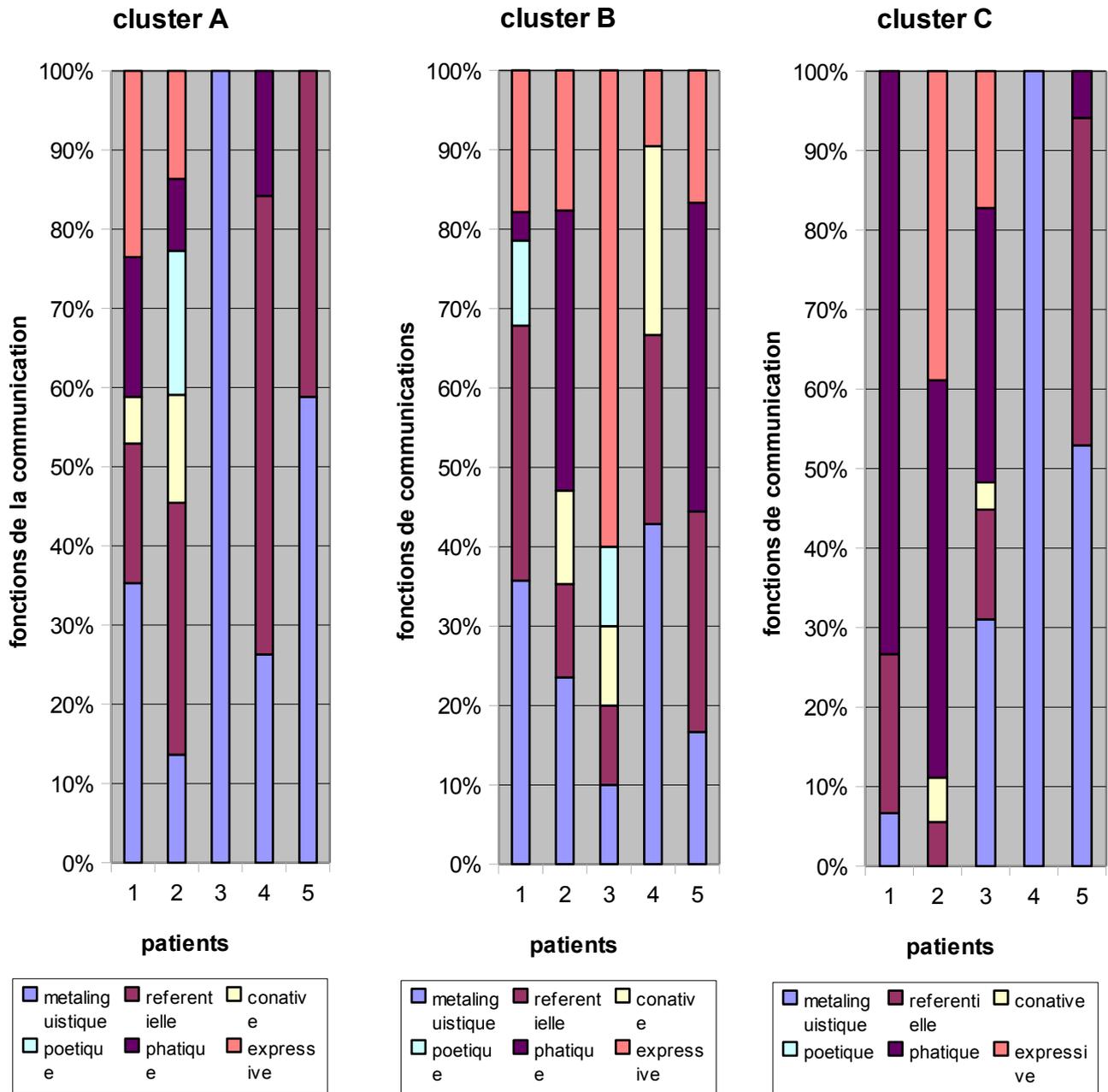
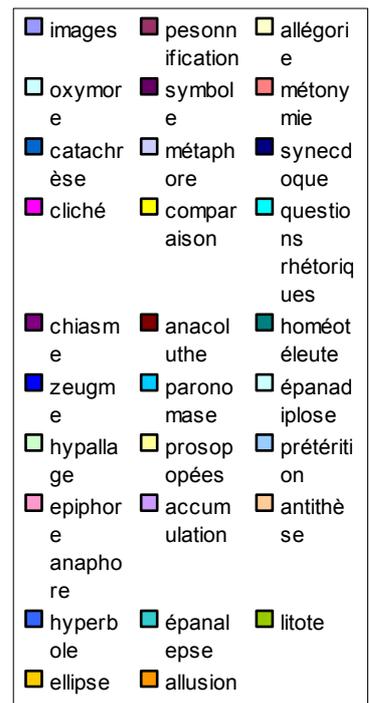
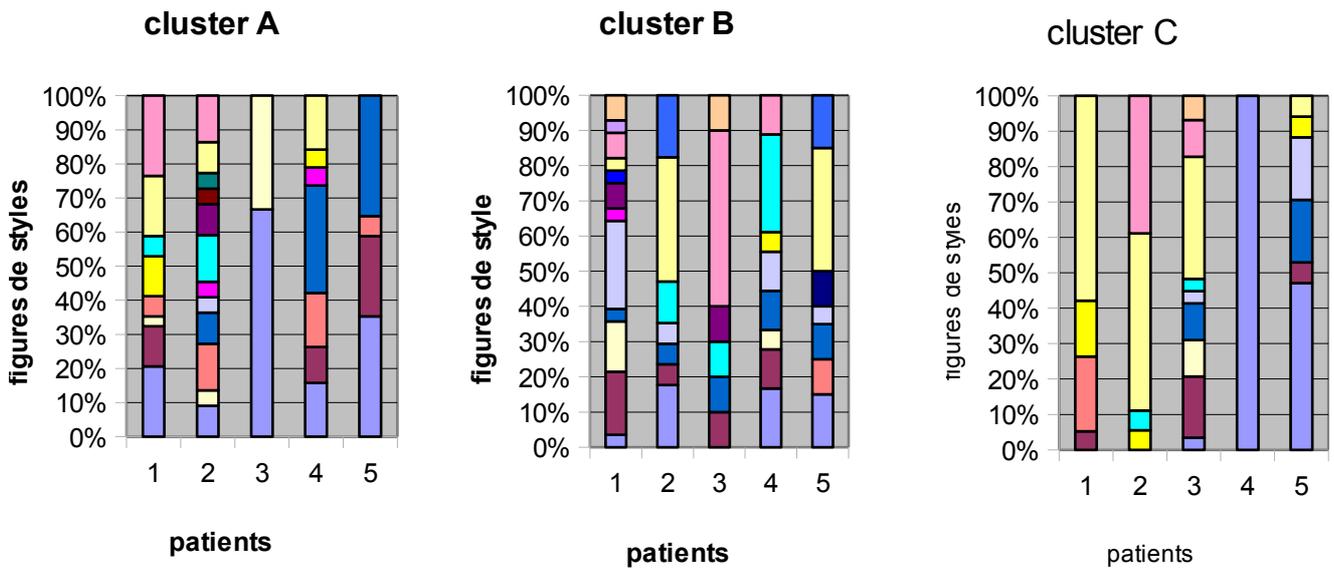


Figure 4: Les figures de style dans le discours de chaque patient:



Malgré les différences observées, le test de Kruskal Wallis ne met pas en évidence de différence significative entre les trois groupes A, B et C, pour les 6 fonctions de communication étudiées, la fonction métalinguistique ($k = 0,791$; $p = 0,673$), la fonction référentielle ($k = 2,132$; $p = 0,344$) la fonction conative ($k = 1,005$; $p = 0,605$), la fonction poétique, ($k = 2,034$; $p = 0,362$), la fonction phatique ($k = 2,077$; $p = 0,354$) et la fonction expressive ($k = 1,470$; $p = 0,480$).

III Discussion

A notre connaissance, notre étude est le premier travail cherchant à mettre en lien la présence et la répartition des figures du discours avec des troubles de la personnalité. Certains auteurs avaient évoqué de tels liens, mais ne les avaient jamais étudiés précisément. René Diatkine par exemple, fait référence à "*la constance du champ phatique* " dans le discours des enfants s'opposant à "*la constance du champ noétique (ou champ de la connaissance)*"[18]. Il semble, dans cet extrait, s'intéresser aux fonctions de communication dans l'interaction sociale comme en opposition avec le champ de la connaissance, des signifiés. Cela converge avec l'idée évoquée plus haut de l'interaction sociale et de ses processus communicationnels comme porteurs, en leur sein, d'un message, d'un contenu clinique. Nous nous trouvons donc face à une clinique se situant à la limite du verbal et du non-verbal. Cependant, Diatkine n'établit pas de lien avec les éléments du discours qui pourraient concourir à cette fonction.

Une des difficultés consistait dans la création d'une jonction entre des éléments de communication et les figures de style. Il a donc fallu faire un choix arbitraire dans la répartition des figures de styles par fonction de communication. Ce choix est critiquable, mais inhérent à tout travail préliminaire.

Il s'agissait de premiers entretiens, lors desquels on peut considérer que l'état émotionnel du patient était modifié. Un travail ultérieur pourra s'attacher à voir s'il existe une constance de répétition de ces figures de style, selon un pattern, de manière longitudinale dans le temps.

Bien qu'il n'y ait, à l'inclusion, pas de trouble de l'axe I, il n'y a pas de répartition des patients en fonction du motif de consultation. Le sujet de l'étude n'a été mentionné à aucun patient afin d'éviter un biais de surexpression des figures de style dans leur discours.

[18]Diatkine R., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1985 PUF, p.654

Le diagnostic DSM IV de trouble de la personnalité posé après le premier entretien peut être critiquable dans le temps, mais il répondait à ses critères à cet instant.

Une même figure de style a-t-elle la même signification en fonction des troubles de personnalité? Ces données restent à discuter.

Une liste restreinte à 30 figures de style a été utilisée. Les figures de style sont définies initialement pour l'écrit. Ce sont des vecteurs des discours poétiques et littéraires. C'est un outil pour l'auteur, utilisé de manière raisonnée et à certaines fins. Il existe donc une liste exhaustive de figures de styles employées dans le registre poétique ou littéraire.

L'analyse linéaire des retranscriptions littérales des entretiens de l'étude montre que le nombre de figures de styles employées par ces patients sont moins variées et nombreuses.

On peut donc émettre l'hypothèse suivante: les figures de style employées à l'orale, dans l'immédiateté et la spontanéité d'un entretien de première demande en psychiatrie sont restreintes.

Le choix a donc été de limiter le nombre de celles-ci afin de permettre au clinicien d'avoir les outils nécessaires et suffisants à cette nouvelle grille de lecture.

Suivant l'endroit d'où émane la demande, cette première consultation mobilise le clinicien de diverses manières. Il semble important à cet endroit de ne pas négliger certains aspects pourtant fondamentalement à l'œuvre dans le langage: l'intentionnalité et l'intersubjectivité. Cela pose ici la question de l'intention derrière la figure.

Le discours du patient n'est en effet pas porteur des mêmes enjeux. L'énonciation peut être considérée comme un acte individuel d'appropriation de la langue. L'énonciation du sujet apparaît comme sa manière d'être au monde. Le langage est alors le lieu où le contenu peut être frustré là où le contenant est parlant: La figure de style peut en dire bien davantage, de même que les silences ou les ellipses par la suggestion incitent le clinicien à fantasmer. Outre le processus relationnel que cela constitue, que nous tenterons d'aborder par la suite, la question de l'intention derrière ces procédés est à poser.

Expression de la souffrance psychique et de son caractère indicible, la figure de style semble

s'intercaler là où les mots manquent. Elles revêtent dans ce cas le rôle d'aide au discours du patient, dans ses moments clefs. Elle peut également s'imposer comme la seule forme de communication possible pour certains patients, lorsque les affects ne sont plus verbalisables. Elles constituent alors l'armature, le squelette du discours.

Le trouble de la personnalité ampute-t-il le patient dans sa lecture de l'autre? Cela implique-t-il quantitativement plus de figures de style exprimées? Le filtrage des figures de style dans le discours du patient disparaît-il en même temps que la résonance avec le thérapeute? Ou bien la disparition du filtrage est-elle la conséquence, le reflet de la perte de résonance?

le compte des figures de style peut être discuté: pour les allégories, les accumulations, les anaphores ou les épiphores, est-il pertinent de comptabiliser chaque récurrence? Cela modifierait de manière considérable les statistiques des résultats.

Par ailleurs, il faut, dans nos résultats, s'intéresser à des différences qui pourraient être liées au sexe. Dans les sujets du cluster A, on constate une répartition très différente des fonctions de communication entre homme et femmes, alors que dans le cluster B, on note juste un léger écart entre les résultats des femmes et ceux des hommes.

Enfin, pour le cluster C, il existe un écart très important entre les sexes dans l'usage des différentes fonctions de communication.

Cela nous amène à poser des hypothèses concernant l'impact sur la relation thérapeutique en fonction de chaque cluster de personnalités.

Il semblerait qu'appréhender le discours du patient sous l'angle de la forme de son langage, et en particulier des figures de style employées, permette d'observer précocément les prémices de la relation thérapeutique.

Bien entendu, il s'agit d'une observation faite lors de premiers entretiens, contexte expérimental s'il en est de l'instauration de cette relation. Cela constitue donc un poste d'observation exceptionnel pour mettre à l'épreuve cette hypothèse.

Dans les entretiens pour lesquels les patients ont été inclus dans le cluster A de personnalités, les figures de style employées jouent principalement sur les fonctions métalinguistiques, référentielles et expressives.

Les premiers mots de ces entretiens sont souvent surprenants ou déroutants, on y décelle quelque chose d'impalpable à la fois dans le débit verbal, la ponctuation utilisée, le ton, les intonations et le rythme employés. Cela constitue le décors de l'opération de communication qui s'articule autour de ses 6 fonctions selon Jakobson dont nous faisons l'hypothèse qu'elles sont portées par les figures de style. Pour illustrer cela, évoquons cette consultation appartenant aux entretiens enregistrés, ce jeune patient débute l'entretien par ces mots:

"Ca va aujourd'hui j'ai vu des potes, donc c'était sympa; en fait en ce moment j'ai l'impression tout le temps de changer de personnalité. Il y a vraiment des jours où je suis vraiment bien et où j'ai envie de communiquer avec les autres et ça se passe bien, et d'autres fois où je reste dans mon coin et j'envoie chier tout le monde et du coup ça me pose problème parce que du coup les gens ils arrivent plus à suivre.", nous avons presque l'impression d'interrompre une consultation en cours.

Le ton de cet énoncé était aprosodique, le contact froid en apparence, mais la fluidité de l'entretien ainsi que l'aisance avec laquelle le patient nous expose sa situation, laissent penser que la qualité du contact est bonne. Cela pose au thérapeute la question de la place qui lui est proposée par le patient, qu'est-ce qui lui permet lors de cette rencontre de tenir un tel fil narratif? Est-ce de l'ordre de la communication non- verbale? D'une première impression dans la salle d'attente? Cela tient-il à ce qu'en a imaginé le patient, avant que cette rencontre ait lieu, en somme d'un pré-transfert?

La fonction métalinguistique est incarnée par les figures de personnifications, allégories et images créent un langage quasi-poétique, parfois hermétique. Cet aspect hermétique, parfois mystérieux, agit parfois telle une invitation au dialogue ou à l'explication. Suscitant le maintien de l'attention du thérapeute. Cela permet également de créer un lien très fort avec l'interlocuteur dans une relation nécessitant la mise en œuvre de l'appareil psychique du thérapeute pour le décodage d'énoncés

parfois très abstraits.

On observe que les nombreux clichés, métonymies, métaphores, comparaisons permettent d'établir une relation de connivence avec le thérapeute en faisant référence à un univers supposé commun. Cela semble pointer l'humanité du patient sous les symptômes affectant son expressivité. Dans ce cluster de personnalités, ces figures référentielles apparaissent comme un trait d'union gracile entre deux pôles du discours: le factuel désaffectivé des descriptions des symptômes, et le caractère abstrait quasi-poétique des émotions exprimées. Ainsi, lorsque les tout premiers mots prononcés par un patient furent "*je suis une bulle*" nous ne pûmes que faire l'expérience de cette relation interpersonnelle très intense qu'il établissait de la sorte en nous demandant de nous représenter son propos, et en essayant de le comprendre. La mise en oeuvre nécessaire de notre machine à penser, qu'il sollicitait ainsi, nous plongeait profondément dans une relation thérapeutique inattendue sur laquelle, dans ce premier temps, un contrôle s'avérait impossible. Ce patient nous proposait de manière radicale d'établir ou pas une relation thérapeutique avec lui, en nous proposant d'essayer de décoder son propos.

Dans ce cluster de personnalités, les questions rhétoriques permettent de maintenir un contact, ou de rassurer le patient qu'une communication est en cours, qu'il est en interaction. Cela semble être une manière de s'assurer que ses sentiments, peu exprimés, sont bien reçus. Lorsque ce patient après environ vingt minutes d'entretien nous demande: " Enfin je sais pas, vous en pensez quoi vous?" il existe clairement une demande de réassurance après qu'il se soit tant livré à un inconnu lors d'un premier entretien. Peut-être s'agit-il pour lui de s'assurer que ce contenu émotionnelle est en lieu sûr.

Les prosopopées, épiphores et anaphores semblent poursuivre par l'insistance l'ancrage du discours dans le factuel et l'objectif, le rendant incontestable.

On peut donc observer la co-existence dans le discours de figures mettant en jeu un mécanisme relationnel simple: la question rhétorique, avec d'autres plus complexes mêlant des références et des codes livrés à l'interprétation et au décodage du thérapeute.

Dans les entretiens pour lesquels les patients ont été inclus dans le cluster B de personnalités, les figures de style employées jouent principalement sur les fonctions Expressives, Référentielles et Métalinguistiques.

On peut donc observer une prédominance des figures de l'expression des sentiments des patients par l'anaphore, l'épiphore, l'accumulation qui ont davantage une fonction d'insistance. Ces procédés permettent une certaine démonstrativité du discours, qui peut être considérée par certains comme un des symptômes de ces troubles de la personnalité.

Les premiers termes employés par les patients dans ces entretiens sont essentiels. Ils situent le registre de l'entretien et placent le thérapeute à une première place dans l'entretien. Par exemple, cette patiente débute l'entretien ainsi: "*Ca fait quelques années que je souffre de dépression, depuis 2004 j'ai changé plusieurs fois d'antidépresseurs. Je souffre d'alcoolisme, depuis des années je suis dans le déni. Là, je suis malade-abstinente depuis 2-3 ans, j'ai fait une cure on va dire réussie la dernière, j'en ai fait trois en tout. Dans le nord et la dernière au cesam à Amiens ça s'est bien passé j'ai réussi à accomplir 6 mois d'abstinence totale. Et à la suite de certains événements j'ai eu des pulsions auxquelles j'ai cédé. Suite à cette hospitalisation outre le sevrage alcoolique, j'ai laissé de côté la fluoxétine en sortant. Je prenais occasionnellement en cas d'angoisse de alprazolam en 0,50 et parfois un peu d'Havlane le soir si vraiment j'ai besoin d'avoir un sommeil récupérateur.*"; en utilisant d'emblée un langage du registre médical, elle place le thérapeute en position de sujet sachant, mais elle l'intègre également au Corps Médical. Nous ignorons alors quels sont ses fantasmes, ses griefs à l'endroit de la médecine et de la psychiatrie. Ainsi le thérapeute est placé comme solidaire d'un discours et parcours de soins, à son corps défendant, dont il n'est pas aisé en ce début d'entretien de se défaire, sans risquer de mettre en péril le début de la relation thérapeutique.

les questions rhétoriques permettent, là encore, de maintenir un contact, ou de rassurer le patient qu'une communication est en cours, qu'il est en interaction, que la demande d'attention est satisfaite:

"est ce qu'il faut que j'en vienne aux antidépresseurs?"; " est ce qu'il faut que je vous explique ?"

Les figures de métaphores, personnifications, allégories et images en revanche, inscrivent leur discours dans un registre plus abstrait. Cela permet de montrer ses symptômes sous des dehors intellectualisés, ou encore de maintenir l'attention du thérapeute par la fascination. Cela crée également un lien très fort avec l'interlocuteur dans une relation nécessitant la mise en œuvre de l'appareil psychique de l'autre pour effectuer l'opération amenant à la compréhension du patient.

Dans les entretiens pour lesquels les patients ont été inclus dans le cluster C de personnalités, les figures de style employées jouent principalement sur les fonctions Référentielles, Phatiques et Métalinguistiques.

Les premiers termes employés par les patients dans ces entretiens sont essentiels. Pour exemple cette femme débute l'entretien ainsi: *"Y' a des hauts, y'a des bas, c'est en dents de scie. Bah j'ai repris très vite tout ce que j'faisais. J'me suis forcée aussi à reprendre tout ce que j'faisais enfin le cours de la vie normale quoi"*. Les anaphores, allégories et antithèses utilisées constituent des synecdoques sémiques et référentielles particularisantes, un langage imagé d'emblée quoique relativement commun. Le recours aux images traduit malgré tout, une demande minimale que l'on s'intéresse à ce qu'elle dit. Cela nécessite donc un minimum d'engagement de la capacité du thérapeute à se représenter le discours imagé de la patiente, puisque les images utilisées sont assez communes.

Les figures référentielles (comparaison, métonymies, catachrèses,...) ancrent le discours du patient dans un univers qui se veut commun avec le thérapeute. L'intention semble être de créer une certaine connivence avec l'interlocuteur. Les comparaisons, métonymies et catachrèses faisant référence à des éléments supposés communs, tandis que les prosopopées permettent de situer, d'inclure le thérapeute dans le référentiel du patient. Les prosopopées se retrouvent à cheval entre les fonctions référentielles et phatiques en permettant de retranscrire un discours auquel le patient

lui-même a été soumis, pour exemples: *"oui, oui on te comprend mais ressaisi toi, faut être fort";*
"voilà...t as craqué , c est bon t' as craqué deux minutes alors popopp, vas y vite remonte parce qu
'il faut être fort."

Par les prosopopées, le thérapeute mis à la place du patient est supposé entendre le même discours que celui-ci. Cela pose alors deux questions:

Doit-il l'entendre de la même manière? Cela créerait une alliance très forte, le thérapeute en tant que semblable, identique.

L'entendre d'une autre oreille? Il serait alors effectivement considéré comme thérapeute, en faisant un pas de côté, mettant en lien sa réflexion avec ses connaissances théoriques, c'est à dire comme un autre supposé savoir.

Les figures expressives, par les épiphores et anaphores, apportent dans ces entretiens une abondance de détails réputés objectifs et de répétitions. L'effet d'insistance produit peut toutefois paraître déroutant et mettre à mal la fonction Référentielle simultanément à l'oeuvre, décrite précédemment.

Il peut donc en résulter une sorte de rupture de contact avec le patient qui semble alors apparaître enfermé dans une répétition de descriptions de symptômes et d'énumérations vidées de leur sens, par exemple: *" j' avais toujours cette barre dans la tête, ces maux de tête, ces fourmillements, comme si qu' on me tirait les cheveux , j' pensais que c' était peut être même un sevrage. J' ai passé toute la semaine comme ça, j'suis allé du vendredi mais bon. Lundi , mardi, mercredi, mercredi ça allait, j'veux dire j' avais cette barre mais j' avais pas ces maux de tête, ça a été, jeudi ça allait pas bien parce que j' avais rattrapé ces maux de tête et puis ces barres, ces fourmillements, vendredi ça a été moyennement, par contre samedi j' étais pas bien du tout, j' avais l' impression comme si j' avais une angoisse de la tête, et du dimanche ça a été, j' ai pas eu ces fourmillements dans la tête, j' ai pas eu ces barres"*.

Enfin, la fonction métalinguistique, par l'utilisation principalement d'images, lorsqu'elles sont répétitives, est victime d'un double appauvrissement: des images en tant que telles qui se galvaudent, ainsi que de leur fonction. En effet la fonction métalinguistique est comme phagocytée

par la fonction expressive. Le thérapeute est rendu presque hermétique aux symptômes véhiculés par ces images tant leur caractère répétitif a pu émoussé l'empathie de l'écoute initiale.

Malgré ces critiques, l'objectif est de parvenir à affiner l'outil d'analyse clinique des praticiens, ainsi que préciser certains aspects de la nosologie.

Il s'agit ici de proposer un outil clinique, une grille de lecture supplémentaire dans l'arsenal du psychiatre. Ces figures de style s'avèrent facilement repérables par des cliniciens sensibilisés.

L'implication des figures de style sur la relation thérapeutique:

Du côté du patient:

On constate lors de cette étude, que l'attention portée au langage et expressions employées par les patients, appartient déjà à une écoute active, différente d'une attention flottante. La relation thérapeutique est donc déjà en marche. Comment ne pas faire le lien entre les figures employées par les patients et leur implication sur la relation thérapeutique. Sans parler de la communication non-verbale, on observe lors de ce travail, que les figures en agissant sur les processus de communication façonnent de manière unique la première rencontre avec le thérapeute.

En qualité d'investigateur, nous sommes à même de repérer d'autres processus à l'oeuvre.

Les écoutes d'un même entretien révèlent des détails de communication, d'affects, de champs lexicaux, de figures qui ne laissent pas nécessairement de traces sur la feuille d'observations du dossier médical, mais qui impriment le thérapeute, malgré tout, durant l'entretien.

Comme nous l'avons signalé, le premier entretien est une fenêtre d'observation privilégiée, parfois unique lors duquel le patient dépose une demande d'une manière toujours singulière.

Il a été intéressant de constater l'écart frappant entre les notes laissées dans le dossier d'observation, ainsi que les souvenirs du premier entretien et la retranscription littérale, ainsi qu'une impression plus affûtée par plusieurs écoutes. Tant de détails de l'histoire du patient, et ses efforts syntaxiques

seraient ainsi évincés par une écoute active certes, mais qui n'est pas celle d'un enregistreur numérique. Il ne faut cependant pas négliger l'empreinte laissée sur le thérapeute par tous ces éléments sémiologiques cliniques non manuscrits sous forme de fantasmes, de rêves, d'associations: en somme sous forme de contre-attitude: le travail du clinicien.

Du côté du clinicien:

Cette étude a également pu être le lieu de réflexions sur ces contre-attitudes. En effet, les écoutes réactivaient l'état émotionnel de l'investigateur durant le premier entretien. Ces ré-écoutes étaient donc non seulement le lieu de l'observation des processus communicationnels du patient, mais également ceux du thérapeute. Il s'est donc agi d'écouter également le langage de l'investigateur, ses variations de tons, ses figures stylistiques, rhétoriques ou les champs lexicaux employés.

Il s'agissait donc pour l'investigateur de relire et d'interpréter son propre langage, ainsi que son emploi, à la lumière de l'état émotionnel réactivé par l'écoute. Dans la pratique quotidienne, quoi de plus fugace que ce sentiment complexe chez le thérapeute durant l'entretien ou à l'issue de celui-ci?

Cette méthodologie, répétée pour chacun des entretiens a permis de manière expérimentale de remettre à plat ces contre-attitudes, en les rendant objet d'étude. En effet, replongé dans l'exact état émotionnel de l'entretien au moment de la ré-écoute, le clinicien était à même de pouvoir prendre la distance nécessaire en analysant les processus relationnels en jeu, ainsi qu'en utilisant l'outil de lecture des figures de style du discours des patients pour comprendre les mécanismes à l'oeuvre à cet endroit précis. Cela s'est révélé très instructif quant à la rigueur apportée à la technique du premier entretien et plus généralement quant à l'approche de chaque patient.

La réflexion riche engendrée par cette méthodologie était un effet secondaire inattendu de cette étude, mais est rapidement devenue une des sources d'intérêt majeure de l'investigateur.

Au-delà d'une approche quantitative ou dimensionnelle des troubles de la personnalité, point de départ de l'inclusion des patients dans l'étude, la question de la relation thérapeutique est rapidement devenue centrale. Son abord était donc tant du côté du patient que de celui du thérapeute.

Il convenait donc de comprendre les figures de style du discours de ces patients comme autant de signes cliniques à observer et à comprendre, mais également comme autant de facteurs déclenchants d'une réaction du thérapeute, elle aussi à analyser tout autant par son expression verbale ou émotionnelle redevenue observable par les ré-écoutes des entretiens.

A ce propos, on peut citer l'exemple de cette patiente incluse dans l'étude dont le premier entretien ne comporte que peu de figures de style . La première apparaît après 10 min d'entretien sous forme d'anaphores, d'épiphores et de répétitions uniquement autour de trois termes: "*aller mieux/pas aller*"; "*j'ai pas envie*" et "*je mange*" qui sont amenés dans une logorrhée, une tachyphémie d'un discours assez superficiel. Puis après cette séquence apparaît une question rhétorique: "*Pourquoi je ferais l'effort?*" qui est le premier élément de l'entretien qui, en l'interpellant, atteste de la présence d'un interlocuteur.

Ce n'est qu'au moment de l'écoute pour la retranscription que nous avons pu comprendre et démêler cet étrange sentiment ressenti durant l'entretien. Celui-ci tenait du tourbillon, de la profusion d'informations assénées nous débordant par leur débit. Mais entremêlées on pouvait également déceler une certaine distance créée par la patiente, et une certaine monstration de ses symptômes nous plaçant inmanquablement en position de spectateur. Il y a donc cette sensation d'être pris en tant qu'observateur anonymisé, indifférencié dans une forme d'aspiration. Elle est pourtant consciente de ne pas être claire dans son discours et de semer son interlocuteur, hypothèse qu'elle valide en le verbalisant un peu plus tard dans l'entretien: "*C est pas trop clair ce que je dis mais bon*". Cela nous questionna alors du point de vue du mécanisme relationnel à l'oeuvre. On peut, en effet, interpréter cette manière de laisser le thérapeute en périphérie de son discours, tout en l'abreuvant d'un flot continu de mot, et en vérifiant mollement sa présence comme une façon de susciter l'interrogation et la curiosité tout en maintenant l'attention chez son interlocuteur. Il semble qu'elle crée une relation en creux, non pas en allant vers le thérapeute, mais en lui proposant une invitation à venir y voir. Cette intention, bien que probablement inconsciente, est validée par sa préoccupation presque feinte, un peu plus tard dans l'entretien, de savoir si cela est clair pour nous.

Cette profusion d'un discours assez pauvre dans son contenu, nous évoque une figure du discours, c'est-à-dire que le discours entier serait l'illustration d'une figure de style. Nous pensons alors que ce remplissage du temps qui lui est imparti durant l'entretien nous évoque une métaphore de son trouble du comportement alimentaire de type boulimique.

Il est important d'évoquer l'impact sur la rencontre suivante avec ces patients, nécessairement différente. En effet, s'être réimprégné de l'intégralité de son discours et des contres-attitudes que cela a pu provoquer chez soi, tout en faisant un pas de côté, c'est aborder cette seconde rencontre avec davantage de recul qu'à l'accoutumé. Les mécanismes relationnels que l'on aurait sans doute repérés après plusieurs séances sont déjà mis à jour, une impression d'avoir d'avantage "saisi" la demande du patiente, qu'elle ait été explicitée verbalement ou non. C'est donc au clair sur ce point, avec ces éléments en tête que l'on peut, dès lors, concentrer son énergie sur d'autres points saillants de l'entretien.

La conséquence est donc majeure pour l'investigateur dans son approche bilatérale de la relation thérapeutique. C'est donc naturellement à partir de cette étape de l'étude que des perspectives se dessinent concernant les champs d'application et de recherche ouverts par ce nouvel outil clinique.

IV LE SOIN PAR LA FDS: EXEMPLES ET PERSPECTIVES

Ce travail préliminaire ouvre des perspectives dans différents champs de recherches. Tout d'abord, en linguistique, cela rejoint certains travaux en sémiotique, en psycholinguistique, ainsi qu'en linguistique computationnelle (informatique). Détailler les aspects cliniques du langage permet d'établir des passerelles entre différentes grilles de lectures psychopathologiques.

Si cela améliore la lecture des praticiens, est-ce que cela peut modifier certains types de pratiques psychothérapeutiques?

De fait, on peut y trouver des perspectives en cognitivisme et en psychologie cognitive concernant la théorie de l'esprit et l'intersubjectivité. Dans le domaine des thérapies brèves et des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), certains auteurs ont déjà théorisé autour de la question des figures de style comme outil thérapeutique. Par exemple, d'après R. Zumbrennen "*La métaphore offre une voie privilégiée pour comprendre et modifier les cognitions et les comportements dysfonctionnels. L'utilisation méthodique d'une métaphore comprend plusieurs étapes:*

-traduire le problème-cible en métaphore

-évaluer la pertinence de la métaphore par rapport à la réalité

-choisir une métaphore alternative (objectif visé)

-retraduire la métaphore alternative dans la réalité du patient"

On peut dès lors imaginer la contribution intéressante que pourrait apporter le nouvel outil que nous proposons pour utiliser en TCC les métaphores les mieux ciblées pour chaque patient. La

Décentration qui constitue un des outils de la remédiation cognitive, s'intégrant à la restructuration cognitive, peut se fonder, d'après A. Santarpia & al, sur des énoncés figurés corporels[19]. "*Dans la consigne de départ, le thérapeute dit: « Vous imaginez que vous êtes au bout de vos pieds, dans vos orteils... Vous imaginez que vous êtes une petite bulle et, à partir de vos orteils, vous allez*

remonter lentement à l'intérieur de votre corps... Quand vous arrivez au bout de vos doigts, vous restez là, en attente... Vous allez sentir comme des petits cœurs qui battent au bout des doigts... Vous êtes en attente, disponible à tout ce qui va venir de votre corps ». Les verbalisations des patients, en réponse aux propositions du thérapeute, sont aussi des métaphores linguistiques associées et liées à des parties « périphériques » du corps. Par exemple, on trouve ces propositions dans des extraits discursifs issus de séances de décentration : « Mes mains se mettent à gonfler, mes mains sont palmées... Je sens mes pieds soudés... Mes bras se couvrent de duvet, de plumes... Je sens l'attache des ailes sur mes épaules. » Verbaliser les métaphores linguistiques du corps en agissant par épreuves successives permet d'agir sur un réseau conflictuel refoulé pour en favoriser l'émergence et la figuration". Ainsi, toujours dans ce domaine de la psychologie cognitive, la Relaxation à Inductions Variables est fondée sur des propositions du thérapeute qui concernent des sensations et des images. Pour A. Santarpia & al [19], "Ces propositions font fréquemment appel à la perception des limites du corps et des contacts avec le monde extérieur. Ces mots et images suscitent très souvent la surprise chez des patients qui ne parvenaient pas à mettre des mots sur leur souffrance et se trouvaient, de ce fait, confrontés à un trop-plein de sensations et de sentiments: « J'ai le cœur serré, plein d'amertume... j'avais la tête comme dans un étau... mon corps s'était envolé ». La fonction métaphorique permet alors de nommer des symptômes vécus souvent de manière intense dans le corps, afin dans un premier temps du moins, de mieux les appréhender, les apprivoiser. Cela peut constituer un premier temps de la thérapie, qui peut en tant que tel, correspondre à la demande du patient.

[19] A. Santarpia & al, Ann.Méd.Psychol, revue psychiatrique, Volume 164, Issue 6, Août 2006, Pages 476-85

Dans le domaine de la psychanalyse cette étude ouvre des champs de réflexions concernant l'observation et la compréhension précoce de la mise en place du transfert dans la relation thérapeutique. Ainsi que pour l'analyse du contre-transfert de l'analyste. Historiquement, dans la théorie psychanalytique, l'attention a toujours été portée sur l'expression du patient dans sa singularité et sa créativité. Il en a été ainsi concernant les termes employés, les néologismes, les lapsus et les condensations, parfois sous-tendus par le "witz"(le trait d'esprit freudien) et également par le langage du rêve et sa narration propre au sujet. L'intérêt a également été porté sur les métaphores et métonymies employées en séance.

Citons, à ce sujet, le travail de A.Santarpia [19] "*La catégorisation des métaphores conceptuelles du corps*" qui s'est penché sur les discours des patients et des thérapeutes comportant des métaphores linguistiques centrées autour du corps. Selon elle, une métaphore est le support d'une "*conceptualisation de l'expérience*". Elle s'est donc attachée à repérer les différents types de "*conceptualisation du corps qui s'expriment dans la pratique psychanalytique, psychiatrique, et dans des ouvrages poétiques sélectionnés pour leur centration sur ce thème*". Cette analyse montre que l'usage des métaphores conceptuelles dans ces discours respectifs est différent. Dans les traités de psychiatrie, on peut souligner le manque de métaphores linguistiques du corps, "*la conceptualisation du corps est centrée sur l'idée d'un CORPS-CONTENANT:le corps ou ses parties entendus selon des attributs ou des objets qui renvoient aux fonctions de contenant, sans images mentales stéréotypées ni images mentales spécifiques sur des organes corporels. Dans la psychanalyse, les métaphores linguistiques du corps sont centrées sur les termes suivants : « organes génitaux », « bouche », « utérus », « pénis », « phallus », « anus », « vagin », « orifice corporel ».*

[19] A. Santarpia & al, *Ann.Méd.Psychol, revue psychiatrique, Volume 164, Issue 6, Août 2006, Pages 476-85*

Dans les ouvrages poétiques, on ne trouve pas de métaphores centrées sur ces organes, sauf sur la « bouche »: « dans la bouche » relatif au CORPS-CONTENANT, « bouche-fauve » relatif au CORPS-BIOLOGIQUE: [Les métaphores qui représentent le corps ou ses parties sous forme de systèmes biologiques (monde animal ou monde végétal)]. Pour ce qui est du Corps-Animal, "le corps ou ses parties sont associés à des attributs, à des images mentales stéréotypées ou spécifiques d'animaux" tandis que pour le Corps-Végétal, "le corps ou ses parties sont associés à des attributs, à des images mentales stéréotypées ou spécifiques du monde végétal] et « bouche-ange » relative au CORPS-DIVIN [Le corps ou ses parties sont associés aux attributs ou aux objets divins, surnaturels, sacrés". Concernant le Corps-Surnaturel, "le corps ou ses parties sont associés à des attributs, à des images mentales stéréotypées ou spécifiques des créatures surnaturelles/divines (anges, dieux, créatures diaboliques, animaux mythologiques)". Pour le Corps-Objet sacré, "le corps ou ses parties sont associés aux attributs, aux images mentales stéréotypées ou spécifiques des objets sacrés, surnaturels" .]. Les métaphores linguistiques du corps dans les ouvrages poétiques sélectionnés s'appliquent davantage à conceptualiser le corps comme un système intégré d'expériences. Ces métaphores portent sur différents organes et substances corporels :« cœur », « sang », « poitrine », « le/les bras », « œil/yeux », « sein/s », « visage », « tête », « chair », « peau », « main/s », « langue ». On constate ainsi que ces catégorisations psychologiques et littéraires évitent toute description anatomique du corps pour centrer leur discours sur un domaine particulier que nous allons appeler « Construction perceptive-littéraire du corps »."

Plus tard, avec le travail notamment de J. Lacan, cet intérêt pour le langage, les métaphores et métonymies employées, s'est affûté au contact du structuralisme, de la linguistique et des écrits de Freud[20].

[20]Porge É., « Lire, écrire, publier : le style de Lacan » , *Essaim*, 2001/1 no7, p. 5-38.

Une nouvelle notion fait son apparition dans son enseignement: le parlêtre, où l'essentiel du "récit autobiographique tient à la façon dont le sujet du récit, qui en est à la fois l'auteur, le narrateur, et le personnage principal, s'y représente" comme l'indique Rémi Tevissen[21].

Pour l'analyste comme pour l'analysant se pose le problème des rapports du sujet à sa propre parole ainsi que de la compréhension qu'il a de sa place dans son propre récit. Pour R.Tevissen, "Le problème posé est bel et bien devenu celui de l'appropriation par le sujet de sa propre parole, de la possibilité de parler en son nom propre, corrélative de la possibilité aussi de s'en démarquer, et de pouvoir s'y reconnaître." Le discours en analyse est le lieu où le sujet parlant se montre et peut, de la sorte, inscrire son acte dans son discours.

Les contours du sujet se dégagent aux confins des liens entre structure clinique, langage et position subjective, mettant en exergue la fonction structurante du langage. Par là même, le style permet de singulariser par le langage et sa forme, la façon pour le sujet d'être au monde.

Ainsi, pour J. Lacan, "le style, c'est l'homme" écrit-il en référence à Buffon en ouverture de son ouvrage Les Ecrits en 1966 [22]. Il a abordé la notion du style afin d'éclairer la psychose, mais elle concerne également le champs de la névrose.

En effet, dans son article "le problème du style et les motifs du crime paranoïaque" paru dans le Minotaure en 1933 [23], J. Lacan nous indique une tension à l'origine du style. Le style serait alors la résolution singulière d'un conflit entre "un choix éthique" et une "puissance supérieure de signification".

[21] Rémi Tevissen *L'Évolution Psychiatrique Volume 70, Issue 2, April–June 2005, Pages 271–281*

[22] J.Lacan; *ouverture de Les Ecrits, Le Seuil, Paris 1966*

[23] J. Lacan "le problème du style et les motifs du crime paranoïaque" *le Minotaure, 1933*

Il semble que la tâche en revienne au clinicien d'effectuer le travail d'archéologue nécessaire pour mettre à jour les conflits ainsi que la structure psychique du patient, en utilisant les outils de la topologie Saussurienne. Il s'agit d'y accéder par la voie du langage sous ses formes de signifiants, de métaphores et de métonymies, de mots ou de manques-du-mot inventés pour dire l'indicible.

En formulant que "*l'inconscient est structuré comme un langage*" à la fin des années cinquante, et en reprenant l'enseignement de la deuxième topique de Freud, Lacan théorise une pratique de l'analyse mettant en scènes les scissions et les coupures de ce langage en parallélisme des processus inconscients. Cette théorie, il la dispense au fil de ses séminaires et de ses communications orales et écrites.

En thérapies systémiques et familiales cette étude autour des figures de style employées pourrait être utilisée comme un outil supplémentaire dans la thérapie. Certains auteurs ont d'ailleurs repérés certaines figures de style comme outil de lecture du système étudié. Ainsi, au sujet de la thérapie familiale stratégique issue des travaux de S. Minuchin et de M.H. Erickson, J.Miermont nous dit qu'elle "*est conçue comme une résolution de problèmes pragmatiques, par l'examen de la fonction communicationnelle de la métaphore et la nature métaphorique des symptômes , et procède également par la prescription paradoxale de la résistance, du symptôme, de tâches à accomplir en séance ou à domicile, conduisant au remaniement des triangles pervers et l'introduction de règles fonctionnelles*"[24]. Prolongements des thérapies familiales stratégiques, les thérapies familiales systémiques se sont développées à partir des années 1970 et des travaux de Mara Selvini Palazzoli et al dans lesquelles, toujours selon J.Miermont "*Le thérapeute devient instrument et métaphore du*

[24] [J. Miermont](#) *Thérapies familiales et psychiatrie*, [Ann.Méd.Psychol., Volume 168, Issue 1,](#)
February 2010, Pages 75–83

jeu thérapeutique, pouvant prendre la place du patient identifié, usant de sa propre personne comme miroir affectif et cognitif où sa créativité est directement sollicitée."[24]

Cette étude autour des figures de style employées dans le discours des patients pourrait permettre la décortication d'outils existants qui n'ont pas été théorisés autour des figures de style, comme les sculptures familiales, les blasons... On peut aussi tout à fait imaginer la création de nouveaux outils thérapeutiques se fondant sur les champs lexicaux et figures de style employés par les patients.

Dans le domaine de la pédopsychiatrie et en psychothérapies d'enfants, bien que l'on ne parle pas de troubles de la personnalité, nous pouvons évoquer des perspectives pour ce travail dans le champs du conte thérapeutique. En effet, par l'allégorie, l'enfant perçoit, par similitudes, les possibilités de solutions de ses conflits internes sous une forme symbolique. Pour qu'un conte soit thérapeutique, la condition sinéquanone est qu'il soit à bonne distance du monde interne des enfants, ni trop aseptisé, éloigné, ni trop proche de leurs angoisses et inquiétudes. D'après Bruno Bettelheim, il semblerait que les enfants ayant grandi en écoutant des contes, s'en sortent mieux dans la vie, il explique encore que « *l'enfant trouve dans les contes un moyen de dépasser ses angoisses, qu'il y trouve sous une forme symbolique des suggestions sur la manière de traiter ses problèmes, de vivre ses ambivalences et sur comment s'acheminer en sécurité vers la maturité* »[25]. Bruno Bettelheim souligne ainsi que le symbolisme est un outil thérapeutique auquel les enfants ont facilement et rapidement accès.

[24] [J. Miermont](#) *Thérapies familiales et psychiatrie, Ann.Méd.Psychol., Volume 168, Issue 1, February 2010, Pages 75–83*

[25] [B. Bettelheim](#) *psychanalyse des contes de fées, Robert Laffont, Paris, 1976, p.19.*

Pour Solange Langenfeld Serranelli, les travaux de Milton Erickson, psychiatre américain, s'orientèrent sur une autre utilisation du conte : " *il créa des histoires personnalisées centrées sur la problématique spécifique d'une personne et les utilisa pour des adultes. Erickson avait pour caractéristique de raconter sans cesse des anecdotes à ses clients pour les aider à dépasser leurs problèmes. Il a mis en évidence que, souvent, raconter une histoire imagée présentant une analogie avec le problème d'une personne, l'aidait beaucoup plus efficacement que de longs discours faisant appel à sa raison. Ses travaux furent à l'origine du développement et de la popularisation du conte en tant que technique thérapeutique pour les adultes*" [26]. Erickson fut l'instigateur de ce que l'on appela alors "*métaphore ou allégorie thérapeutique*". Dans son sillage, de nombreux psychothérapeutes ont étudié et développé sa technique devenue une méthode de soins à part entière. En hypnose Eriksonnienne, cela pourrait être employé pour le repérage de champs lexicaux et figures de style employés par les patients de sorte que l'utilisation de métaphores dans les suggestions hypnotiques soit la plus personnalisée, ce qui fût déjà l'objet de travaux de Hammond et de Melchior. En effet, l'hypnose Ericksonnienne, se caractérise, entre autres choses, par l'emploi de suggestions indirectes fondées d'après A. Santarpia sur "*les métaphores linguistiques du corps* : « *Tu peux te réveiller en tant que personne... mais il n'est pas nécessaire que tu te réveilles en tant que corps* », « *Tu peux te réveiller quand ton corps se réveille... mais sans que tu reconnaisse ton corps* » . On trouve encore « *Maintenant, naturellement, le premier pas à fondre les jambes... et... à fondre les mains* »[19] . Nous ne pouvons qu'imaginer que notre étude trouvera un écho auprès de ces thérapeutes, en espérant qu'elle puisse constituer, pour eux, une source d'inspiration.

[19] A. Santarpia & al, *Ann.Méd.Psychol, revue psychiatrique, Volume 164, Issue 6, Août 2006, Pages 476-85*

[26] [Solange Langenfeld Serranelli Les contes au coeur de la thérapie infirmière 2007, Pages 7–13](#)

V CONCLUSION

Ainsi, cette étude constitue une base de travail pour la création d'un outil simple, d'une nouvelle grille de lecture pour le clinicien sensibilisé. Il s'agissait de proposer un nouvel outil encore largement à explorer, difficile à rationaliser mais riche de potentialités cliniques et thérapeutiques. Les résultats offrent, en effet, des pistes de recherches et de théorisations dans différentes disciplines connexes à la psychiatrie. Il s'agit de considérer les figures de style comme des signes cliniques du discours du patient et de les intégrer dans la réflexion clinique comme une aide au diagnostic de personnalité ou de structure ainsi qu'à la prise en charge psychothérapeutique de ces patients.

VI BIBLIOGRAPHIE

- [9] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington DC; 2000.
- [4] ATALA, L'analyse syntaxique de l'oral: problèmes et méthode. Manuscrit auteur, publié dans "journée d'étude : "méthodes et outils pour l'évaluation des analyseurs syntaxiques"; Paris : France (2004)"
- [14] Bacry P. Les figures de style, Belin (Paris) 1992
- [25] B. Bettelheim psychanalyse des contes de fées, Robert Laffont, Paris, 1976, p.19.
- [8] Biéder J., troubles du langage chez des patients dits schizophrènes. Ann. Méd. Psychol., 2000, 158, no 5 p. 419-423
- [2] Marion Blondel et Laurice Tuller, « La recherche sur la LSF : un compte rendu critique », Recherches linguistiques de Vincennes , numéro 29; 2000
- [27] Borst A, le langage chez les schizophrènes. Ann.Méd.Psychol., 1976; 134, I: 1-15
- [1] André BRETON manifeste du surréalisme Editions du Sagittaire Paris 1924
- [10] Broad RD, Bar A. Personality correlates of communication disorders as revealed by projective assessment and verbal expression. Folia Phoniatr (Basel) 1973;25:405-15.
- [11] Deleau M., Guehenneuc K., Le Sourn S., Ricard M. ; Clairvoyance conversationnelle et théorie de l'esprit. In: Enfance. Tome 52 n°3, 1999. pp. 238-247.
- [18] Diatkine R., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent; 1985 PUF, p.654
- [6] A.Féline, JD. Guelfi, P.Hardy les troubles de la personnalité. Flammarion Médecine-Sciences éd., Paris, 2002.
- [33] J.G Ganascia
- [13] Gori R., Védie C., Schepens P., Rhétorique psychiatrique, ambiguïté linguistique et occultation du sujet. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 159, Issue 8, Pages 583-588

- [12] Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69:533-45.
- [15] Jackiewicz A. Relations intersubjectives dans les discours rapportés TAL. Volume 47 – n° 2/2006, pp 65- 87
- [16] Jakobson R., « Closing statements : Linguistics and Poetics », *Style in langage*, T.A. Sebeok, New-York, 1960. Pour la traduction de Ruwet N.: « Linguistique et poétique », *Essais de linguistique générale*, Editions de Minuit , Paris ; 1963
- [23] J. Lacan "le problème du style et les motifs du crime paranoïaque" *le Minotaure*, 1933
- [22] J.Lacan; ouverture de *Les Ecrits*, Le Seuil, Paris 1966
- [26] [Solange Langenfeld Serranelli](#) [Les contes au coeur de la thérapie infirmière](#) 2007, Pages 7–13
- [5] G Lantéri-Laura; *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* Volume 160, Issue 1, February 2002, Pages 43–53
- [24] [J. Miermont](#) Thérapies familiales et psychiatrie, [Ann.Méd.Psychol.](#), [Volume 168, Issue 1](#), February 2010, Pages 75–83
- [31] Pervin LA, John OP. *La personnalité: De la théorie à la recherche*. De Boeck Supérieur; 2004.
- [20] Porge É., « Lire, écrire, publier : le style de Lacan » , *Essaim*, 2001/1 no7, p. 5-38.
- [28] Rabatel A. , « Les verbes de perception en contexte d'effacement énonciatif : du point de vue représenté aux discours représentés » , *Travaux de linguistique*, 2003/1 no46, p. 49-88.
- [17] Ramsay RW. Speech patterns and personality. *Lang Speech* 1968;11:54-63.
- [3] Reboul O. "Introduction à la rhétorique".Paris, PUF; 1991; p121
- [19] A. Santarpia & al, *Ann.Méd.Psychol, revue psychiatrique*, Volume 164, Issue 6, Août 2006, Pages 476-85
- [29] Shedler J, Westen D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004;161:1350-65.

[2] Sperry *. Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorders.

Routledge; 2003.

[21] Rémi Tevissen [L'Évolution Psychiatrique Volume 70, Issue 2](#), April–June 2005, Pages 271–281

[30] Waintraub L. ; [De Bonis M.](#) ; [Allilaire J.-F.](#) ; [Guelfi J.-D.](#) ; [FelineA.](#); Ann. Méd.

Psychol.1999, vol. 157, no1, pp. 51-57

[32] R.Zumbrunnen

ANNEXES:

Petite liste (non exhaustive) des figures de style:

Allégorie (féminin) : Figuration d'une abstraction (exemples : l'Amour, la Mort) par une image, un tableau, souvent par un être vivant.

Allitération (féminin) : C'est la répétition de sons identiques. À la différence de l'assonance, le terme « allitération » est réservé aux répétitions de consonnes.

Amplification (féminin) : L'amplification se fonde sur une gradation entre les termes d'une énumération ou dans la construction d'un paragraphe.

Anacoluthie (féminin) : L'anacoluthie est une rupture de construction.

Analepse (féminin) : En narratologie, c'est un retour sur des événements antérieurs au moment de la narration.

Anaphore (féminin) : Une anaphore est un procédé qui consiste à commencer par le même mot les divers membres d'une phrase.

Antanaclase (féminin) : Une antanaclase est la reprise d'un même mot avec un sens différent. Exemple : « Le cœur a ses raisons que la raison ne connaît point. » (Blaise Pascal, Pensées, XXVIII)

Antiphrase (féminin) : Procédé qui consiste à exprimer une idée par son contraire. L'ironie repose souvent sur l'antiphrase.

Antithèse (féminin) : Une antithèse est un procédé qui consiste à rapprocher deux pensées, deux expressions, deux mots opposés pour mieux faire ressortir le contraste.

Antonomase (féminin) : C'est une figure par laquelle on remplace un nom commun par un nom propre, et vice-versa. Exemple : « un Harpagon », pour désigner un avare, est une antonomase. C'est aussi le cas lorsqu'on remplace un nom par une périphrase : « la capitale de la France » pour désigner « Paris ».

Aposiopèse (féminin) : Une aposiopèse (ou **réticence**) est une rupture dans la suite attendue des enchaînements de la phrase. L'aposiopèse ne doit pas être confondue avec la suspension qui n'interrompt pas mais retarde « vers la fin de l'énoncé l'apparition d'une partie essentielle de l'énoncé. » (Source : G. Mounin, Dictionnaire de la linguistique, cité par le Dictionnaire International des Termes Littéraires)

Assonance (féminin) : C'est la répétition d'une même voyelle dans une phrase ou un vers. Exemple dans Poèmes saturniens de Verlaine (« Mon rêve familial ») : « Je fais souvent ce rêve étrange et pénétrant [...] ».

Asyndète (féminin) : C'est la suppression des particules de coordination dans l'ordre grammatical ou sémantique. La parataxe est, quant à elle, une forme d'asyndète qui consiste à juxtaposer deux propositions qui devraient être unies par un rapport syntaxique de subordination.

Catachrèse (féminin) : C'est une figure qui consiste à employer un mot par métaphore. pour désigner un objet pour lequel la langue n'offre pas de terme propre. On dit couramment que la catachrèse est une métaphore lexicalisée. Exemple : « les pieds d'une table », « les bras d'un fauteuil » ou encore « les ailes d'un avion ».

Chiasme (masculin) : On dit qu'il y a chiasme lorsque des termes sont disposés de manière croisée, suivant la structure A-B-B-A.

Comparaison (féminin) : Une comparaison est une mise en relation de deux termes à l'aide d'un terme comparant (comme, tel, semblable à, etc.).

Ellipse (féminin) : Une ellipse consiste à omettre volontairement certains éléments logiquement nécessaires à l'intelligence du texte. En narratologie, l'ellipse passe sous silence des événements, ce qui accélère considérablement la narration.

Emphase (féminin) : L'emphase désigne tout ce qui permet de renforcer une image, une idée.

Énallage (féminin) : Une énallage est une figure qui consiste à employer une forme autre que celle qu'on attendait. Il peut s'agir d'un échange de pronom personnel, de mode, de temps ou d'un genre à la faveur d'un autre.

Euphémisme (masculin) : L'euphémisme est une figure très connue qui consiste à remplacer une expression littérale (idée désagréable, triste) par une forme atténuée, adoucie. Exemple canonique : « Il a vécu. » pour « Il est mort ».

Hypallage (féminin) : Une hypallage est une figure qui attribue à certains termes d'un énoncé ce qui devrait logiquement être rattaché à d'autres termes de cet énoncé. Exemple dans Phèdre de Racine (Acte IV, scène 1) : « Phèdre mourait, Seigneur, et sa main meurtrière / Éteignait de ses yeux l'innocente lumière. » (pour « la lumière de ses yeux innocents »).

Hyperbole (féminin) : Comme l'euphémisme, l'hyperbole est une figure très connue. Elle consiste à mettre en relief une idée au moyen d'une expression exagérée. L'hyperbole est donc une exagération exprimée par l'accumulation, par l'emploi d'intensifs ou par l'emploi de mots excessifs. Ainsi, la phrase « Je meurs de faim » est une hyperbole.

Hypotypose (féminin) : L'hypotypose est une figure qui se fonde sur l'animation d'une description et qui est destinée généralement à faire voir au lecteur quelque chose. L'hypotypose permet de se représenter une scène ou un objet.

Ironie (féminin) : L'ironie est une figure très courante qui consiste à affirmer le contraire de ce que l'on veut faire entendre. L'ironie repose essentiellement sur l'antiphrase, l'hyperbole ou encore l'emphase.

Litote (féminin) : Une litote consiste à dire moins pour suggérer davantage. La litote s'oppose à l'euphémisme. Exemple : l'énoncé « Il n'est pas laid. » pour dire « Il est beau. » est une litote.

Métaphore (féminin) : Selon C. Perelman, « la métaphore n'est qu'une analogie, Ressemblance, association. condensée, grâce à la fusion du thème, Ce dont on parle. et du phore, Comparant.. [...] » Une métaphore est filée ou continuée quand elle est développée dans un texte.

Métonymie (féminin) : La métonymie consiste à désigner un objet ou une idée par un autre terme que celui qui lui convient. La compréhension se fait grâce à une relation de cause à effet entre les deux notions (exemple : « boire la mort » pour « boire le poison »), ou de contenant à contenu (exemple : « boire un verre » pour « boire le contenu d'un verre ») ou encore de partie à tout (exemple : « une lame » pour dire « une épée »).

Oxymore (masculin) : L'oxymore est une alliance de mots dont le rapprochement est inattendu. L'oxymore fait coexister deux termes de sens contraires à l'intérieur d'un même syntagme (Groupe de mots formant une unité par son sens et par sa fonction, à l'intérieur de la phrase.)

Parataxe (féminin) : La parataxe est l'absence de subordination entre les propositions.

Paronomase (féminin) : Une paronomase consiste à employer côte à côte des mots dont le sens est différent, mais le son à peu près semblable. Exemples : « Qui vivra verra. » ou encore « Tu parles, Charles ! ». La paronomase utilise des paronymes (des mots qui se ressemblent par leurs sons).

Personnification (féminin) : La personnification attribue à une chose abstraite les propriétés d'un être animé (homme, animal).

Polyptote (masculin) : Un polyptote consiste à employer plusieurs formes grammaticales (genre, nombre, personnes, modes, temps) d'un même mot, dans une phrase. Exemple: « Tel est pris qui croyait prendre. »

Prétérition (féminin) : C'est lorsqu'on affirme passer sous silence une chose dont on parle néanmoins.

Stichomythie (féminin) : La stichomythie est la partie du dialogue, au théâtre, où les interlocuteurs se répondent vers pour vers. C'est en fait la succession de répliques de même longueur.

Synecdoque (féminin) : La synecdoque est le fait d'assigner à un mot un sens plus large ou plus restreint qu'il ne comporte habituellement. Exemple canonique : « Acheter un vison » pour « Acheter un manteau fait en peau de vison ».

L'article soumis aux Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique:

Comparaison de l'emploi des figures de style dans différents types de troubles de la personnalité: Etude préliminaire

Comparative use of rhetorical figures in different types of personality disorder : preliminary study

Joachim GETZEL[1]; Pr Pierre THOMAS[2]; Pr Pierre DELION[3]; Pr Olivier COTTENCIN[4];
Dr Benjamin ROLLAND[5]

[1] interne CHRU LILLE, F-59037 Lille, France; joachimgetzel@gmail.com

[2] Service médico-psychiatrique régional CHRU LILLE; pierre.thomas@chru-lille.fr

[3] Service de pédopsychiatrie Hopital Fontan CHRU LILLE, F-59037 Lille, France;
pierre.delion@chru-lille.fr

[4] Service d'addictologie Hopital Calmette CHRU LILLE, F-59037 Lille, France ;
olivier.cottencin@chru-lille.fr

[5] Service d'addictologie Hopital Calmette CHRU LILLE, F-59037 Lille, France;
benjamin.rolland@chru-lille.fr

Nombre de mots: 2580

Number of words: 2580

Mots-clefs MeSH: troubles de personnalité, langage

MeSH Keywords: personality disorders, language

RESUME

Les troubles de la personnalité sont caractérisés par des troubles du fonctionnement affectif rejaillissant sur la communication. Bien que le diagnostic de trouble de personnalité soit clinique, très peu de travaux ont étudié comment le fonctionnement du sujet était perceptible dans la forme de son discours. Nous faisons l'hypothèse que l'emploi des figures de styles chez les patients atteints de troubles de personnalité diffère en fonction de leur trouble. Nous avons quantifié et comparé les différents types de figures de styles employés par des patients répartis au sein des trois principaux clusters de troubles de personnalité. Nous avons classé les figures de styles en 6 groupes basés sur les hypothèses de communication de Jakobson. Des profils d'utilisation singuliers de ces fonctions de communication se dégagent pour chacun des clusters de personnalités, sans que des différences significatives n'aient pu être mises en évidence dans cet échantillon de petite taille. Ce nouvel outil clinique à l'attention des thérapeutes, ouvre néanmoins de vastes perspectives dans différents champs de recherches liées à la psychiatrie et aux psychothérapies de patients souffrant de troubles de la personnalité.

ABSTRACT:

Personality disorders, which are believed to concern between 6 to 10% of the general population, are a daily concern for practitioners. Although this is rarely the reason for consultation, it remains an important factor in the future therapeutic relationship and its management. In order to improve and provide a more accurate diagnosis, we have analyzed the transcripts of 15 psychiatric interviews, searching for recurring figures of speech in each type of personality disorder, in an attempt to find out if they provide us with a characteristic pattern of expression, according to each trouble. We have established a link between the figures of speech and their influence in the communication process, using a tool for clinical analysis, namely Roman Jakobson's linguistic theory of communication functions. The findings tend to show

disparities between the various functions of language within each cluster of personalities, thus establishing a communication pattern specific to each personality type .

A different distribution of figures of speech has been found in each cluster and along gender lines. This new and simple clinical tool which is meant to be used by knowledgeable practitioners, opens up new opportunities in various fields of research in different areas such as psychiatry and psychotherapy dealing with personality disorders.

1.INTRODUCTION

La personnalité d'un individu se caractérise par un ensemble de traits de caractères restant stables dans le temps et rendant partiellement compte du comportement du sujet, en particulier sur le plan relationnel [1]. On définit l'existence d'un trouble de la personnalité (TP) lorsque ces traits de caractères exposent un individu à une inadaptation sociale récurrente ainsi qu'aux conséquences psychologiques qui en découlent [2]. Les TP rentrent dans le cadre de l'axe II de la classification DSM-IV, au sein de laquelle ils se subdivisent en trois clusters: cluster A (personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques) cluster B (personnalités histrioniques, antisociales, narcissiques et borderline) et cluster C (personnalités obsessionnelles-compulsives, dépendantes et évitantes) [3]. Les TP sont des troubles très fréquents, puisque le seul TP de type borderline pourrait concerner à lui-seul près de 6% de la population générale [4]. Toutefois, la complexité et l'hétérogénéité clinique des TP est telle que les critères nosographiques actuels semblent insuffisants pour les décrire et les catégoriser de manière satisfaisante, et que certains auteurs ont plaidé pour des recherches basées sur une approche empirique permettant d'enrichir la description clinique et la nosologie des TP [5].

Dans la mesure où les TP sont liés à une perturbation des interactions sociales, ils impliquent l'existence de troubles de la communication avec autrui, et donc de certaines particularités dans le discours du sujet [6]. Il a en effet été très tôt démontré que la personnalité présentait des modes d'expression se retrouvant dans la forme même du discours [7]. Toutefois, à notre connaissance, une approche centrée sur la forme du discours n'a jamais été proposée comme outil sémiologique pouvant avoir un intérêt dans la catégorisation nosologique des TP.

La figure de style est un procédé du discours produisant ou cherchant à produire un effet particulier sur celui à qui l'on s'adresse [8]. La figure de style est donc un élément du discours souvent porteur

d'une valeur de communication additionnelle à celle de l'idée exprimée, et qui peut être d'éléments propres de l'histoire et de la personnalité d'un sujet[9].

Nous faisons donc l'hypothèse que les figures de style peuvent être des outils permettant une catégorisation clinique des TP. Pour cela, nous proposons de classifier les différentes figures de style selon un nombre restreint de fonctions de communication.

Nous avons pour cela fait le choix d'utiliser la classification proposée le linguiste Roman JAKOBSON, qui isole 6 grandes fonctions de communications dans le langage humain[10].

Les fonctions du langage sont les suivantes :

- La **fonction expressive** :expression des sentiments du locuteur, met l'accent sur le locuteur, ou émetteur, en soulignant ses émotions, son investissement personnel, affectif ou psychologique dans ce qu'il dit (par exemple dans un poème, une lettre intime, etc.);
- La fonction conative** :fonction relative au récepteur, met l'accent sur le destinataire (récepteur), en cherchant à le contraindre à dire ou à faire quelque chose. La fonction conative est également appelée fonction impressive et fonction appellative;
- La **fonction phatique** :mise en place et maintien de la communication;
- La **fonction référentielle** :le message renvoie au monde extérieur;
- La **fonction métalinguistique** :le code lui-même devient objet du message, Le message est centré sur le langage. Le langage sert à parler de lui-même.;
- La **fonction poétique** :la forme du texte devient l'essentiel du message, Le message est centré sur lui-même, sur sa forme esthétique. Le langage joue sur son propre code.

Après avoir réparti les différentes figures de style au sein de cette classification, nous avons analysé la forme du discours de patient atteints de TP, et en fonction du cluster diagnostique (A, B ou C), nous avons mesuré si des patterns particuliers à chaque type de TP pouvait être retrouvés[11].

2. MATERIELS ET METHODES

Sujets:

15 sujets, 6 hommes et 9 femmes, âgés de 18 à 64 ans, consultant tous dans le cadre d'une première demande en psychiatrie dans un centre médico-psychologique d'un secteur de psychiatrie entre les mois de Novembre 2011 et de Janvier 2012. Tous avaient un diagnostic de trouble de la personnalité (critères DSM-IV) sans trouble de l'axe 1, ni trouble addictif associé.

L'inclusion a été effectuée après vérification des critères d'inclusion et d'exclusion; Nous avons recueilli auprès des sujets un consentement écrit préalable à l'enregistrement de l'entretien, conformément aux règles de la CNIL, ainsi qu'à la loi du 06 Janvier 1978 sur la recherche biomédicale. les patients ayant exprimé un refus de participation après information, les patients avec antécédents neurologiques, ou sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue, les mineurs ou incapables majeurs, et les personnes en soins sans consentement ou en soins ordonnés.

Diagnostic psychiatrique

Le diagnostic psychiatrique de TP et la classification en cluster A, B ou C a été établi au début du premier entretien, en suivant les critères de la classification DSM-IV[3].

Enregistrement des données

Lors de l'entretien, un enregistrement de 30 minutes est réalisé à l'aide d'un dictaphone numérique. Les données contenues dans cet enregistrement maintiennent l'anonymat du patient. Secondairement, chaque enregistrement fait l'objet de trois écoutes successives. Une première écoute permettant de suivre les grandes lignes de l'entretien, de s'assurer de son intégralité, ainsi que ses moments-clefs. La seconde écoute permettait la retranscription écrite exhaustive. La troisième écoute permettait de vérifier l'exactitude de la retranscription ainsi que la cohérence globale du discours.

Constitution des groupes

Les patients inclus ont donc été répartis , suivant les signes cliniques présentés, en trois groupes correspondants aux trois Clusters de personnalités. Cinq patients ont été répartis dans chaque cluster de personnalités, une fois les diagnostics portés.

Trois groupes de 5 patients (2 hommes et 3 femmes) ont été constitués, chacun correspondant aux trois Clusters de personnalités, selon les critères diagnostiques du DSM-IV (réf):

Le Cluster A correspond aux personnalités excentriques et bizarres (personnalités paranoïaque, schizoïde, schizotypique);

le Cluster B aux personnalités dramatiques et émotionnelles (personnalités antisociales, borderline, histrioniques, narcissiques);

le Cluster C aux personnalités anxieuses (personnalités évitantes, obsessionnelles, compulsives, dépendantes).

Classement des figures de style

Nous avons effectué une analyse linéaire de chaque retranscription d'entretien à la recherche de figures de style. Chaque entretien a été réécouté pour cela trois fois. Une liste restreinte à 30 figures de style a été utilisée (cf. Fig.1). Celles-ci sont classées suivant leur principe de base jouant sur le sens des mots, la place des mots, leurs sonorités, la syntaxe, le discours. A l'intérieur de cette classification elles sont distinguées suivant leur procédé stylistique: analogie, opposition, substitution, insistance, etc...

Le nombre d'apparition de chacune des 30 figures de style a été noté pour chaque patient

L'usage préférentiel de telle ou telle figure de style influe de manière directe sur les différentes composantes, au sens linguistique, de l'opération de communication. En effet, on observe pour certaines, une fonction d'encodage à destination du thérapeute (personnifications, allégories, images). D'autres font référence à un contexte, un symbole, une allusion (prosopopées, clichés, métonymies, métaphores, comparaisons). Certaines n'ont de visée que relationnelle, de maintien d'un contact (questions rhétoriques).

Nous avons donc établi une correspondance entre les figures de style et leur fonction communicative. Ce choix impose en revanche que chaque figure ne puisse être impliquée que dans une seule opération du processus de communication.

Le tableau suivant décrit la répartition des figures de style suivant leur fonction dans l'opération de communication, ainsi que pour chaque fonction, des exemples, illustrations tirés des enregistrements.

- INSERER FIGURE 1 ICI -

Analyse statistique

La moyenne des occurrences de figures de style au sein de chacune des 6 fonctions de communication a été comparée entre les trois groupes à l'aide du test non-paramétrique de Kruskal-Wallis.

III. RESULTATS

Les résultats de notre étude sont résumés au niveau de la figure 2.

Chez les sujets du groupe A, les figures de style employées jouent principalement sur les fonctions métalinguistiques 33 occurrences, Moyenne (M) de 6,6; Déviation Standard (DS) 0,72 et référentielle 31 occurrences, Moyenne 6,2; Déviation Standard 0,71 . Les fonctions expressives (M 2,2; DS 1,05) et phatiques (M 2,2; DS 0,75) sont bien moins exprimées avec 11 occurrences chacune, les fonctions conatives 5 occurrences, M 1, DS 0,63 et poétiques 4 occurrences, M 0,8; DS 0,89 très peu exprimées .

Dans le groupe B, les figures de style employées jouent principalement sur les fonctions Métalinguistiques, avec 27 occurrences, M 5,4; DS 0,75 , Expressives, avec 19 occurrences; M 3,8; DS 0,38 et Référentielles avec 22 occurrences; M 4,4; DS 0,67.

Enfin, pour sujets du groupe C, les figures de style employées jouent principalement sur les fonctions Phatiques, avec 31 occurrences, M 6,2; DS 0,95, Métalinguistiques, avec 24 occurrences, M 4,8; DS 0,87 et Référentielles, avec 15 occurrences; M 3; DS 0,71. Les fonctions conatives et poétiques sont presque inexistantes.

- INSERER FIGURE 2 ICI -

Malgré les différences observées, le test de Kruskal Wallis ne met pas en évidence de différence significative entre les trois groupes A, B et C, pour les 6 fonctions de communication étudiées, la fonction métalinguistique ($k=0,791$; $p=0,673$), la fonction référentielle ($k=2,132$; $p=0,344$) la fonction conative ($k=1,005$; $p=0,605$), la fonction poétique, ($k=2,034$; $p=0,362$), la fonction phatique ($k=2,077$; $p=0,354$) et la fonction expressive ($k=1,470$; $p=0,480$).

IV. DISCUSSION

Notre travail montre que la répartition des figures de style employées par les sujets varient en fonction du type de TP. A notre connaissance, il s'agit de la première étude recherchant de telles différences. Bien que celles-ci ne sont pas statistiquement significatives, probablement en raison du faible de nombre de patients ayant participé à l'étude, elles illustrent selon nous l'intérêt de notre effort de sémiologisation des figures de style.

Par ailleurs, il faut, dans nos résultats, s'intéresser à des différences qui pourraient être liées au sexe. Dans les sujets du cluster A, on constate une répartition très différente des fonctions de communication entre homme et femmes, alors que dans le cluster B, on note juste un léger écart entre les résultats des femmes et ceux des hommes.

Enfin, pour le cluster C, il existe un écart très important entre les sexes dans l'usage des différentes fonctions de communication.

Parmi les autres limites de notre étude, il faut évoquer les conditions d'enregistrement des données.

En effet, l'analyse du discours portait uniquement sur un premier entretien, situation au cours de laquelle on peut considérer que l'état émotionnel du sujet n'est pas forcément l'état normal. Par ailleurs, bien qu'il n'y ait pas de trouble de l'axe I du DSM-IV à l'inclusion, les patients n'ont pas été identifiés en fonction du motif de consultation. Enfin, le diagnostic de trouble de la personnalité était posé pendant l'entretien selon les critères DSM-IV évalués par le clinicien, et ces conditions de diagnostic peuvent être criticables. Malgré toutes ces limites, nos données doivent être interprétées comme une première tentative d'utiliser les figures du discours comme des éléments cliniques, ce qui revenait selon nous à débrouiller un terrain en friches.

La question de la valeur clinique de la figure de style se pose. Nous estimons que les psychiatres et psychologues qui rencontrent chaque jour des patients fondent une grande partie de leur analyse de ces derniers en se basant sur des éléments relatifs au discours, à son contenu, mais aussi à sa forme. Une liste restreinte à 30 figures de style a été utilisée. Les figures de style sont définies initialement pour l'écrit. Ce sont des vecteurs des discours poétiques et littéraires. C'est un outil pour l'auteur, utilisé de manière raisonnée et à certaines fins. .

L'analyse des entretiens de l'étude montre que les figures de styles employées par ces patients sont moins variées et nombreuses.

On peut donc émettre l'hypothèse suivante: les figures de style employées à l'orale, dans l'immédiateté et la spontanéité d'un entretien de première demande en psychiatrie sont restreintes. Le choix a donc été de limiter le nombre de celles-ci afin de permettre au clinicien d'avoir les outils nécessaires et suffisants à cette nouvelle grille de lecture.

Une même figure a-t-elle la même signification en fonction des troubles de personnalité? On remarque en effet que certaines figures de style sont utilisées dans les différents types de clusters de personnalités. Ce qui nous est apparu lors de cette étude, ce sont les proportions différentes

d'expression de ces figures de style en fonction des troubles de la personnalité. Ces données restent cependant à discuter: Les résultats de l'étude nous montrent que pour les patients du cluster A, ce sont les fonctions métalinguistiques et référentielles qui ressortent d'avantage. La fonction métalinguistique est incarnée par un langage quasi-poétique, parfois hermétique ou mystérieux, qui agit telle une invitation au dialogue ou à l'explication. Cela suscite le maintien de l'attention du thérapeute, et permet de créer un lien très fort avec l'interlocuteur dans une relation nécessitant la mise en œuvre de l'appareil psychique du thérapeute pour le décodage d'énoncés parfois très abstraits.

On observe également, que les figures de la fonction référentielle permettent d'établir une relation de connivence avec le thérapeute en faisant référence à un univers supposé commun.

Pour les patients du cluster B, c'est la fonction métalinguistique qui se démarque. C'est peut-être à mettre du côté des mécanismes relationnels inconscients propres à ces types de troubles de la personnalité, venant compléter un discours emphatique ou démonstratif, afin de maintenir l'attention du thérapeute.

Enfin, pour les patients du cluster C, ce sont les figures de la fonction phatique qui sont les plus représentées, notamment par les prosopopées. Le patient met ainsi le thérapeute à sa place, puisque soumis au même discours, en établissant de la sorte un lien fort. Il semble important à cet endroit de souligner certains aspects fondamentalement à l'œuvre dans le langage: l'intentionnalité et l'intersubjectivité. [9]

Tous les discours des patients ne sont pas porteurs des mêmes enjeux. Le langage est alors le lieu où le contenu peut être frustré là où le contenant est parlant: La figure de style peut en dire bien davantage, de même que les silences ou les ellipses par la suggestion incitent le clinicien à fantasmer. Outre le processus relationnel que cela constitue, la question de l'intention derrière ces procédés reste à poser, cela pourrait être l'objet d'un futur travail.

L'objectif de travaux ultérieurs serait de parvenir à affiner l'outil d'analyse clinique des praticiens,

ainsi que préciser certains aspects de la nosologie.

Il s'agit aussi de proposer un outil clinique, une grille de lecture supplémentaire dans l'arsenal du psychiatre. Ces figures de style s'avèrent facilement repérables par des cliniciens sensibilisés.

A notre connaissance, notre étude est le premier travail cherchant à mettre en lien la présence et la répartition des figures du discours avec des troubles de la personnalité. Certains auteurs avaient évoqué de tels liens, mais ne les avaient jamais étudiés précisément. René Diatkine par exemple, fait référence à "*la constance du champ phatique*" dans le discours des enfants s'opposant à "*la constance du champ noétique (ou champ de la connaissance)*"[12]. Il semble, dans cet extrait, s'intéresser aux fonctions de communication dans l'interaction sociale comme en opposition avec le champ de la connaissance, des signifiés. Cela converge avec l'idée évoquée plus haut de l'interaction sociale et de ses processus communicationnels comme porteurs, en leur sein, d'un message, d'un contenu clinique. Nous nous trouvons donc face à une clinique se situant à la limite du verbal et du non-verbal. Cependant, Diatkine n'établit pas de lien avec les éléments du discours qui pourraient concourir à cette fonction.

L'une des principales difficultés de notre travail consistait donc à établir une jonction fiable entre les figures de style et les éléments de communications qu'elles sont censées sous-tendre. Nous avons donc fait le choix de répartir des figures de styles par fonction de communication en utilisant la classification de Jacobson. La difficulté résidait dans l'approche des figures de style en tant qu'objet littéraire, comme expériences subjectives tant du côté du patient que de celui du thérapeute. Ce choix peut être discuté, puisqu'il influe et détermine les résultats statistiques obtenus, mais il s'agit ici d'un travail préliminaire.

Ce travail préliminaire ouvre des perspectives dans différents champs de recherches. Tout d'abord, en linguistique, cela rejoint certains travaux en sémiotique, en psycholinguistique, ainsi qu'en linguistique computationnelle (informatique).

Détailler les aspects cliniques du langage, permet d'établir des passerelles entre différentes grilles de lectures psychopathologiques et ainsi, pourquoi pas influencer différents types de psychothérapies. On peut y trouver des perspectives en cognitivisme et en psychologie cognitive concernant la théorie de l'esprit et l'intersubjectivité[9].

Dans le domaine de la psychanalyse cette étude ouvre des champs de réflexions concernant l'observation et la compréhension précoce de la mise en place du transfert dans la relation thérapeutique. Ainsi que pour l'analyse des contre-attitudes de l'analyste[13].

En thérapies systémiques et familiales cette étude autour des figures de style employées pourrait être utilisée comme un outil supplémentaire dans le système étudié. Elle pourrait également permettre la décortication d'outils existants qui n'ont pas été initialement théorisés autour des figures de style. On peut aussi imaginer la création de nouveaux outils thérapeutiques se fondant sur les champs lexicaux et figures de style employés par les patients.

En hypnose Eriksonienne, cela pourrait être employé pour le repérage de champs lexicaux et figures de style employés par les patients de sorte que l'utilisation de métaphores dans les suggestions hypnotiques soit la plus personnalisée, ce qui fût déjà l'objet de travaux de Hammond et de Melchior.

CONCLUSION:

Ainsi, cette étude constitue une base de travail pour la création d'un outil simple, d'une nouvelle grille de lecture pour le clinicien sensibilisé. Il s'agissait de proposer un nouvel outil encore largement à explorer, difficile à rationaliser mais riche de potentialités cliniques et thérapeutiques.

Les résultats offrent, en effet, des pistes de recherches et de théorisations dans différentes disciplines connexes à la psychiatrie. Il s'agit de considérer les figures de style comme des signes cliniques du discours du patient et de les intégrer dans la réflexion clinique comme une aide au diagnostic de personnalité ou de structure ainsi qu'à la prise en charge psychothérapeutique de ces patients.

Conflits d'intérêts: Aucun

BIBLIOGRAPHIE

[3] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington DC; 2000.

[8] Bacry P. Les figures de style, Belin (Paris) 1992

[2] Biéder J., troubles du langage chez des patients dits schizophrènes. Ann. Méd. Psychol., 2000, 158, no 5 p. 419-423

[19] Borst A, le langage chez les schizophrènes. Ann.Méd.Psychol., 1976; 134, I: 1-15

[4] Broad RD, Bar A. Personality correlates of communication disorders as revealed by projective assessment and verbal expression. Folia Phoniatr (Basel) 1973;25:405-15.

[5] Deleau M., Guehenneuc K., Le Sourn S., Ricard M. ; Clairvoyance conversationnelle et théorie de l'esprit. In: Enfance. Tome 52 n°3, 1999. pp. 238-247.

[12] Diatkine R., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent; 1985 PUF, p.654

[7] Gori R., Védie C., Schepens P., Rhétorique psychiatrique, ambiguïté linguistique et occultation du sujet. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 159, Issue 8, Pages 583-588

[6] Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA,

Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69:533-45.

- [9] Jackiewicz A. Relations intersubjectives dans les discours rapportés TAL. Volume 47 – n° 2/2006, pp 65- 87
- [10] Jakobson R., « Closing statements : Linguistics and Poetics », *Style in langage*, T.A. Sebeok, New-York, 1960. Pour la traduction de Ruwet N.: « Linguistique et poétique », *Essais de linguistique générale*, Editions de Minuit , Paris ; 1963
- [1] Pervin LA, John OP. La personnalité: De la théorie à la recherche. De Boeck Supérieur; 2004.
- [13] Porge É., « Lire, écrire, publier : le style de Lacan » , *Essaim*, 2001/1 no7, p. 5-38.
- [14] Rabatel A. , « Les verbes de perception en contexte d'effacement énonciatif : du point de vue représenté aux discours représentés » , *Travaux de linguistique*, 2003/1 no46, p. 49-88.
- [11] Ramsay RW. Speech patterns and personality. *Lang Speech* 1968;11:54-63.
- [15] Reboul O. "Introduction à la rhétorique".Paris, PUF; 1991; p121
- [16] Shedler J, Westen D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004;161:1350-65.
- [2] Sperry *. *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorders*. Routledge; 2003.
- [18] Waintraub L. ; [De Bonis M.](#) ; [Allilaire J.-F.](#) ; [Guelfi J.-D.](#) ; [FelineA.](#); *Ann. Méd. Psychol.* 1999, vol. 157, no1, pp. 51-57

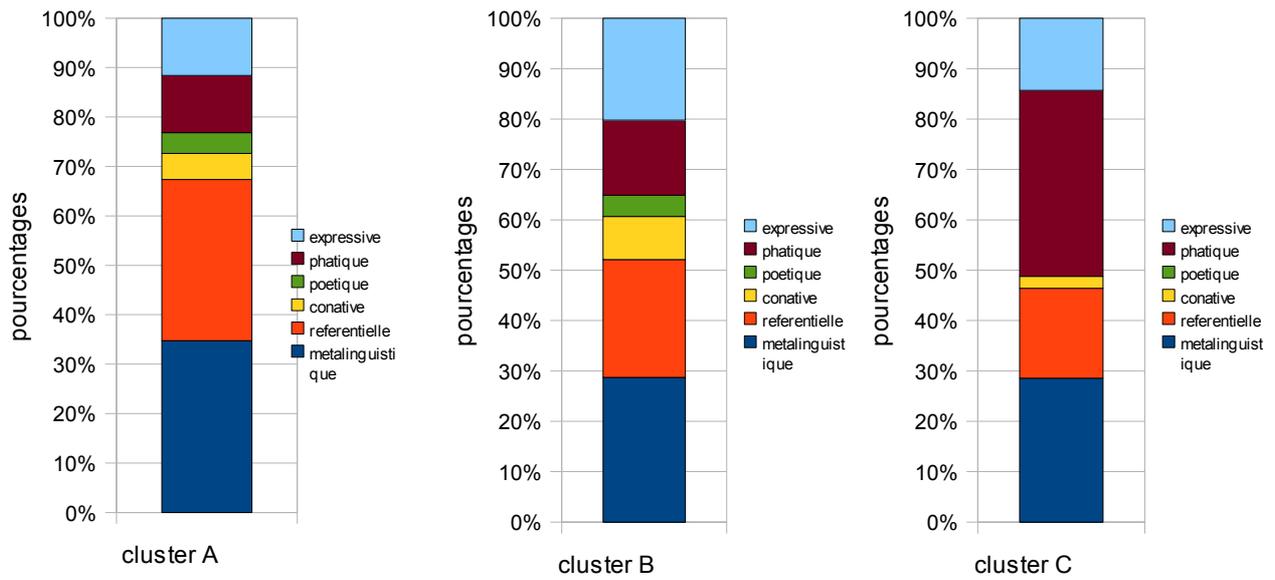
Figure 1.

Répartition des figures de style analysées au sein de la classification de Roman JAKOBSON:

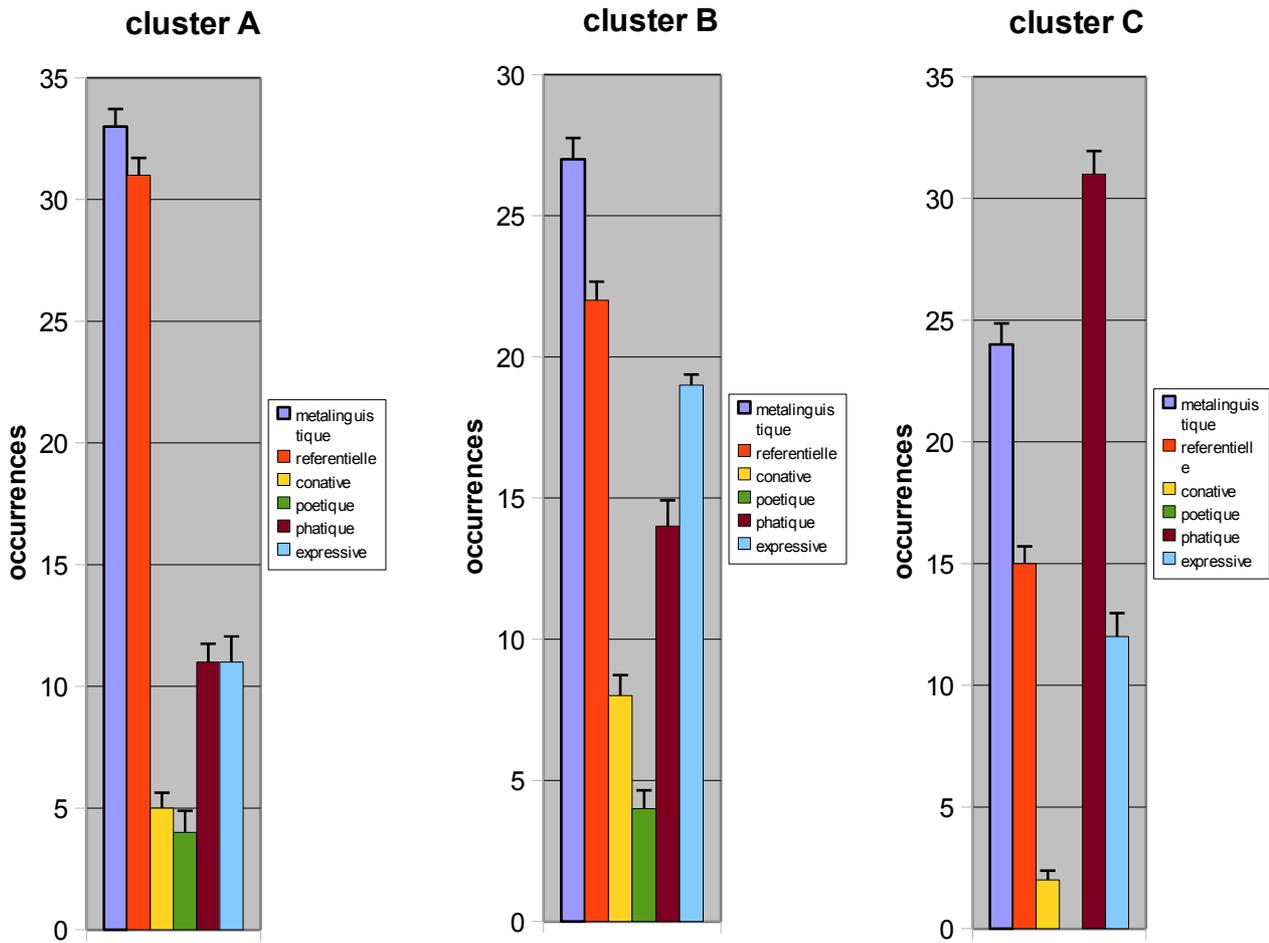
	Fonction de communication (classification de JACKOBSON)	Figures de styles	Exemples
1	métalinguistique	allégorie image personnification oxymore symbole	"fil conducteur", "organiser mes pensées autour d un seul truc" "j'étais noyée", "je suis en reconstruction" "en dents de scie", "ravive un traumatisme", " je voudrais que les choses bougent"
2	référentielle	Métonymie catachrèses métaphores comparaison cliché synecdoque allusion	"sortir un peu de cette impasse " "comme si j avais une angoisse de la tete", "comme si on me tirait les cheveux " "il y a une sorte de mur entre nous" "il y a 1100 couverts"
3	phatique	prosopopées prétérition ellipse	"le médecin me disait: " il faut que vous soyez positif""
4	expressive	épiphores anaphores antithèse accumulation hyperbole épanalepse litote	"ça va pas", "j'arrive pas", "je veux dire"; "c'est à dire" "j'ai complètement pété les plombs"
5	poétique	Chiasme anacoluthie homeotéleute zeugme paronomase épanadiplose hypallage	"une perte dans ma vie personnelle et d'emploi" "Scientifiquement c'est une bouffée délirante aigue, mais réalistement, c'est une dépression"
6	conative	Question rhétorique	"ça sert à quoi de toute façon?", "pourquoi je ferais l'effort?" "qu'est-ce que vous en pensez, vous?"

Figure 2

Les fonctions de communication au sein des clusters de personnalités:



Les fonctions de communication au sein des clusters de personnalités:



AUTEUR : Nom GETZEL

Prénom Joachim

Date de Soutenance : 24 Octobre 2012

Titre de la Thèse : Les figures de style dans le discours des patients en psychiatrie, ou le manque du mot

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : D.E.S Psychiatrie

Mots-clés : langage, trouble de la personnalité, figure de style, psychothérapie, relation thérapeutique

Résumé : La variété des modalités de l'expression de la souffrance des patients au quotidien dans les soins, nous amène à nous questionner sur les différents procédés communicationnels utilisés par ceux-ci, conscients ou pas. Nous avons choisi pour illustrer cela l'exemple des troubles de la personnalité, qui sont caractérisés par des troubles du fonctionnement affectif rejaillissant sur la communication. Bien que le diagnostic de trouble de personnalité soit clinique, très peu de travaux ont étudié comment le fonctionnement du sujet était perceptible dans la forme de son discours. Nous faisons l'hypothèse que l'emploi des figures de style chez les patients atteints de troubles de personnalité diffère en fonction de leur trouble. Nous avons quantifié et comparé les différents types de figures de styles employés par des patients répartis au sein des trois principaux clusters de troubles de personnalité. Nous avons classé les figures de styles en 6 groupes basés sur les hypothèses de communication de Jacobson. Des profils d'utilisation singuliers de ces fonctions de communication se dégagent pour chacun des clusters de personnalités, sans que des différences significatives n'aient pu être mises en évidence dans cet échantillon de petite taille.

De plus, cet outil permet l'analyse précoce des mécanismes relationnels en jeu dès le premier entretien avec le patient. Ce nouvel outil clinique à l'attention des thérapeutes, ouvre néanmoins de vastes perspectives dans différents champs de recherches liées à la psychiatrie et aux psychothérapies, des patients souffrant de troubles de la personnalité.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Pr Pierre THOMAS

**Assesseurs: Monsieur le Pr Pierre DELION
Monsieur le Pr Olivier COTTENCIN
Monsieur le Dr Benjamin ROLLAND**

