

LE TRANSFERT

Carl Rogers (1987)

Les sentiments et les émotions dirigés vers le thérapeute se divisent globalement en deux groupes: d'abord les sentiments qui sont une réaction compréhensible à certaines attitudes et comportements du thérapeute. Il peut y avoir du ressentiment par rapport à une attitude de supériorité d'expert chez le thérapeute. Le client se sent regardé de haut, et réagit de façon négative. Un tel ressentiment peut également résulter d'interprétations fausses ou prématurées de la part du thérapeute, et le client se sent alors poussé en avant ou mal compris. Des consignes par rapport au comportement du client peuvent mettre celui-ci en colère. Une cliente a très bien coopéré avec Fritz Perls pendant un entretien. Plus tard, en visionnant le film de cet entretien, elle s'indigna : "Pourquoi est-ce que j'ai fait toutes ces choses qu'il m'a dites de faire ?" Dans de telles circonstances, les thérapeutes peuvent être ou ne pas être conscients du fait que les attitudes négatives du client sont tout simplement des réponses naturelles à leurs paroles ou leurs actions.

Des sentiments positifs peuvent aussi résulter du comportement du thérapeute. Des sentiments chaleureux et aimants peuvent émerger chez le client en réaction à une profondeur de compréhension très bienvenue du thérapeute ou en réaction à des petits gestes démontrant un souci du confort du client : le fait de poser une main sur son bras dans un moment de lutte douloureuse, l'offre de "deux doigts" à un analysant désespéré de la part de Heinz Kohut, aider un client à mettre un lourd manteau ou, lors d'une pluie battante, le raccompagner en voiture. Il est tout à fait raisonnable, dans ces circonstances, que le client en vienne à aimer le thérapeute, et à souhaiter une réponse aimante de sa part. Le thérapeute peut ou non être conscient du fait que ses paroles ou ses actions sont à la base des sentiments du client.

La deuxième catégorie de réactions du client sont les émotions qui ont peu ou pas de relation avec le comportement du thérapeute. Ces émotions sont vraiment "transférées" de leur origine réelle vers le thérapeute. Il s'agit de projections. Elles peuvent être déclenchées par quelque chose propre au thérapeute - "*Vous ressemblez à mon père*" ou "*Vous ressemblez à un homme que je déteste.*" L'intensité de ce sentiment provient du profond du client, et n'est pas causée par le thérapeute. Ces sentiments projetés peuvent être positifs: sentiment d'amour, de désir sexuel, d'adoration, etc... Ils peuvent être négatifs : haine, dégoût, peur, méfiance. Leur sujet réel peut être un parent ou une autre personne importante de leur vie. Ou bien - et cela est moins souvent reconnu - il peut s'agir d'attitudes négatives envers soi-même, attitudes parfois difficilement supportables par le client.

D'un point de vue centré sur la personne, il n'est pas nécessaire, pour réagir à ces sentiments et pour les gérer, de déterminer s'ils sont suscités par le thérapeute ou s'ils sont des projections. Cette distinction est d'intérêt théorique d'autant plus que ce n'est pas un problème d'ordre pratique. Au cours de l'interaction thérapeutique, toutes ces attitudes -sentiments de "transfert" positifs ou négatifs ou réactions causées par le thérapeute - sont gérées au mieux de la même façon. Si le thérapeute est sensible et compréhensif et s'il est réellement acceptant et sans jugement, la thérapie avancera à travers ces sentiments. Il n'est absolument pas nécessaire de faire un cas particulier des attitudes qui sont transférées au thérapeute et il n'est

pas non plus utile pour ce dernier de laisser émerger une dépendance qui fait plutôt partie d'autres formes de thérapie, la psychanalyse en particulier. La dépendance est tout à fait acceptable et cela sans que le rôle du thérapeute en soit déformé.

Tout cela est bien illustré par un exemple déjà publié mais qui mérite un examen plus approfondi

La cliente est une femme célibataire, d'une trentaine d'années. Une personne aux troubles évidents qui, lors des premiers entretiens, lutte contre ses sentiments douloureux de culpabilité envers une possible relation incestueuse avec son père. Elle n'est pas certaine que les événements qu'elle décrit se soient ou non réellement passés, s'ils sont ou non les fruits de son imaginaire. Son débit de parole étant très lent, le thérapeute a pu les noter pour ainsi dire mot pour mot. Plusieurs extraits de trois de ces entretiens démontrent la profondeur de ses sentiments "de transfert", et indiquent la manière du thérapeute d'y répondre. Ils éclairent la façon dont "le transfert" disparaît quand les sentiments sont exprimés dans un climat centré sur la personne.

Extrait du 9ème entretien:

S. Ce matin, j'ai accroché mon manteau dehors au lieu d'ici, dans le bureau. Je vous ai dit que je vous aimais bien et que j'avais peur que si vous m'aidiez à l'enfiler, je pourrais me retourner et vous embrasser.

C. Vous pensiez que cette affection vous obligerait à m'embrasser si vous ne vous en protégez pas.

S. Eh bien, une autre raison de laisser mon manteau à l'extérieur est que j'ai envie d'être dépendante - mais je veux vous montrer que je n'en ai pas besoin.

C. Vous voulez l'être et en même temps vous vouiez prouver que vous n'en avez pas besoin.

Vers la fin de l'entretien

S. Je n'ai encore jamais dit à personne qu'il était la personne la plus merveilleuse que j'ai jamais connue, mais je vous le dit à vous. Ce n'est pas seulement sexuel, c'est plus que cela.

C. Vous vous sentez réellement très profondément attachée à moi.

Extrait du 10ème entretien - vers la fin:

S. Je pense qu'à un niveau émotionnel, je meurs d'envie d'avoir une relation sexuelle, mais je ne tente rien pour cela... La chose que je veux, c'est d'avoir des rapports sexuels avec vous. Je n'ose pas vous le demander car je crains que vous soyez non-directif.

C. Vous ressentez cette tension horrible et vous avez très envie d'un rapport avec moi.

S. *(continuant dans cette veine, finalement)* Ne pouvons-nous pas y remédier? Cette tension est terrible. Voulez-vous la soulager? Pouvez-vous me donner une réponse directe? Je pense que cela pourrait nous aider tous les deux.

C. *(doucement)* La réponse est non. Je peux comprendre combien vous vous sentez désespérée, mais je ne suis pas d'accord pour faire cela.

S. *(Pause, soupir de soulagement)* Je pense que cela m'aide réellement. C'est seulement quand je vais mal que je suis ainsi. Vous avez de la force, et vous m'en donnez.

Extrait du 12ème entretien:

S. *(silencieuse pendant deux minutes, sans regarder le thérapeute, elle commence à parler avec une voix dure et atone complètement différente de son ton habituel, avec beaucoup de répétitions mais les extraits qui suivent rendent bien les idées générales)* Vous pensez que j'ai envie de venir mais je n'en ai pas envie ! Je ne viendrai plus. Cela ne sert à rien. Je ne vous aime pas. *(Sa voix devient vénéneuse)* Je vous déteste ! J'aurai aimé que vous ne soyez jamais né

C. *(le ton de sa voix fait écho à la profondeur des sentiments qui viennent d'être exprimés par S.)* Vous me détestez, avec beaucoup d'amertume!

S. Je pense que je vous noierais dans le lac, que je vous couperais en morceaux. Vous croyez peut-être que les gens vous aiment, mais ils ne vous aiment pas... Vous pensez que vous pouvez séduire les femmes, mais vous ne le pouvez pas... J'aimerais vous savoir mort.

C. Vous me détestez et vous aimeriez vraiment vous débarrasser de moi

S. Vous pensez que mon père faisait de vilaines choses avec moi, mais il ne l'a pas fait ! Vous pensez qu'il n'était pas bon, mais il l'était. Vous pensez que j'ai envie de rapports sexuels, mais ce n'est pas vrai !

C. Vous sentez que je me représente toutes vos pensées de façon absolument erronée.

S. Vous pensez que vous pouvez faire venir des personnes qui vous diront tout, en pensant qu'elles peuvent être aidées, mais ce n'est pas vrai ! Vous aimez simplement les faire souffrir. Vous pensez pouvoir les hypnotiser, mais vous ne le pouvez pas ! Vous pensez être bon, mais vous ne l'êtes pas. Je vous hais, je vous hais, je vous hais.

C. Vous croyez que j'aime vraiment les faire souffrir, mais que je ne les aide pas.

S. Vous pensez que je n'ai pas été honnête, mais je l'ai été. Tout ce que j'ai obtenu, c'est douleur, douleur, douleur. Vous croyez que je ne peux pas diriger ma vie, mais je le peux. Vous pensez que je ne peux pas aller mieux, mais je le peux. Vous pensez que j'ai eu des hallucinations, mais ce n'est pas vrai. Je vous hais. *(Après une longue pause, se penchant sur le bureau dans une position tendue, épuisée)* Vous pensez que je suis folle, mais ce n'est pas vrai.

C. Vous êtes sûre que je vous crois folle.

S. *(Pause)* Je suis fatiguée, et je ne peux pas me détendre. *(Voix désespérée et larmes, pause)*. J'ai eu une hallucination et je dois la faire sortir ! *(poursuivant sur ses conflits profonds, elle parle de l'hallucination qu'elle a eue, avec une terrible tension dans sa voix, mais ayant adopté une attitude très différente de celle du début de l'entretien)*

Plus avant dans l'entretien

S. Je savais, au travail, que je devais me décharger de cela d'une manière ou d'une autre. Je savais que je pouvais venir ici pour vous le dire. Je savais que vous comprendriez. Je n'arrive pas à avouer que je me hais. C'est vrai que je ne pouvais pas le dire. Alors j'ai pensé à toutes ces choses laides que je vous ai jetées à la figure à la place.

C. Vous ne pouvez pas dire les choses que vous croyez de vous-même, mais vous pouvez les dire à mon endroit.

S. Je sais que nous arrivons au fond...

(Rogers, 1951)

Voici plusieurs commentaires concernant ces extraits.

Ils démontrent, à nouveau, que quand les conditions thérapeutiques sont réunies, le processus progresse. Ils démontrent également que cette hypothèse est valable pour l'exploration des soi-disant sentiments de transfert, comme elle l'est pour l'exploration d'autres sentiments.

Ce cas démontre que quand la compréhension du thérapeute est juste et que son acceptation est réelle, quand aucune interprétation n'est donnée et qu'aucune évaluation n'est établie, les attitudes de "transfert" ont tendance à se dissoudre, et les sentiments se dirigent vers l'objet véritable. Dans ce climat de sécurité, il y a moins besoin de nier la conscience aux sentiments et, en conséquence, la cliente réalise la signification de son expérience de façon plus juste, et des prises de conscience nouvelles peuvent émerger.

Il est intéressant de noter que quand le thérapeute répond à sa question et dit qu'il ne veut pas (pour des raisons d'ordre éthique) avoir des relations sexuelles avec elle, il parle seulement pour lui-même. Il n'y a pas d'interprétation de son comportement ni aucun jugement sur sa demande.

A mon avis les interprétations ont tendance à retarder - plutôt qu'à accélérer - le processus.

Si le thérapeute avait dit : "Je pense que vous me demandez peut-être de recréer la relation incestueuse avec votre père" - une interprétation qui pourrait très bien s'avérer juste, il aurait pour ainsi dire certainement rencontré une forte résistance.

Les psychanalystes parlent souvent de la résistance, et des difficultés à l'éliminer. Il est bien de reconnaître qu'il existe deux types de résistance. Il y a la douleur de la révélation - à soi-même et à l'autre - des sentiments jusqu'alors niés à la conscience. Il y a aussi la résistance au thérapeute, créée par le thérapeute. Proposer des interprétations, établir des diagnostics et autres jugements - c'est la manière habituelle de créer ces résistances. Résistances que le thérapeute doit alors gérer.

Voilà la puissance particulière de l'approche centrée sur la personne. En créant une relation sécurisante, le client n'a pas besoin de résister au thérapeute, et donc est plus libre, comme dans le cas exposé, de gérer cette résistance qu'il trouve en lui-même. Il ressent que le climat est suffisamment sécurisant pour réaliser que toutes les pensées et les sentiments qu'il a projetés sur le thérapeute sont, en fait, des pensées et des sentiments qu'il a en lui-même.

Pour ma part, il me semble clair que la façon la plus efficace de traiter tous les sentiments dirigés vers le thérapeute est de créer une relation thérapeutique qui est pénétrée des conditions proposées par la théorie centrée sur la personne.

Gérer les sentiments de transfert comme une partie à part de la thérapie est, à mon avis, une grave erreur. Une telle approche favorise la dépendance et allonge la durée de la démarche. Elle crée un problème nouveau, dont le seul but semble être la satisfaction du thérapeute - qui démontrerait ainsi la complexité de son expertise. Je le déplore.

J'aimerais ajouter un point supplémentaire. Si gérer "la névrose du transfert" est si important au sein d'une thérapie et opère un changement plus profond de la personnalité et du comportement, pourquoi n'y a-t-il pas de données pour étayer cela ? Où sont les entretiens enregistrés qui permettraient de démontrer que la vision psychanalytique est plus efficace,

qu'elle a de meilleurs résultats ? Pourquoi cette résistance au fait de faire savoir ce qui se passe réellement dans la gestion de ce point central du processus analytique?

Ayant lu, il y a des années de cela, une transcription d'une psychanalyse complète, et ayant eu l'occasion d'écouter des segments brefs de cette thérapie psychanalytique, je crois que je peux comprendre la réticence à rendre publique de telles données. Alors les questions au sujet du transfert seront débattues et amplifiées, mais toujours décalées d'un cran des données réelles. Les questions ne pourront pas trouver de réponse tant que les psychanalystes ne voudront pas y laisser entrer un regard professionnel.

(traduction *Sandra Pedevilla*)