

**CORPS ET ÉVALUATION DE PSYCHOTHÉRAPIES : UN RÊVE A  
REALISER<sup>1</sup>  
BODY AND EVALUATION OF PSYCHOTHERAPY : A DREAM TO COME**

**Michel Heller\***  
RÉSUMÉ

Utiliser des indices corporels pour évaluer un processus psychothérapeutique est un vieux rêve qui peut bientôt se transformer en un outil réel, pourvu que nous apprenions (a) à penser d'une façon qui permette d'utiliser cet outil, et (b) que les dimensions corporelles d'un être humain ne s'appréhendent pas avec plus de magie (de facilité) que d'autres objets d'observation.

**SUMMARY**

Using bodily cues to evaluate a psychotherapeutic process is an old dream which may soon become a real tool, provided we learn (a) to think in a way which allows us to use this tool, and (b) that understanding the bodily dimensions of a human being is not more magic (easier) than the understanding of any other object of observation.

**MOTS-CLES**

Corps - Communication - Affect - Science & clinique

**KEY-WORDS**

Body - Communication - Affect - Scientific & clinical approaches

Pour Nicole Clerc

## **I. APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES**

Le corps, en tant que voix, est présent dans la partition tissée par l'histoire de la psychothérapie dès le premier mouvement de cette oeuvre. Mais dans la plupart des cas, en tant que basse accompagnée du thème de l'affect. Ces deux voix, toujours admises comme essentielles à tout chant sur l'Homme, demeurent néanmoins de celles qui, pour de nombreux chefs d'orchestres de notre histoire, ne méritent pas une attention prioritaire au cours des répétitions. Pour poursuivre cette analogie, j'essayerai de montrer que la voix du corps mérite, comme toutes les basses, une attention

---

<sup>1</sup> Publication : Heller, Michel (1992). Corps et évaluation de psychothérapies. Un rêve à réaliser. Psychothérapies, No 2 : 111-121. Je remercie Yvonne Gitnacht et Pat Claus pour leur aide lors de la rédaction de cet article. Rapidement revu en Mars 2016

particulière; car c'est autour de sa rythmique que se construisent et se coordonnent toutes les autres voix.

## I.A FREUD

Chez Freud déjà, le chant du corps suit une courbe puissante au début, puis réduite à quelques fioritures seulement. En effet, au moment où Freud crée la psychanalyse, il semble fasciné par la puissance - parfois disruptive - de l'esprit sur le corps : en se passionnant pour l'hypnose tout d'abord, et pour l'hystérie ensuite (Freud 1893/1984). Un des thèmes intellectuels au centre de la correspondance de Freud à Fliess était l'espoir qu'ils pourraient fonder une théorie psychophysiologique du comportement humain. Ainsi, en 1895, Freud essaye de montrer que le lien entre le psychisme et des symptômes tels que des maux de tête ou des infections du nez, implique une coordination de plusieurs fonctions physiologiques (Freud 1895a/1985, p.142-144; 1895b/1985, p.130). C'est à cette époque surtout que Freud conçoit la vie affective comme basée sur une circulation énergétique, partant du bas de la colonne vertébrale, passant par le cerveau, puis descendant dans les membres à travers lesquels l'actualisation d'une pulsion est seule possible (Freud 1894/1985, p. 98 - 105).

La fin de l'amitié entre Freud et Fliess marqua aussi la fin de la tentative freudienne de créer un modèle psychosomatique de la névrose. Je suppose qu'il se rendit bien compte que ses forces n'étaient pas suffisantes pour accomplir cette tâche, et qu'il valait mieux se concentrer sur l'aspect plus psychologique du traitement de la névrose. Il scelle sa séparation avec Fliess en écrivant la 'Psychopathologie de la vie quotidienne' (Freud 1901/1983). Dans ce livre, Freud ne parle plus du corps en tant que phénomène, et se centre sur des opérations mentales qui ont notamment le corps comme objet : méprises, maladresses, actes symptomatiques et accidentels. Le corps est rejeté avec une violence telle, que Freud se met à penser qu'un geste maladroit est forcément le produit non "d'un hasard ni d'une maladresse non voulue"... mais d'un acte provoqué par une pulsion inconsciente (p.180). De nombreux accidents apparemment anodins peuvent, d'après Freud, exprimer un désir de suicide avec lequel une personne est en lutte (p.195). Finalement, Freud définit comme symptomatique ce qui exprime "quelque chose que l'auteur de l'acte lui-même ne soupçonne pas et qu'il a généralement l'intention de garder pour lui, au lieu d'en faire part aux autres" (p.205).

L'analyse de ces 'lapsus corporels' est une des voies qui permettent à l'analyste de trouver ce qui se cache dans l'inconscient de son client (Haynal 1992). Mais Freud montre aussi, à travers son propre fonctionnement, que la capacité d'un individu à retrouver le sens de ces 'lapsus' après coup peut être considérée comme signe d'une ouverture entre conscient et inconscient... c'est-à-dire comme signe d'une certaine santé psychique. Dans cette approche nous retrouvons le vieux vieux thème du pouvoir de la psyché sur le corps. Mais cette fois-ci, le thème est joué par un musicien désabusé qui chante pour ne plus penser à un corps qu'il se résigne à trouver insaisissable.

Les signes qui permettent d'évaluer le déroulement d'une psychothérapie ne peuvent être que des signes qui sont déjà validés par leur efficacité clinique. Car il existe une illusion : le corps peut fournir des informations sur le déroulement d'un processus intérieur, de la même manière que le mercure peut informer les gens sur le climat. C'est oublier la fonction du sens chez l'homme, ou croire que l'on peut connaître le sens d'une fonction corporelle sans avoir préalablement trouvé comment cette fonction interagit avec ce qui, chez une personne, donne du sens à un acte. Autrement dit, il en est du corps comme des rêves : croire que l'on peut pondre un dictionnaire des fonctions corporelles est un de ces faux espoirs auxquels la nature humaine semble s'accrocher avec désespoir.

## I.B. REICH

Dans sa correspondance avec Wilhelm Fliess, Freud écrit plusieurs fois les initiales W.R. Ces initiales se référaient alors à Robert Wilhelm Fliess, le fils de son ami. Je me demande parfois si Freud ne fut pas surpris de voir que parmi ses élèves, ce fut un autre W.R. qui reprit les thèmes psychosomatiques qu'il avait refoulés après sa rupture avec Fliess : Wilhelm Reich.

Wilhelm Reich était un médecin sexologue, psychanalyste et marxiste. Il lui était difficile, face à ses 'camarades', de ne pas chercher à mettre les aspects les plus matériels de notre comportement en dialectique avec les facultés les plus complexes de notre psyché. Ainsi en 1912 Freud écrit un article sur l'onanisme, dans lequel il insiste sur ses fonctions symboliques (p.177), tout en soulignant le fait que le geste même peut avoir des conséquences organiques aussi bien que psychiques (p.183). En 1922, Reich continue la discussion amorcée par Freud dans un article intitulé : 'Sur la spécificité des formes d'onanisme', dans lequel il montre l'utilité de demander aux patients quels sont les gestes spécifiques qu'ils font quand ils se masturbent. Puis de demander à ces patients quelles associations se lient à telle ou telle modalité. Autrement dit, ce n'est plus seulement au fait de se masturber que s'intéresse Reich, mais à la manière dont on se masturbe.

Reich poursuit dans cette voie quand il s'attaque à un problème qu'il rencontre dans sa pratique et celle de ses collègues (Reich 1927/1976, p.35-42) : des clients revivaient les scènes traumatiques de leur petite enfance et ne guérissaient pas. L'analyse de Freud et Ferenczi suggérait qu'il s'agirait de patients qui revivent des scènes traumatiques cognitivement, mais sans la charge affective vécue alors. Insatisfait par les solutions déjà proposées par Ferenczi, Reich suggère que ne soient analysées que les situations dont la charge émotionnelle est accessible au patient. Il prête alors beaucoup d'attention à la manière dont les gens racontent ce qu'ils disent, par exemple à ceux qui parlent de leur dépression en souriant. De plus, il se met à demander aux patients pourquoi ils utilisent telle mimique, ou tel geste en parlant d'un contenu donné. Il remarque que s'il insiste un peu, la relation avec son patient devient rapidement extrêmement passionnée, et qu'elle aboutit souvent à des décharges émotionnelles violentes. Ainsi, à force

d'interroger le dépressif de tout à l'heure sur son sourire chronique, on en arrive inévitablement à la colère, à la détresse, ou au dédain envers le thérapeute que le patient cherche à masquer. En travaillant ainsi, Reich remarque à quel point un transfert négatif latent peut aisément survivre dans le cadre psychanalytique habituel à l'époque. Ses observations le mènent à remarquer que ces attitudes sont liées à des tensions musculaires chroniques. Il en arrive à proposer le modèle de son 'analyse caractérielle', selon lequel (a) les mécanismes de répression mis à jour par Freud se matérialisent notamment sous la forme de tensions neuromusculaires chroniques<sup>(2)</sup>, et (b) que ce qui est réprimé est non seulement une image du passé, mais aussi la réaction végétative émotionnelle vécue alors. Ainsi une peur d'enfance c'est aussi une certaine grimace, une certaine mobilisation de la circulation sanguine, une certaine respiration, etc. La tension musculaire serait 'un couvercle' mis à un endroit pour 'geler' une réaction psychophysiologique beaucoup plus complexe.

Toujours matérialiste, Reich (1927/1976\$ p.) se demande ce que Freud veut dire concrètement, quand il déclare qu'il n'y a pas d'amélioration de la névrose sans amélioration de la vie sexuelle. Il en arrive à proposer que la seule définition médicalement défendable d'une vie sexuelle saine est la capacité d'avoir un orgasme lorsque la situation se présente. L'orgasme est défini comme une sorte de mouvement réflexe global du corps, qui mobilise toutes les fonctions végétatives pour soutenir une circulation maximum de la libido (Lowen 1977; Heller 1991, p.212-220). Les tensions musculaires chroniques inhibent forcément, au moins en partie, ce 'mouvement global' caractéristique de l'orgasme. Prenons un exemple concret. Dans le modèle de Reich, le réflexe orgastique mobilise le corps de façon cohérente du point de vue de la mécanique corporelle : avancer le bassin va avec l'expire (sans cela il y aurait conflit musculaire : essayez). Or, même lors d'exercices de type gymnastique, l'on voit des gens qui ne peuvent qu'avancer le bassin en inspirant, et reculent le bassin en expirant... Pour eux, avancer le bassin en expirant 'ne fait pas naturel'. Pourtant cette manière de faire est incompatible avec une respiration complète. Un tel comportement serait, d'après Reich, lié à l'établissement d'un réflexe anti-orgastique (matérialisation de la névrose). Depuis, Bratoy (1954) puis Boyesen (1985, p.31-33, 43-44) ont montré que ce que Reich appelait 'réflexe anti-orgastique' correspond sans doute au 'startle reflex' (réflexe de sursaut) mobilisé chroniquement, au moins en partie.

Constater qu'une personne ne peut avancer le bassin et expirer à la fois, c'est - dans l'optique reichienne - supposer une peur non résolue du laisser-aller impliqué dans l'orgasme (donc une évaluation de ce qui est à faire), et en même temps c'est déjà une idée d'exercices qui permettraient d'explorer cette crainte. Une telle observation est à la fois une évaluation qui permet de déterminer où en est un individu dans son développement personnel, et une direction permettant d'aider cette personne à évoluer.

Lorsque qu'en 1933, Reich fut renvoyé du mouvement psychanalytique parce que communiste, du mouvement communiste parce qu'anti-Stalinien,

---

2. Plus récemment, la psychopharmacologie a montré que des substances "anti-anxiété" telles les benzodiazépines ont aussi une action favorisant le sommeil et la relaxation musculaire (Bacon & Viennot 1991).

et de l'Allemagne parce que juif et communiste, il dut définir une manière de travailler clairement différenciée de l'analyse qu'il ne lui était plus possible de pratiquer. Il créa alors 'la végétothérapie' dans laquelle il propose d'agir directement sur le système de défense musculaire, afin de libérer les mouvements psychovégétatifs réprimés en nous. Cette proposition est fondatrice de tout le domaine psychocorporel (Boadella 1991). De plus, elle initie une nouvelle façon d'agir en psychothérapie, qui prolonge l'esprit du concept 'd'activité' proposé par Ferenczi (Reich 1934/1976, p.288; Lowen 1977, p.25), puisque le thérapeute propose désormais des directions de travail, des massages, des exercices, des temps de verbalisation, etc. Dans ce domaine, l'évaluation d'un processus se fait par des exercices qui sont toujours des exercices d'exploration du refoulé psychocorporel. L'un des plus connus actuellement est un vieil exercice chinois (Man-ch'ing & Smith 1981, p.13) repris par Lowen (1975a, p.193-198; 1978, p.21-35) et utilisé pour effectuer un travail de 'grounding' (enracinement) psychique (contact avec la réalité), énergétique (une forme de mise à terre de l'énergie d'un organisme), et corporel (prise de conscience du centre de gravité, de l'alignement du corps et de son rapport au sol). La position est la suivante :

Les pieds sont parallèles (éventuellement les pointes plus proches que les talons), espacés comme les épaules; les genoux pliés, les articulations du bassin au-dessus du milieu (par rapport à leur longueur) des pieds, le tronc droit, les oreilles alignées avec l'articulation de la hanche.

À partir de là, plusieurs évaluations peuvent être effectuées. La plus simple est la stabilité. Certaines personnes sont incapables de ne pas perpétuellement balancer, et ont beaucoup de difficulté à rester immobiles. Dans le langage de Lowen, ces personnes sont mal enracinées (mal centrées, mauvais contact avec la réalité, peu stables, moi faible, etc.). Dans ma pratique (de Psychologie Biodynamique) j'ai remarqué que de nombreuses personnes peu stables dans cet exercice avaient aussi un mauvais enracinement anthropologique : par exemple ne savent rien de leur famille au-delà de leurs grands-parents ou même de leurs parents, et vivent actuellement dans un contexte socioprofessionnel qui n'a rien à voir avec leurs origines sociales. Un tel exercice permet d'évaluer où en est une personne par rapport à un certain axe (l'enracinement), et de proposer des directions de travail. Il est à noter que l'on peut très bien faire une évaluation à l'aide d'un tel exercice, puis décider que le chemin à parcourir doit être effectué par d'autres moyens. Par exemple, quelqu'un qui est mal enraciné peut avoir besoin d'exercices lui permettant d'améliorer sa perception des limites de son corps; ou l'on peut penser qu'avec des analyses de rêves la personne en question pourra améliorer son contact avec sa réalité intérieure.

## **II. APPROCHES EXPÉRIMENTALES**

Le produit publié du mariage entre Margaret Mead et Gregory Bateson fut un livre merveilleux, fondateur de l'étude de la communication non verbale moderne : 'Balinese character' (1947). Bateson photographiait, Mead notait par écrit le contexte de ce qui était photographié, et le tout est

l'analyse d'une société qualifiée de "schizoïde", devenue le rêve des sociétés névrotiques. Ce livre montre comment des manières quotidiennes de bouger le corps peuvent être le produit d'une structure caractérielle, et comment une structure caractérielle est forcément une façon de vivre en commun. Je ne sais si c'est parce que Mead avait entendu parler de Reich - qu'elle n'aimait pas, mais respectait -, mais les critères corporels mentionnés par Bateson et Mead en relation à une organisation schizoïde sont très proches de ceux décrits par Lowen dans ses divers écrits (par exemple 1970, 1975b).

Quand Bateson rejoint l'équipe psychiatrique de Palo Alto pour créer ce qu'on appelle aujourd'hui l'approche systémique, il propose aussi d'étayer son approche en analysant la communication non verbale (Kendon 1982, p.458-459; Winkin 1981).

Alors que Reich essayait de montrer l'influence réciproque entre gestes et psychophysiologie chez l'individu, Bateson s'est centré sur l'influence des gestes d'une personne sur la psychophysiologie des autres. Ce point de vue tout à fait nouveau dans la pensée psychocorporelle. Il s'imposa d'abord assez vite, mais l'on remarque depuis quelques années que des réflexes culturels anciens ramènent les techniques d'analyse de la communication à des techniques d'analyse de caractère plus classiques. Ainsi la dernière décennie est-elle surtout caractérisée, dans le domaine psychiatrique, par des études du comportement (plutôt que de communication) non verbal caractéristique de schizophrènes, dépressifs, etc.

La différence entre les deux approches réside en ceci :

- Approche comportementale : Si je veux connaître le comportement 'typique' des dépressifs, je cherche des comportements qui s'observent plus souvent chez des dépressifs que chez des schizophrènes ou des gens sans psychopathologie manifeste. L'idée étant que des facteurs internes produisent des modalités comportementales spécifiques.

- Approche communicative : Étudier les dépressifs sous l'angle de la communication implique surtout la recherche d'effets que les dépressifs auraient sur l'autre, ou la recherche de pattern marquant la coordination de comportements non verbaux entre plusieurs personnes.

Voyons maintenant quelques exemples d'approches communicatives:

- Pour son discours du prix Nobel, l'on s'attendait à ce que Tinbergen (1974) parle d'animaux comme les épinoches qui l'ont rendu si célèbre. Eh bien, il préféra fonder l'éthologie humaine en montrant l'intérêt de techniques corporelles comme celles de Mathias Alexander, et surtout en décrivant des observations faites sur des enfants autistes (1972). Il retrouve une observation faite par Reich (Reich 1948/1976, p.364-367; Heller 1987) et ses élèves sur le comportement particulier de schizophrènes en ce qui concerne le regard. Mais Reich n'abordaient ce comportement 'oculaire' que sous l'angle d'un mode d'autocontrôle de fonctions psychophysiologiques. Alors que Tinbergen s'évertue surtout à décrire comment ce comportement oculaire exige de l'autre un comportement bien spécifique pour que la communication s'établisse. En l'occurrence, nous devons éviter de regarder l'enfant autiste et de solliciter sa bonne volonté, si nous voulons qu'il ait vraiment envie de venir dans nos bras.

- Krause (1989) constate que "lorsqu'on met en présence deux personnes, l'une souffrant de troubles psychiques, l'autre saine d'esprit et ignorante des troubles de la première, la seconde diagnostique très rapidement une sorte de bizarrerie qu'elle ne peut expliquer", et modifie au bout de quelques secondes son comportement d'une façon qui montre qu'elle cesse de prendre l'interaction au sérieux. Ce genre de recherches montre qu'il est parfois plus simple d'observer les modifications de comportement du thérapeute pour pouvoir diagnostiquer le trouble de son patient. Alors que comparer une cohorte de patients à une autre dans une situation identique demande beaucoup plus de travail sans forcément donner des résultats marquants.

- Dans la littérature, de nombreux ouvrages décrivent le dépressif comme quelqu'un qui bouge moins et s'exprime moins que les gens normaux. Scheflen (1972, p.4) montre une photo du dépressif type, assis sur son lit, immobile, la tête penchée en avant, la colonne vertébrale molle. Un tel comportement est peut-être typique d'une personne en pleine crise de mélancolie; mais après avoir analysé des films de discussions entre médecins et dépressifs, où les dépressifs sont sélectionnés sur des critères similaires à celui de dépression majeure du DSM-III, plusieurs chercheurs constatent que a) un dépressif peut bouger autant que, soit son médecin, soit un autre sujet témoin (Frey 1980, p.241-242), et b) que les dépressifs ont une activité expressive du visage parfois aussi riche quantitativement que celle d'un sujet témoin (Ellgring 1989, p.58-59). Frey déduit qu'il doit y avoir quelque chose dans le comportement du dépressif qui donne à son interlocuteur l'impression d'une moins grande agitation, mais qui n'est pas une simple diminution du nombre de mouvements effectués. Et il trouve qu'effectivement les dépressifs, quand ils bougent, font des mouvements moins complexes. Prenons un exemple. La tête peut bouger de haut en bas (axe sagittal), de droite à gauche (axe de rotation), ou se pencher de la droite à la gauche (axe latéral). Un mouvement simplement sagittal (quand on dit oui) est un mouvement à une dimension. Un mouvement de la tête à la fois sagittal et latéral (par exemple un oui séducteur) est un mouvement à deux dimensions. Finalement un mouvement de la tête impliquant les trois axes est plus complexe que les deux mouvements précédents. Frey et ses collaborateurs (1983) montrent que moins les mouvements d'une personne sont complexes, plus sa dépression est profonde (en corrélation avec les échelles courantes utilisées en psychiatrie). Nous avons là un exemple où l'analyse courante des psychothérapeutes se révèle insuffisante lorsqu'elle ne se base que sur l'intuition<sup>3</sup>, mais où tenir compte des clichés qu'ils utilisent, pour simplifier les messages qu'ils doivent décoder à longueur de journée, permet de trouver un phénomène réellement pertinent.

### III. LE LABORATOIRE ET LA THÉRAPIE DE DEMAIN

---

<sup>3</sup>. Fisch, Frey et Hirsbrunner (1983, p.316) remarquent que, par contre, ces observations sur la complexité rendent compte d'impressions particulièrement fines de psychiatres comme Griesinger et Kraepelin.

"L'approche capable de restituer la dimension complète du langage verbal et non verbal dans une situation observable, où une interrogation est possible, est nécessairement intersubjective. Mais cette intersubjectivité peut être elle-même interrogée et, à un niveau 'meta', saisie dans des points de condensation(...)" (Haynal 1991, p.60)

Les résultats d'études de la communication non verbale pendant des interviews psychiatriques ou pendant des séances de psychothérapie paraissent parfois tellement spectaculaires, que l'on pourrait être tenté de vouloir utiliser ces méthodes pour évaluer nos pratiques. À moyen terme, une telle entreprise est envisageable, mais pour cela il faudrait dépasser une illusion relativement courante : que le corps est quelque chose de si proche de nous, qu'il est impossible que son étude demande à la science autant d'efforts et d'investissements que les autres domaines ont exigé de la science. C'est oublier que le langage du corps (s'il existe) a résisté à toutes les tentatives effectuées depuis 3000 ans de civilisation pour le décrypter.

Tous les jours "nous réagissons aux gestes, avec une sensibilité extrême, et l'on pourrait presque dire, en accord avec un code secret très complexe qui n'est écrit nulle part, connu de personne, mais compris par tous" (Sapir, traduction trouvée dans Frey 1985). Comment peut-on s'imaginer que ce langage en fonction duquel nous sommes capables d'agir à tous moments est peut-être plus difficile à atteindre scientifiquement que celui d'une cellule, ou des étoiles ? Or, qui dit complexe dit méthodologie complexe, dit coûts croissants.

Les objets d'études de la psychologie traditionnelle (intelligence, mémoire, perception, affect) ne sont en fait que des notions : il est même possible de nier leur existence en tant qu'entité réelle. Tandis qu'une partie du corps est facile à définir... anatomiquement. C'est un objet physique, auquel s'appliquent les lois courantes de la mécanique newtonienne. Un mouvement est mesuré par la localisation de l'objet à deux moments différents. Si la localisation est identique il n'y a pas eu mouvement, si elle n'est pas identique il y a un mouvement quantifiable. Si l'on mesure la localisation de cet objet à plus de deux moments, l'on peut même calculer son accélération. Les formules existent déjà. Certains ont donc nourri l'espoir que l'étude du comportement corporel devienne le premier champ vraiment scientifique de l'étude du comportement humain (Frey & Pool 1976). Bateson, et ceux qui l'on suivit, ont longtemps défendu leur profession en suggérant qu'il suffit de quelques salaires, de quelques machines vidéos, et de quelques PC... et qu'avec cela la communication non verbale pourrait être maîtrisée. C'est peut-être parce que leurs demandes étaient si modestes qu'ils ont pu trouver des fonds (et encore, difficilement !). Mais malgré tout leur enthousiasme, malgré un nombre impressionnant d'heures de travail, ils ont finalement pu montrer que le sujet valait la peine - ce qui est déjà un résultat considérable dans notre société -, mais ils n'ont produit aucun résultat tangible pour un scientifique. Un mouvement ou une position est facile à décrire, mais les chercheurs se rendirent vite compte que le corps fait beaucoup plus de choses à la minute qu'on le croyait, et que l'analyse positionnelle de mouvements est vite confrontée (en restant uniquement au niveau descriptif) à la multitude et la diversité des phénomènes observés. Dans cette génération, l'effort le plus spectaculaire fut sans doute celui de Birdwhistell.



Au cours d'une séance, Bateson allume une cigarette. À ce moment il se passe quelque chose entre Bateson et sa cliente qui, après coup, semble avoir changé le cours de la thérapie. Mais quel événement est à la base de ce changement ? Quelle est la communication qui à ce moment précis a été si efficace? Birdwhistell se met à analyser tout ce qui s'est passé pendant ces dix secondes (Winkin 1981, p.160-163)). À l'étonnement de tous, il a besoin de dix ans pour coder chaque mouvement, chaque position, chaque nuance. Et après, il ne pouvait toujours pas fournir de réponse aux questions initiales. Ce travail fut néanmoins fructueux puisqu'il participa à la création du premier code vraiment élaboré du comportement corporel. Aujourd'hui encore, c'est le système de codage le plus complet... tellement complet qu'il est plus difficile à lire que les comportements qu'il code. Les chercheurs semblent avoir oublié que l'homme est une coordination de cellules formant un organisme, et que son langage corporel coordonne en partie les organisations analysées par les biologistes.

Le choix de faire passer de nouvelles idées en psychiatrie, avec pour argument qu'ils sont peu coûteux, fut une option qui se répandit par la suite, puisque c'est notamment avec cet argument que les hôpitaux psychiatriques furent ouverts. Sans critiquer les idées elles-mêmes, je crois que l'option de les vendre à trop bas prix s'est finalement retournée contre l'ensemble du champ 'psy'... et plus particulièrement contre le champ qui a créé cette tendance : la communication non verbale, domaine à propos duquel l'on continue de penser qu'il devrait pouvoir offrir des trésors avec peu d'investissements.

Prenons quelques exemples. Si l'on veut analyser l'interaction globale entre deux personnes (soit ce qui se passe dans une séance de psychothérapie), il faut filmer chaque personne de face, de profil, et de dos (soit 4 caméras par personne). Si l'on veut aussi filmer les expressions du visage, il faut rajouter une caméra par personne. Autrement dit, filmer adéquatement l'ensemble des phénomènes visibles au cours d'un interview exige 10 caméras. Vous pouvez réfléchir tant que vous voulez, on ne peut échapper aux exigences d'une réalité à trois dimensions. Pour économiser, la plupart des recherches sur le mouvement demandent paradoxalement aux gens de se mettre dans une position où ils ne peuvent pas bouger<sup>4</sup>). Pour éviter ce piège, il faut en fait plus de caméras, et surtout des gens derrière les caméras devant filmer les visages, au moins. Autrement dit, les caméras doivent être cachées derrière des vitres sans tain qui exigent un éclairage particulièrement puissant. Tout cela coûte cher. Encore plus cher est le matériel qui permet ensuite de se retrouver dans cette masse énorme de films.

À l'heure actuelle, il existe des méthodes de codage du comportement non verbal (par exemple Ekman & Friesen (1978) pour les expressions faciales, Frey & Pool (1976) pour les mouvements du corps) standardisées. Ces systèmes ont l'avantage sur celui de Birdwhistell de produire des données relativement accessibles à une analyse informatique et statistique. Ils permettent de coder la plupart des mouvements visibles, mais ont plus de mal à capter certaines manières de faire qui, comme chacun le sait, peuvent parfois être les phénomènes les plus frappants dans une interaction. En

---

4. On peut se demander si l'observation du fait que les dépressifs bougent autant que leur médecin n'est pas due à cette contrainte.

n'utilisant que des systèmes de codage existants, c'est-à-dire relativement simplistes, le codage de tout ce qui se passe au cours d'une discussion entre deux personnes pendant une demi-heure peut amener plusieurs millions de données brutes (Heller 1992). Un tel foisonnement exige tout un travail informatique qui dépasse de loin le bricolage - parfois génial - généré par des psychologues coincés devant un PC (de bons informaticiens coûtent plus cher qu'un psychologue). Pour créer un laboratoire capable d'intervenir et d'évaluer un processus, il faudrait créer des programmes qui permettent d'analyser et de coordonner les données récoltées avec des systèmes de codages courants (Scherer pour la voix, Ekman pour le visage, Frey pour les gestes, des mesures physiologiques standards, etc.).

Si vous prenez vos machines à calculer, vous verrez que mettre sur pied un tel laboratoire exigerait plusieurs millions de francs suisses par an. Avoir moins implique que l'on se concentre sur tel ou tel détail de la communication, sur la base d'a priori, par souci d'économie... pas par souci scientifique. Kendon (1982, p.461) cite Schefflen pour préciser qu'à l'heure actuelle "nous ne pouvons pas décider à l'avance ce qui est trivial et ce qui est redondant, ou ce qui modifie le système. Ceci est le résultat de la recherche"<sup>(5)</sup>. Je crois bien que nous sommes la seule branche scientifique où de telles concessions sont faites aussi facilement.

Si je me permets de signaler tous ces détails méthodologiques, voire bassement matériels, c'est pour vous montrer à la fois pourquoi les 'brillantes analyses' (comme certains exemples épatants de Milton Erickson) de comportements non verbaux ne peuvent pas encore assouvir le besoin des cliniciens; d'autre part, pour attirer votre attention sur le fait que le comportement non verbal est bien plus compliqué que l'on ne s'y attendait; et finalement pour montrer que malgré toutes ces réserves il est quand même possible d'espérer, et même souhaitable d'avoir des ambitions dans ce domaine. Une fois que nous aurons résolu les problèmes mentionnés (et ils sont résolubles) il serait possible de fournir assez rapidement des données aux psychothérapeutes, des données comme celles que je vais maintenant décrire, en guise de conclusion.

Revenons à la recherche menée sur des interactions entre médecins et dépressifs par le laboratoire de Frey, à Berne. Les protagonistes étaient filmés plusieurs fois : lors de l'arrivée à l'institution, pendant le processus et à un moment où la prise en charge d'urgence était terminée. L'équipe (Frey, Jorns & Daw 1980) observa notamment le phénomène suivant :

Lors de la première interview, il arrive souvent que le patient fasse des mouvements de rotation rapides de la tête (comme quand on dit "non" avec la tête). Ces mouvements semblaient liés à des mouvements sagittaux rapides de la tête (comme quand on dit "oui" avec la tête) chez les médecins. Au dernier interview ce phénomène s'inverse : les patients font des mouvements sagittaux, et les médecins des mouvements de rotation.

En réécoutant les discussions qui avaient eu lieu à ces moments-là, les chercheurs dégagent alors le pattern de communication suivant, qui - j'en suis sûr - fera sourire tous ceux qui ont vécu des situations analogues. Lors du premier interview, les patients ont tendance à dire qu'il ne sert à rien de lutter, et les médecins essaient souvent de montrer que ce désespoir n'est

---

<sup>5</sup>. La traduction est de moi.

pas justifié. Au dernier interview, les patients dépressifs allant mieux ont parfois la tendance d'empiler des remerciements sur les épaules des médecins qui ont alors tendance à répondre qu'ils n'ont fait que leur modeste devoir et qu'ils n'ont rien fait qui mérite tant de louanges.

Ayant vérifié qu'un tel pattern est courant dans nos institutions, que faire de ces données ? Que feraient les médecins si, s'étant vus agir de la sorte sur de tels films, ils se surprenaient sans cesse en train d'agir ainsi. Ne pourrait-on pas aussi utiliser de telles études pour s'interroger sur l'efficacité thérapeutique de certains modes de communication devenus presque traditionnels (pour ne pas dire \$automatiques ou réflexes?) dans certaines pratiques ? Ces questions nous ramènent à un thème déjà évoqué dans cet article, à propos de Reich : je crois que ce n'est qu'après avoir évalué la fonction thérapeutique de tels schémas que l'on pourra ensuite utiliser leur activation comme signe d'un certain type de développement du processus.

À Genève, dans notre laboratoire<sup>(6)</sup>, nous sommes actuellement en train d'étudier le phénomène suivant, observé dans notre première recherche, montée par la Dre Yvonne Gitnacht (1989). Cette étude avait pour but de voir si le comportement facial de personnes ayant fait une tentative de suicide pouvait nous renseigner sur le risque de récurrence, par le truchement de micro-expressions faciales. 17 personnes ont pu être filmées au cours de l'année pendant laquelle se déroula cette étude. Il s'agissait d'interviews semi-structurées, menées par le même médecin chaque fois. Sur ces 17 personnes, 5 ont récidivé. Vu notre question, nous n'avons enregistré, sur bande vidéo, que le visage des sujets. Nous avons codé ce qui se passait (a) lorsque l'expérimentatrice (un médecin) interroge les sujets sur l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes (V dans les graphiques), et (b) lorsqu'elle leur demande s'ils ont envie de se suicider à nouveau. (G dans les graphiques). Chaque échantillon durait 20 secondes environ. À partir de là, nous avons trouvé que les récidivistes ne semblaient pas avoir le même répertoire facial que les non-récidivistes (Heller & Lessko 1990)<sup>(7)</sup>. La caméra enregistrait aussi la voix de l'expérimentatrice. Le canal vocal est donc le seul canal à partir duquel nous pouvons obtenir des informations sur la dynamique interactive de ces interviews. Christine Lessko a analysé l'interaction vocale en regardant comment la parole passait d'une personne à l'autre.

Regardons ces données d'un peu plus près, en nous basant sur des graphiques.

Le graphique 'durée' (tableau 1) montre la durée de parole pour chaque protagoniste (vdur49 pour le médecin, vdur50 pour le sujet) dans la discussion sur la 'confiance en soi'. La durée est donnée sur l'axe vertical, en centièmes de seconde. Les 12 premiers sujets (de VAF à VJF) n'ont pas récidivé, les 5 derniers (de VAM à VHM) ont récidivé.

---

<sup>6</sup>. Le Laboratoire Affect et Communication (L.A.C.) créé par le Professeur André Haynal aux Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève.

<sup>7</sup>. Le codage et l'analyse des données ont été effectués par Véronique Haynal, Christine Lessko et moi-même.

- dyades avec non-récidivistes : nous constatons dans ces dyades, que le temps de parole varie considérablement d'une situation à l'autre (de 1 à 14 secondes). La différence du temps de parole est généralement polarisée, puisque chaque fois qu'un protagoniste parle beaucoup, l'autre parle peu. Dans certaines dyades, la parole est surtout prise par le médecin, dans d'autres par le patient. Un scénario possible est que le médecin s'efforce de stimuler la parole des patients, et parle surtout quand ceux-ci s'expriment peu.

- dyades avec récidivistes : ici, le médecin parle tout le temps beaucoup, et dans 4 des 5 dyades, le patient parle peu. Tout se passe donc comme si la stimulation du médecin avait perdu de son efficacité.

Le graphique 'dyades' (tableau 2) montre le nombre de prises de parole effectuées par les deux protagonistes dans une dyade, que ce soit lorsqu'ils parlent de 'confiance en soi' (DV), ou de 'suicide' (DG):

- dyades avec non-récidivistes : le nombre de prises de parole dans une dyade varie entre 2 et 12.

- dyades avec récidivistes : le nombre de prises de parole dans une dyade varie entre 3 et 6. Autrement dit, la variation est restreinte, par rapport à ce qui peut être observé chez les non-récidivistes.

Nous pouvons en savoir un peu plus avec l'aide des deux prochains graphiques, sur le nombre de prises de parole de chaque protagoniste dans une situation. Le graphique 'prises' (tableau 3) montre le nombre de fois où le médecin (v49) et les patients (v50) ont pris la parole dans l'échantillon de la discussion sur 'la confiance en soi':

- dyades avec non-récidivistes : on retrouve un schéma congruent avec les données sur la durée. Le dialogue semble relativement équilibré, puisque chaque protagoniste a un nombre à peu près équivalent de prises de parole dans chaque dyade, alors que d'une dyade à l'autre le nombre de prises de parole varie de façon importante<sup>(8)</sup> : l'un parle plus l'autre parle.\$

- dyades avec récidivistes : les patients évitent tous de prendre la parole souvent, et les liens avec le nombre de prises de parole du médecin est rompu (il n'y a plus de corrélation). Nous nous demandons si le médecin n'aurait pas ici perdu le pouvoir de provoquer une discussion.

Le graphique 'prisesg' (tableau 4) montre le nombre de fois où le médecin (g49) et les patients (g50) ont pris la parole dans l'échantillon de la discussion sur 'le suicide':

- dyades avec non-récidivistes : le schéma observé dans l'autre sujet de discussion est brisé (la différence entre le nombre de prises de parole au sein d'une dyade est aussi important que la variation d'une dyade à l'autre), mais l'on continue d'observer une grande variation entre les dyades.

---

<sup>8</sup>. Le coefficient de corrélation par rang de Spearman pour les non-récidivistes est de .76 ( $p > .001$ ).

- dyades avec récidivistes: Par contre, le médecin semble éviter de prendre plus de 3 fois la parole, alors qu'il l'a fait 6 fois avec des sujets récidivistes et non récidivistes dans l'autre sujet de discussion, et 7 fois avec les non-récidivistes dans ce sujet de discussion. Les patients récidivistes évitent aussi de prendre la parole plus de 3 fois. La réduction du nombre de prises de parole des patients est donc moins importante que dans l'autre sujet de discussion, mais ici l'on peut parler d'une réduction de la variation chez les deux protagonistes. Tout se passe comme si les deux protagonistes sentaient qu'il s'agit ici d'un sujet délicat.

Il n'y a pas, dans cette étude, assez de sujets pour que nous puissions conclure. Mais ces résultats étaient suffisamment intéressants pour nous encourager à poursuivre cette expérience en récoltant plus de cas, ce que Christine Lessko fait actuellement.

En regardant ces graphiques nous n'avons pas pu nous empêcher de nous demander s'ils ne démontrent pas que le médecin avait peut-être 'sentit' qui risquait de récidiver. Supposer ceci implique deux choses :

- a) Les patients ont une partie d'eux-mêmes qui réagit en sentant qu'ils vont se suicider;
- b) Il y a chez le médecin une interface qui décèle ce message et y réagit.

Dans les deux cas, il est probable que cette 'partie de soi' fonctionne relativement indépendamment du conscient.

L'analyse du visage ne nous permet pas de comprendre ce qui a pu se passer. Si nous avions filmé les deux protagonistes et l'ensemble des parties du corps, nous aurions peut-être trouvé des informations complémentaires. Si en plus nous avions analysé ces données peu de temps après les interviews, nous aurions pu en discuter avec le médecin en tous cas, et éventuellement avec les patients. Leurs impressions auraient pu nous aider à mieux comprendre ce qui s'était passé. S'il s'agissait de thérapies en cours, nos questions auraient pu aiguiller les protagonistes sur certaines dimensions pertinentes de leur relation, peut-être pas analysables par nous. Autrement dit, la possibilité de fournir rapidement de telles analyses pourrait modifier les méthodes psychothérapeutiques actuelles, en créant un dialogue entre données cliniques et expérimentales autour d'un processus relationnel spécifique. De telles données pourraient aussi renforcer le rôle de 'la personne derrière le miroir' utilisée parfois, de moins en moins souvent hélas, dans les approches systémiques. En voyant quelles observations s'avèrent les plus efficaces comme mode d'intervention dans une relation thérapeutique, nous aurions une manière d'évaluer le 'poids' ou la 'force' de certaines données par rapport à d'autres. Ces discussions pourraient alors aider le chercheur à savoir où concentrer son attention.

L'interface, en nous, qui réagit aux communications de l'autre, semble plus performante que ce que n'importe quel laboratoire analysant la communication non verbale peut produire; mais les résultats des analyses de cette interface semblent difficilement accessibles au conscient, alors que ceux produits par un laboratoire sont rendus digestes pour un conscient, et par ce truchement à l'inconscient aussi (Heller 1992). Si l'on suit cette analyse, l'idéal serait d'étudier des situations où les interfaces inconscientes ont la liberté d'agir, et ensuite d'apporter un complément d'information. De plus, de telles études pourraient nous permettre de mieux connaître ces interfaces inconscientes par lesquelles nous communiquons.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bacon E. & Viennot F. (1991) : La chimie de l'anxiété. La recherche, décembre, n.238, p.1424-1431.
- Bateson G. & Ruesch (1951) : Communication. The social matrix of psychiatry. New York : W.W. Norton & Company.
- Bateson G. & Mead M. (1947) : Balinese character : a photographic analysis. New York : New York Academy of Science.
- Birdwhistell R.L. (1970) : Kinesics and context. Essays on body motion communication. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Boadella D. (1991) : Organism and organisation : the place of somatic psychotherapy in society. Numéro spécial de Energy & Character, Août, volume 22.
- Boyesen G. (1985) : Entre psyché et soma. Introduction à la psychologie biodynamique. Paris : Payot.
- Braatoy T.F. (1954) : Fundamentals of psychoanalytic technique. New York : Wiley.
- Ellgring H. (1989) : Nonverbal communication in depression. Cambridge & Paris : Cambridge University Press & Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Ekman P. & Friesen W.F. (1978) : Facial action coding system. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, inc.
- Fisch H.-U., Frey S. & Hirsbrunner H.-P. (1983) : Analyzing nonverbal behavior in depression. Journal of Abnormal Psychology, vol. 92, n.3, p.307-318.
- Freud S. (1893/1984) : Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la "contre-volonté". Dans Résultats, idées, problèmes, 1890-1920, vol. I. Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud S. (1894/1985) : Draft G. Melancholia. Dans J.M.Masson (ed) : The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess. Cambridge Massachusetts : The Belknap Press of Harvard University Press.
- Freud S. (1895a/1985) : Draft I. Migraine : established points. Dans J.M.Masson (ed) : The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess. Cambridge Massachusetts : The Belknap Press of Harvard University Press.
- Freud S. (1895b/1985) : Lettre du 25 Mai. Dans J.M.Masson (ed) : The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess. Cambridge Massachusetts : The Belknap Press of Harvard University Press.
- Freud S. (1901/1983) : Psychopathologie de la vie quotidienne, Paris : Payot.
- Freud S. (1912/1984) : Pour introduire la discussion sur l'onanisme. Dans Résultats, idées, problèmes, 1890-1920, vol. I. Paris : Presses Universitaires de France.
- Frey S. (1984) : Décrypter le langage corporel. SEL-Stiftung für technische und wirtschaftliche Kommunikationsforschung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft.
- Frey S., Hirsbrunner H.-P., Florin A., Crawford R. (1983) : A unified approach to the investigation of nonverbal and verbal behavior in communication research. Dans Doise W. & Moscovici S. (ed.) : Current issues in European social psychology, volume 1. Cambridge et Paris : Cambridge University Press, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

- Frey S., Jorns U. & Daw W. (1980) : A systematic description and analysis of nonverbal interaction between doctors and patients in a psychiatric interview. Dans Corson S.A. : Ethology and nonverbal communication in mental health. Oxford : Pergamon Press.
- Frey S. & Pool J. (1976) : A new approach to the analysis of visible behavior. Rapport de recherche du Département de Psychologie de l'Université de Berne.
- Gitnacht Y. (1989) : La communication non verbale et l'affect chez le patient déprimé. Dissertation présentée à la Faculté de Médecine de Genève.
- Haynal A. (1991) : Psychanalyse et sciences face à face. Lyon : Césura Lyon éditions.
- Haynal A. (1992) : À propos de l'inconscient. Adire n.7.
- Heller M. (1987) : The eye block. Adire n.3, p.199-220.
- Heller M. (1990) : Facial behavior of suicidal patients. Rapport de recherche du LAC.
- Heller M. (1991) : La pratique de la respiration en biodynamique. Dans Manuel d'enseignement. La Soure-Saint Claud : École Française d'Analyse Psycho-organique.
- Heller M. (1992) : Unconscious communication. À paraître dans Energie & Character, en anglais et en allemand.
- Kendon A. (1982) : The organization of behavior in face-to-face interaction : observations on the development of a methodology. Dans Scherer K.R. & Ekman P. : Handbook of methods in nonverbal behavior research. Cambridge & Paris : Cambridge University Press & Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Krause R. (1989) : Quand se brouillent les signaux... Science & Vie, Septembre, n.168, p.34-40.
- Lessko C. & Heller M. & Haynal V. 1992 : Facial behavior and suicidal patients. Rapport de recherche du LAC.
- Lowen A. (1970) : The betrayal of the body. London : The MacMillan Company.
- Lowen A. (1975a) : La dépression nerveuse et le corps. Paris : Tchou.
- Lowen A. (1975b) : Bioenergetics. New-York : Coward, Mc Cann & Geoghehan inc.
- Lowen A. (1977) : Le langage du corps. Paris : Tchou.
- Lowen A. (1978) : Pratique de la bio-énergie. Paris : Tchou.
- Man-ch'ing C. & Smith R.W. (1981) : T'ai-chi. The "supreme ultimate" exercise for health, sport, and self-defense. Rutland : Charles E. Tuttle co.
- Reich W. (1922/1976) : Sur la spécificité des formes d'onanisme. Dans Premiers écrits, tome I. Paris : Payot.
- Reich W. (1927/1976) : La technique de l'interprétation et de l'analyse des résistances. Dans L'analyse caractérielle. Paris : Payot.
- Reich W. (1934/1976) : Contact psychique et courant végétatif. Dans L'analyse caractérielle. Paris : Payot.
- Reich W.(1948/1976) : La désagrégation schizoïde. Dans L'analyse caractérielle. Paris : Payot.
- Reich W. (1927/1982) : La Génitalité. Dans la théorie et la thérapie des névroses. Premiers écrits tome II. Paris : Science de l'Homme, Payot.
- Scheflen A.E. (1972) : Body language and social order. Communications as behavioral control. Englewood Cliff : Prentice Hall.

- Tinbergen E.A. & Tinbergen N. (1972) : Early childhood autism : an ethological approach. Berlin : P. Parey.
- Tinbergen N. (1974) : Ethology and stress diseases. Science, juillet, vol. 185, n.4145. p.20-26.
- Winkin Y. (1981) : La nouvelle communication. Paris : Éditions du Seuil.

Adresse de l'auteur :

Michel Heller

Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève

Boulevard St George 16-18

CH-1205 Genève