

# UNE CONTRE-THEORIE DU TRANSFERT

John M. SHLIEN

Traduction: Isabelle Dubard et Helga Hennemann

N.B.

1. Les passages soulignés dans le texte et les citations ont été soulignés par J. Shien.
2. Les citations suivies d'un \* (atérisque) sont extraites de la traduction française par Anne Berman des "Études sur l'hystérie" (S. Freud et J. Breuer, P.U.F., 1985) et du "Vocabulaire de la psychanalyse" (P.U.F.) par J.B. de Pontalis

Les autres citations ont été traduites de l'anglais.

## INTRODUCTION

Le "transfert" est une fiction, inventée et maintenue, par le thérapeute pour se protéger des conséquences de son propre comportement. Voici une affirmation qui doit paraître à beaucoup une exagération, une accusation, voire un outrage. Nous l'énonçons cependant comme une hypothèse sérieuse et nous invitons notre très honorable profession à réexaminer ce concept fondamental à la lumière de la pratique.

Considérer le transfert comme un mécanisme de défense n'est pas tout à fait nouveau. Les protagonistes du transfert, eux-mêmes, en font un mécanisme de défense quand ils en parlent en terme de "projection"; pour eux, toutefois, la défense réside chez le client. En ce qui me concerne, il s'agit d'un autre type de défense: refus ou distorsion, elle est du côté de l'analyste.

Cette position qui est la mienne n'a pas de statut officiel au sein de la thérapie centrée sur le client. Rien de tel n'existe, d'ailleurs. Carl Rogers s'est contenté de traiter le sujet très succinctement en quelque 20 pages, ce qui constitue un abord plutôt limité quand il s'agit d'une matière qui remplit des volumes de littérature savante<sup>1</sup>. "Dans la thérapie centrée sur le client, ce type de relation de dépendance prégnante et persistante n'a pas tendance à se développer." (Rogers, 1951), bien que de telles attitudes transférentielles existent effectivement dans nombre de cas traités par des thérapeutes centrés sur le client. Disons que le transfert n'est pas particulièrement cultivé dans le contexte de "l'ici et maintenant" où l'exploration intensive de la prime enfance ne s'impose pas et où le thérapeute est visible et prêt à accueillir la réalité. Bien que Rogers connaisse la position que je défends ici et qu'il fut, je crois, influencé par elle depuis sa première présentation en 1963, il n'a jamais traité la notion de transfert comme un sujet de polémique. Et ceci, en partie, à cause de son peu d'inclination pour le débat sur ces thèses controversées. Il préfère se consacrer à son propre travail constructif en laissant le soin aux expériences à venir de réunir des preuves confirmant ou infirmant ces thèses.

Alors pourquoi la thérapie centrée sur le client devrait-elle prendre position face à un problème qui a joué un rôle si minime dans son propre développement? La raison en est que le concept du transfert est incontournable, parce que omniprésent. Il exerce une emprise puissante aussi bien sur l'esprit des professionnels que sur celui des profanes. La pratique de la thérapie centrée sur le client véhicule communément l'image d'un thérapeute relativement effacé. Cependant, comme elle exige que les conditions et les processus qu'elle met en oeuvre soient le fait d'un haut niveau d'autodiscipline et de responsabilité de la part du thérapeute, il est inévitable que se produise ce genre de tension émotionnelle et relationnelle si souvent désignée sous le terme de transfert.

Notre affirmation au début de ce chapitre contient, en fait, plusieurs questions distinctes. De quel comportement s'agit-il? Entraînant quelles conséquences? Pourquoi avoir inventé un tel concept<sup>2</sup>? Comment offre-t-il une protection au thérapeute? En réexaminant le concept de transfert, comment, pour parler comme Freud, "remonter jusqu'aux sources" ?

---

<sup>1</sup> Le mot "transfert" n'apparaît pas dans l'index de son tout premier "Counseling and Psychotherapy" (1942b)

<sup>2</sup> Les inventions sont artificielles: de ce fait, inventer est utilisé pour contrebalancer l'utilisation par Freud du mot découvert, qui implique un fait éprouvé ou une vérité révélée.

Et si cette recherche aboutissait à une conclusion contradictoire, sur la base de quelle preuve et suivant quelle motivation serions-nous conduits à un autre niveau de réflexion?

Nous allons tout du long ne considérer que le couple thérapeute-homme et patient-femme. Car telle fut la situation initiale lorsque le terme fut inventé. Les cinq histoires de cas relatées dans les "Etudes sur l'hystérie" (Breuer et Freud, 1895) événement marquant par excellence, Sont celles d'Anna O., d'Emmy von N., de Lucy R., de Katarina et d'Elisabeth. Rien de plus naturel puisque "l'utérus errant" était alors considéré comme un mal exclusivement féminin. Nous nous trouvons là en présence de la plus délicate des relations une jeune femme et un homme plus âgé relation tout a fait suspecte dans l'esprit du public (adepte ou adversaire) et qui resta l'association la plus fréquente durant plusieurs décades<sup>3</sup>. Tout bien considéré, il se pourrait que sans l'atmosphère chargée de sexualité qu'une telle situation engendre, le concept de transfert ne se soit pas ainsi développé, voire qu'il n'ait jamais existé! Car Breuer et Freud étaient particulièrement vulnérables, il ne faut pas l'oublier. Médecins juifs tous les deux, ils n'étaient admis dans les bancs de la société antisémite viennoise que grâce à leur statut professionnel. Ils ne pouvaient donc se permettre aucun faux pas.

Pour la psychanalyse, le transfert semble être le concept essentiel, "sine qua non", "une nécessité inévitable", "la finalité même du traitement", "la chose la plus importante que nous (Breuer et Freud) avons à porter à la connaissance du monde", sans lequel "le médecin et ses arguments ne seraient jamais écoutés". Par ailleurs, il contient et résume toutes les structures élaborées sur lesquelles il s'appuie: la signification primaire des instincts sexuels, le déterminisme psychique, l'inconscient, la théorie psychogénétique, le pouvoir de l'expérience passée. Crucial, quant à la théorie, il reconforte, protège et explique dans la pratique.

Le transfert sert également à distinguer la psychanalyste des autres formes de thérapie, ou du moins c'est ce qu'il est censé faire. Mais cela devient discutable si l'on se met à relever les contradictions dont il fait l'objet dans la littérature, ou l'on affirme tantôt que le transfert est spécifique à la psychanalyse, tantôt qu'il est un phénomène courant de la vie quotidienne. Qu'il soit unique ou universel, son application est largement répandue dans la plupart des systèmes psychodynamiques. Il permet au moins de distinguer les professionnelles des paraprofessionnels, les éclectiques des orthodoxes et en général ceux qui sont au pouvoir de ceux qui ne le sont pas. Si le transfert a cessé d'être la marque distinctive de la psychanalyse, il reste l'apanage des "initiés" qu'ils soient débutants ou non. "A contrecœur" ne reflète pas vraiment l'attitude de Freud. C'est un artifice destiné à faire passer une conjecture tendue pour un fait inéluctable. Actuellement, "à contrecœur" qualifie encore mieux l'attitude des psychothérapeute face à la révision de cette idée. Cette révision est pourtant nécessaire si nous voulons réévaluer l'utilité de ce concept.

Il nous semble tout à fait approprié de commencer la vision de ce concept avec son histoire lointaine. Le cas d'Anna O. est généralement considéré comme la pierre d'angle sur

---

<sup>3</sup> Les conditions sociales et économiques qui créent des névroses d'angoisse chez les femmes et permettent aux hommes de devenir médecins ont suffisamment changé pour provoquer une certaine égalisation des possibilités. Heureusement, les femmes peuvent maintenant plus facilement trouver des thérapeutes femmes. Il y a aussi davantage de permutations dans la situation thérapeutique: sexes opposés, même sexe. Nous savons relativement peu de choses de ces nombreux parallèles du modèle du transfert, mais pouvons être sûrs que ce concept est maintenant si bien établi qu'il apparaîtra lui-même comme une caractéristique que le client se sent en droit d'exiger. Il est devenu une partie du système de croyance pseudo-intellectuelle des clients informés.

laquelle se fonde la théorie du transfert. Cette affaire n'est pas seulement dramatique et émouvante, mais son importance dans le domaine de la psychothérapie est immense et ses effets continuent d'ailleurs à influencer la théorie et la pratique. Même s'il est probable que la psychanalyse et/ou d'autres formes de psychothérapie se seraient développées d'une manière ou d'une autre, toutes les formes existantes de psychothérapie doivent beaucoup à ces quelques pionniers. Pour leur rendre l'hommage qu'ils méritent, il est nécessaire de se pencher sur ces événements humains qui furent à l'origine de leurs combats.

L'exposé du cas d'Anna O. commence dans les Études sur l'hystérie publiées pour la première fois en 1895. Les auteurs y présentent les détails du traitement en prenant toutefois des précautions par respect pour la patiente encore en vie; en raison aussi du dénouement de l'histoire ainsi que des tensions de plus en plus fortes qui caractérisaient alors les relations entre Freud et Breuer. D'après tous les témoignages, Anna O. était une femme remarquable, comme l'était son traitement pour l'époque. Agée de 21 ans, elle fut décrite par Breuer et d'autres comme une personne de grande beauté, ayant beaucoup de charme, dotée d'une intelligence puissante, d'une grande vivacité et d'un excès d'énergie. Vivant à la maison dans un environnement aisé mais monotone, elle était affamée de stimulations intellectuelles. Elle avait une nature imaginative et poétique et parlait couramment l'allemand, l'anglais, l'italien et le français. Elle s'adonnait à "une rêverie diurne habituelle", son "théâtre privé". Elle avait également l'esprit perspicace et critique, ce qui la rendait rebelle à la suggestion, selon Breuer (qui employa cependant l'hypnose avec elle par habitude). Il fallait la convaincre avec des arguments point par point. Elle était tenace et obstinée, mais aussi connue pour son immense gentillesse, qualité qui la caractérisa toute son existence. Elle n'avait encore jamais été amoureuse. Bref, elle était jeune, belle, intelligente et solitaire. C'est elle qui appela la psychanalyse "the talking cure", et elle fut sans conteste une partenaire idéale pour le médecin pionnier, en tous points remarquable, qu'était Breuer dans le contexte de cette forme de traitement (Breuer avait à l'époque 38 ans, il était admiré, aimé, respecté et d'un niveau professionnel et social élevé). Ces deux êtres méritent tout l'intérêt passionné et l'admiration qu'ils ont inspirés. Breuer peut-être même davantage. Alors que, sans aucun doute, Freud fut le génie conceptuel et littéraire, qu'Anna O. fut la figure centrale de ce cas illustre, c'est probablement Breuer qui fut le génie clinicien de l'époque. Et cela alors que, dans cette exploration nouvelle et dangereuse, il n'y avait que peu de références précédentes sur lesquelles s'appuyer et que, dans ce domaine, l'expérience de Breuer était limitée.

L'expérience d'Anna O. avec Breuer a fourni le matériel de base qui a servi à édifier la théorie de "l'amour transférentiel" (comme on l'appelait alors). Mais ce fut Freud seul qui inventa plus tard cette théorie afin d'interpréter pour Breuer ce matériel clinique et faire connaître au monde cette interprétation. Entre-temps, l'invention de Freud fut étayée par sa propre expérience avec au moins une autre patiente.

Breuer donna la description du cas d'Anna O. en 1895 (Breuer et Freud, 1957) et il écrit alors qu'il avait "supprimé beaucoup de détails très intéressants" (exact) et qu'elle avait quitté Vienne pour faire des voyages, libérée de ses troubles antérieurs (ce qui n'était pas tout à fait exact puisqu'elle fut admise dans une maison de santé où elle "enflamma le cœur du psychiatre de l'établissement" (Joncs, 1953) et qu'elle s'adonna temporairement à la morphine)

Lorsque Breuer commenta les "Études" une dizaine d'années plus tard, il put écrire, "un temps assez long s'écoula encore avant qu'elle pût trouver un équilibre"\* psychique total". Et même, bien avant cela, dans une discussion avec Freud, il confia à celui-

ci, affligé, qu'il lui souhaitait de mourir et d'être ainsi délivrée de ses souffrances". En ce qui concerne "les détails supprimés", ils pourraient être partiellement en rapport avec l'interruption soudaine du traitement ainsi qu'à avec l'état critique de sa patiente, avec sa "grossesse" et sa "responsabilité" (celle de Breuer) . James Strachey, l'éditeur de la traduction de 1957 dans "Etudes sur l'hystérie", révèle que Freud lui a parlé de la fin du traitement d'Anna O. en ces termes:

"Pour Breuer, il fut évident que la patiente effectuait un saisissant transfert positif, non analysé, dont la nature \*sexuelle ne faisait aucun doute" (Breuer et Freud, 1957)

Ceci est évidemment une interprétation rétroactive, puisqu'au moment de son apparition, ni Breuer, ni Freud probablement, n'avaient à moindre idée de ce qu'était le transfert. Cette idée prit forme au cours des années 1905 à 1925, à mesure que Freud décrivait le cas dans ses conférences et divers écrits, y compris dans son autobiographie, en s'y référant directement ou indirectement avec toujours davantage d'informations à la clé. Ernest Jones donne des renseignements encore plus explicites dans sa biographie sur Freud (1953). Plus récemment, en 1972, fut publiée une biographie "romancée" de Freud relatant l'histoire d'Anna O. et de son traitement, écrite par Freeman, l'écrivain populaire fort connu (rien n'y est exact au sens littéral, ni ne ressemble à un compte rendu vérifiable)

Même ainsi, le récit de Breuer, malgré sa retenue, nous permet d'avoir un aperçu privilégié de son travail. L'éditeur des "Etudes" nous dit que Breuer n'avait que peu besoin de l'hypnose parce qu'Anna O. produisait à souhait "des flots de matériel inconscient et que Breuer n'avait rien d'autre à faire que de rester assis à côté d'elle et de l'écouter sans l'interrompre" (Freud, 1957). Rien que cela? Comme nous allons le voir plus loin, il nous semble que ce n'est pas peu de chose que d'écouter. Cela a pu paraître peu de chose aux yeux de l'éditeur, lui-même analyste-non-médecin-en-formation, peut-être pas beaucoup plus au médecin renommé, mais à la femme, seule, souffrante et désespérée, cela a du paraître un trésor inestimable. A cette époque, les jeunes femmes étaient soignées avec des placebos et renvoyées d'un médecin à l'autre. On les traitait avec une condescendance paternaliste ou avec une aimable indifférence. Breuer et Freud furent des exceptions et précieuses par le fait qu'ils écoutaient et prenaient la chose au sérieux. Si seulement Breuer avait pu en faire davantage et aller jusqu'au bout sans défaillir ! Ecouter est un comportement qui tire à conséquence ô combien. Ce qui est dommage, c'est qu'il l'ait interrompu au moment critique, juste à la fin.

En attendant, il y eut beaucoup d'autres comportements de sa part dont nous ne pouvons qu'estimer les conséquences. Il la nourrissait. Elle était amaigrie et lui seul pouvait la faire manger. Il pouvait lui donner de l'eau quand elle refusait de boire. Elle eut sans doute dans sa vie d'autres figures nourricières, mais Breuer en fut une sans conteste. Il allait la voir tous les jours. Elle lui tenait les mains pour pouvoir l'identifier quand elle ne pouvait pas voir. Lorsqu'elle était exténuée, il la faisait dormir avec des narcotiques ou par suggestion. Il rendait la mobilité à ses membres paralysés. Il l'hypnotisait parfois deux fois par jour, lui apprenait à s'auto-hypnotiser et puis il "la soulageait de tout le stock d'imaginations qu'elle avait accumulé depuis sa dernière visite" (1957). Il l'emmenait faire des promenades dans sa voiture avec sa fille à lui (nommée Berthe, ce qui était le nom réel d'Anna O.). Il lut son journal intime - affaire particulièrement délicate - avec ou sans sa permission. Il la força à se remémorer des expériences désagréables. Et pour cela seulement, ne croyez-vous pas qu'Anna O. (ou quiconque), indépendamment d'expériences antérieures, ait eu de vraies raisons, non imaginaires, d'éprouver des sentiments tels que la gratitude, l'espoir, l'affection, la confiance, l'ennui, la connivence intime, le ressentiment, la crainte de la séparation?

Pour finir, il y eut l'interruption du traitement. Breuer avait été très préoccupé par sa patiente et sa femme en éprouva bientôt une jalousie qui la rendit triste et soucieuse" Il y eut effectivement une amélioration. Mais Breuer, d'après le témoignage de Jones (1963), confia également à Freud qu'il avait décidé de terminer le traitement parce qu'il devinait l'état d'esprit de sa femme. Cela avait provoqué chez lui "une violente réaction, imputable sans doute à un mélange d'amour et de remords" (Jones, 1933)

Comment, exactement, annonça-t-il cette décision à Anna, nous ne le savons pas, si ce n'est qu'il lui fit comprendre qu'elle allait bien et n'avait plus besoin de lui. Ce même soir, la mère de sa patiente le rappela et il la trouva "dans un état de grande agitation, apparemment aussi mal que jamais" Elle était "en proie à un accouchement hystérique" (Jones, 1953). Certainement, une telle interprétation de ses "crampes" et de ses paroles vient facilement à l'esprit. Nous manquons de renseignements de première source pour savoir ce que la patiente pensait elle-même et ce que cela signifiait pour elle. Nous n'avons que des récits de deuxième, voire de troisième main. Freud racontant Breuer et le tout généralement rapporté par Jones, qui écrit: "Freud m'a fait un récit plus complet que celui qu'on trouve dans ses écrits". Une partie du récit est formulée comme suit:

"Breuer avait toujours soutenu que sa cliente était asexuée. A aucun moment de son traitement, elle n'avait fait la moindre allusion à un sujet aussi interdit. Or il la trouva cette fois en proie aux douleurs d'un accouchement hystérique (pseudo-cyesis), fin logique d'une grossesse imaginaire passée inaperçue et qui s'était produite en réponse aux soins donnés par Breuer. Bien que profondément bouleversé, celui-ci la calma en l'hypnotisant puis, pris de sueurs froides, s'enfuit de cette maison. Le jour suivant, sa femme et lui partirent pour Venise afin d'y passer une seconde lune de miel."\* (Jones, 1953)

"Quelque dix ans plus tard, à une époque où Breuer et Freud étudiaient ensemble certains cas, Breuer appela Freud en consultation pour un cas d'hystérie. Avant de lui montrer la malade, il décrivit les symptômes qu'elle présentait et Freud déclara qu'ils révélaient de façon typique un fantasme de grossesse. Breuer ne put supporter cette réédition d'un fait passé. Sans prononcer une seule parole, il prit sa canne et son chapeau et s'empressa de quitter la maison.\* (Jones, 1953)

Un compte rendu un peu plus explicite (sans pour autant de première main ou textuel) est cité par Freeman). Freud écrit à Stephan Zweig, un parent par alliance d'Anna O.

"Ce qui s'est réellement passé avec Breuer, je pus le deviner plus tard, longtemps après la rupture de nos relations. Je me souvins tout d'un coup de quelque chose que Breuer m'avait dit dans un autre contexte avant que nous eussions commencé à collaborer et qu'il ne répéta jamais. Le soir du jour où tous ses symptômes avait été liquidés, il fut de nouveau mandé auprès de la patiente, la trouva confuse et se tordant sous l'effet de crampes abdominales. Interrogée sur ce qui n'allait pas, elle répondit: "Maintenant l'enfant du Dr. B. arrive!"<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Un point doit être souligné. La seule reconstitution qui existe de cette histoire importante est celle de Freud - nous ne disposons d'aucune autre source quelle qu'elle soit. A quel point Freud tenait à obtenir ce compte rendu, combien de fois il a insisté auprès de Breuer pour l'avoir, nous ne le savons pas. Dans son autobiographie (1925), il écrit: "A mon retour à Vienne, je suis retourné une fois de plus à l'observation de Breuer et je l'ai amené à m'en dire plus. En 1925, il parle encore "d'une voile d'obscurité que Breuer n'a jamais soulevé pour moi". Il se pourrait, cependant, que son harcèlement leur ait coûté leur amitié. Nous savons combien le soutien de Breuer comptait pour Freud - nous savons aussi combien il tenait à obtenir cette information que, disait-il, Breuer ne répétera jamais pour lui. Néanmoins, la reconstitution est entièrement l'œuvre de Freud, et en 1932, lorsqu'il écrit la lettre citée à Zweig, il semble n'avoir toujours pas reçu de confirmation. "J'étais si convaincu

Parlant de Breuer, Freud ajouta: "A ce moment, il tenait la clé dans ses mains", mais "saisi d'une horreur conventionnelle, il prit la fuite et abandonna sa patiente à un collègue" (Freeman, 1972)<sup>5</sup>

Voici une dernière citation de Breuer lui-même dans son compte rendu: "L'élément sexuel était étonnamment peu marqué. Je ne tardai pas à connaître tous les détails de son existence et cela à un degré rarement atteint dans les relations humaines. La malade n'avait jamais eu de relations amoureuses".\* (Breuer et Freud, 1957)

Que s'est-il donc réellement passé? Nous ne le saurons jamais. Deux êtres remarquables (exceptionnels; à mon avis) doués d'une grande intelligence et d'un esprit généreux, touchèrent de près à une compréhension mutuelle. Il la connaissait bien. Elle le connaissait probablement mieux qu'il ne le pensait. Le fait de se connaître paraît avoir été précieux tant pour l'un que pour l'autre. La compréhension fit défaut à un moment critique. Ils laissèrent tomber la clef. C'est tragique, triste à pleurer. Mais nous sommes soulagés à l'idée que l'un et l'autre continuèrent de mener pleinement leur vie, et ce de manière fort constructive pendant de longues années.

Si vous êtes une femme, vos réactions à la lecture de ce qui précède seront probablement différentes de celles d'un homme. Peut-être vous sentirez-vous davantage en sympathie avec la patiente. Si vous vous mettez à la place du thérapeute, supposant que ce puisse être votre cas, vous saurez au moins que vous pouvez penser en vous-même, et peut-être dire à Anna O. : "Il est invraisemblable que ce soit mon enfant au sens physique du terme, puisque je suis une femme comme vous. Mais peut-être voulez-vous dire que je suis quelque chose comme un parent (une mère) pour votre souffrance, votre croissance, votre état quel qu'il soit". (Si, à votre avis, il est impensable qu'une femme-thérapeute puisse jamais être confrontée à une telle situation, voyez ce que cela implique pour la théorie du transfert.)

Il est plus difficile pour un homme de se placer dans une semblable situation imaginaire. Vous pourriez dire: "J'ai dû me soumettre à une stérilisation volontaire afin que ma vie soit plus sereine, c'est donc invraisemblable que..." (voir ci-dessus). Voici non seulement une absurdité avec laquelle peu de lecteurs accepteraient de s'identifier, mais encore cela serait inutile dans ce cas puisqu'Anna O. savait que Breuer venait d'être père récemment. (Il y a une autre source de sécurité, la théorie du transfert, mais elle n'a pas encore été tout à fait inventée.)

En attendant, revenons au fait que c'est le Dr Breuer qui est directement et immédiatement concerné, revenons à Anna O. Qu'ont-ils bien pu penser, ressentir, se dire tous les deux dans ce moment aussi périlleux? Probablement le meilleur et le pire! Dieu seul sait les paroles qu'elle proféra et dans laquelle de ses quatre langues (puisqu'elle avait l'habitude d'employer une sorte de "jargon", mélange de ces différentes langues, quand elle était malade). Nous ne savons pas ce que Breuer entendit, ni ce qu'il dit, ni ce qu'il raconta à

---

de ma reconstitution à moi, que je l'ai publiée quelque part. La fille cadette de Breuer lut mon compte rendu et questionna son père à ce sujet quelque temps avant sa mort. Celui-ci confirma ma version et elle m'en informa plus tard" (Freeman, 1972) - Quelle est cette reconstitution à laquelle il se réfère ici qu'il aurait publiée parce qu'il la tenait pour véridique sans avoir cependant la confirmation de Breuer? Poursuite de la vérité acharnée, sans aucun doute, mais les faits sont toujours rapportés avec de légères divergences, et jamais par quelqu'un d'autre que Freud.

<sup>5</sup> Pour ouvrir quoi? Pas nécessairement la serrure du mystère que Freud avait en tête. Peut-être la porte vers une exploration plus fidèle et plus courageuse; ou celle encore d'une psychothérapie éclairée, en avance de quelques décades sur son temps, si Breuer n'avait pas été effrayé par ce qui s'était passé, par la situation dans laquelle il se trouvait et peut-être aussi par son collègue.

Freud sur ce qui se serait dit. Ni ce que Freud dit à Jones, ni combien la traduction de Jones fut exacte (elle ne l'était pas toujours) . Mais admettons que la lettre de Freud à Zweig soit le document le plus authentique. Anna O. y dit: "Maintenant l'enfant du Dr B. arrive" (Freeman, 1972) ou, quelques pages plus loin, "Maintenant le bébé du Dr Breuer arrive, il vient.". Ces petites différences ont-elles une importance? Oui, car elles nous montrent combien le sol est mince sur lequel nous bâtissons nos conjectures.

Anna aurait pu penser, sentir ou dire, par exemple:

"Dr B. - Un bébé. Je me sens comme un bébé! Vous ne me feriez pas avorter de mon enfant? Alors pour-quoi me faites-vous avorter de mon traitement? Vous me connaissez si bien - mais vous avez cru que j'étais sexuellement sous-développée, que je n'avais jamais été amoureuse, que je n'étais pas romantique. Pourtant, vous savez par exemple que j'adorais la danse. -Eh bien! j'ai grandi. Grâce à vous, en grande partie. Maintenant, l'enfant du Dr Breuer est devenu une femme. Je suis au moins prête pour ce genre de délivrance sexuelle. Elle arrive!

Un matin, quand vous avez été en retard à notre rendez-vous, vous vous êtes excusé (ce qu'il fit) en disant que c'était à cause de votre femme qui venait d'avoir un bébé et que vous avez dû rester debout toute la nuit. Si c'est cela qui vous importe vraiment, regardez, moi aussi, je suis en train d'en avoir un.

Pourquoi m'avez-vous déclaré si brusquement que vous ne pouviez plus continuer à me voir? Vos raisons sonnaient faux. Je connais si bien votre voix, vos yeux. Quelle était la vraie raison? Si vous devez me mentir pour me quitter, je dois vous mentir pour vous garder.

Ecoutez-moi seulement jusqu'au bout. Je ne vous en veux pas de me quitter. Nous avons été proches. Vous m'avez massée, nourrie, vous m'avez donné la vie, le bien-être, la discipline. Vous m'avez amenée à dire des choses que je n'aurais dites à personne d'autre. Je me suis sentie aimée, et je dois vous dire qu'à la fin, moi aussi, je vous aime. Vous êtes beau, aimable, distingué. Si tout cela ne justifie pas mes élans et mon amour, qu'est-ce qui le ferait? Vivre ensemble est impossible, je le sais. La relation sexuelle n'est pas ce qui compte le plus pour moi. Mais l'amour, oui. Un enfant aussi, je voudrais quelqu'un à aimer. J'en ai désespérément besoin."

Aucune de ces possibilités ne commence à décrire les conversations auxquelles elles auraient pu mener. En attendant, le Dr Breuer, de son côté, aurait pu penser, ressentir et dire quelque chose comme ceci:

"Qu'ai-je fait pour mériter cela? Mon Dieu, vous avez vraiment perdu la tête (une fois de plus). Vous ne pouvez pas penser que je... (le pouvez vous?) . Nous n' avons jamais même effleuré un tel sujet (ce qui est exact). Cela ne m'est jamais venu à l'esprit (exact). Est-ce là encore votre "théâtre privé"? Ce n'est pas drôle. Vous voulez me punir? Sacrément embarrassant. J'ai déjà assez de problèmes à la maison. C'est un piège: Comment m'en sortir? C'est la ruine de ma réputation, de ma famille, de mon existence, de ma méthode, de mon espoir, de tout."<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> J'ai connu personnellement des psychologues et des psychiatres qui ont largement dépassé les transgressions, relativement innocentes, de Breuer. Chez eux, il s'agissait en effet de "péchés", pour le dire communément, "rapports sexuels inclus", entraînant des divorces, des mariages entre thérapeutes et clients, des suicides, des projets, voire des tentatives. de meurtre, des changements de carrière et le développement de nouvelles théories. La thérapie de O.H. Mowrer, basée sur la culpabilité réelle et sa compensation (1967) , en est un exemple, comme il l'a souvent exposé devant des collègues

Sur un mode plus modéré:

"Vous ne voulez pas que je vous quitte. Il se peut que j'aie été trop attentif ou trop inattentif avec vous, que je vous aie quitté de façon injuste. Que faites-vous pousser en vous-même dont vous avez tant de peine à accoucher? Quel rôle ai-je pu jouer dans tout cela? Je suis touché et honoré que vous m'ayez choisi. Est-ce que je vous ai laissé espérer plus que je ne peux donner. Avons-nous le temps de parler avant que vous ne partiez à l'hôpital?"

Ou le mieux de tout:

"Vous souffrez. Essayons de comprendre. Je vais remettre à plus tard mon voyage et travailler avec vous."

Freud avait<sup>1</sup> comme nous le savons déjà, discuté ce cas avec Breuer plus d'une fois. Il y a des chances pour que Breuer en ait ressenti non seulement de l'incertitude, mais aussi de la culpabilité et de la honte. A la fin des années 1880, donc des années après la parution des "Etudes sur l'hystérie", Freud essaya de persuader Breuer d'en écrire davantage sur ce cas. Breuer avait déclaré que le traitement des hystériques constituait une épreuve qu'il n'était plus à même d'affronter. Freud décrivit alors une expérience, archi-connue depuis son autobiographie, dans laquelle il avait lui aussi affronté des "événements fâcheux". Voici comment Jones relate l'incident:

"Freud lui raconta alors comment sa propre malade s'était jetée à son cou dans un transport d'affection, et lui expliqua pour quelles raisons il convenait de considérer ces sortes de fâcheux incidents comme résultant de phénomènes transférentiels, caractéristiques de certains types d'hystérie<sup>7</sup>. Cette explication parut calmer Breuer qui, évidemment, avait pris l'incident en question d'une façon trop personnelle et s'était peut-être même reproché d'avoir agi avec imprudence à l'égard de sa patiente."\*

Momentanément, cela dut procurer à Breuer un certain réconfort, une protection et une explication, mais seulement momentanément. Dans un premier temps, il fut d'accord de participer à cette publication et à la promotion de l'idée de transfert. Comme Freud l'a écrit maintes fois, "Je crois", me dit-il, "que c'est la chose la plus importante que vous et moi ayons à donner au monde" (Freud et Breuer, 1957). Puis Breuer retira son soutien à la théorie et à la primauté absolue de l'étiologie sexuelle des névroses - appui dont Freud avait besoin et qu'il sollicita avec insistance. "Il (Breuer) aurait pu m'anéantir, en attirant l'attention sur le cas de sa première patiente (Anna O.), dans lequel des facteurs sexuels n'avaient en apparence pas joué le moindre rôle" (Freud, 1948)<sup>8</sup>. Que Breuer ait été ambivalent, qu'il ne l'ait ni écrasé ni soutenu, Freud l'impute au fait que Breuer avait dissimulé et tenu secrète une partie du cas. Or, Breuer a pu avoir des doutes sérieux et sincères sur d'autres points. Ils ont fini par se mettre d'accord pour dire qu'ils étaient en désaccord, évoquant les "différences d'opinions naturelles et justifiées de deux observateurs qui, tout en partageant la même façon de voir sur les idées et les faits essentiels, ne sont pas toujours d'accord touchant les interprétations et les hypothèses".\* (j. Breuer/S. Freud, avril 1895, cité dans Breuer & Freud, 1957). Il est tout à fait possible que Breuer, intimidé par la

---

<sup>7</sup> Quand cet exemple est cité, on utilise soit la description anecdotique de la scène - comme par exemple: la patiente sort d'une transe hypnotique au moment où une domestique frappe inopinément à la porte ou entre dans la pièce soit on présente la scène sous une forme plus archétypique.

<sup>8</sup> Breuer le savait bien. S'il était tombé dans le piège, c'est lui qui aurait été écrasé.

nature de son matériel caché et par sa loyauté envers son collègue Freud et sa patiente Anna O., n'ait pas insisté sur ses arguments, quels qu'ils aient pu être. Freud s'obstina et l'emporta sur toute la ligne.

### DEFINITIONS ET AUTEURS

Voici quelques définitions qui s'imposent. Il y en a des douzaines qui varient avec le temps et d'un auteur à l'autre. Le thème principal est cependant suffisamment constant pour que tout adepte d'une psychologie des pro-fondeurs ne puisse qu'y souscrire bien que Orr écrive:

"A partir de 1930, il y a trop de variations du concept du transfert pour qu'il soit possible d'en faire un inventaire systématique" (1954).

#### 1905 environ

Que sont les transferts? Ce sont de nouvelles éditions ou des fac-similés de tendances et de fantasmes qui sont réveillés et rendus conscients au cours de l'évolution de l'analyse; ils ont cette caractéristique propre à leur espèce de remplacer une personne appartenant à un environnement antérieur par la personne du médecin. Pour le dire autrement: des séries entières d'expériences psychologiques sont revécues, non pas comme appartenant au passé, mais comme s'appliquant à la personne du médecin au moment présent. Quelques-uns de ces transferts ont un contenu qui ne diffère en rien de celui de leur modèle, Si ce n'est par le biais de la substitution. Il s'agit alors, pour employer la même métaphore, plutôt de nouvelles impressions, ou de réimpressions. D'autres sont construits plus ingénieusement; leur contenu a été soumis à une influence modératrice - la sublimation, comme je l'appelle - et ils peuvent même devenir conscients lorsqu'ils réussissent à s'accrocher astucieusement à telle ou telle particularité propre au médecin ou aux circonstances<sup>9</sup>. Là, nous n'avons plus affaire à de nouvelles impressions, mais à des éditions révisées (Freud, 1959).

"Le fait nouveau que nous sommes ainsi contraints à contrecœur de reconnaître, nous l'appelons "transfert". Par ceci, nous voulons dire un transfert de sentiments sur la personne du médecin, parce que nous ne croyons pas que la situation telle qu'elle se présente dans le traitement puisse justifier l'origine de tels sentiments. " (Freud, 1935)

Par transfert, nous entendons une particularité frappante des névrosés. eux-ci développent vis-à-vis de leur médecins des réactions émotionnelles d'un caractère à la fois affectueux et hostile, qui ne sont pas basées sur la situation réelle mais dérivées de leurs relations avec leurs parents (Freud, 1935).

Il ne fait aucun doute que les sentiments hostiles à l'égard de l'analyste méritent le nom de transfert, étant donné que la situation présente dans le traitement ne les justifie pas (Freud, 1935)

Pourquoi d'ailleurs quelqu'un éprouverait-il de l'hostilité envers Freud. "En vérité", écrit-il à Putnam (Jones, 1957) , "je n'ai jamais rien fait de vil". Il n'y a beaucoup de gens qui peuvent en dire autant, et tout le monde ne pense pas que cela soit confirmé par la réputation de Freud (Roustang, Dire Mastery, 1982). Cependant, s'il pense cela de lui-même, il est

---

<sup>9</sup> "Les femmes sont particulièrement douées pour cela", écrit-il. "Elles ont une sorte de génie pour cela" (Freud, 1935).

vraisemblable que des sentiments hostiles à son égard lui paraîtront injustifiés par son comportement. Ce qui importe ici, c'est la proclamation d'innocence de l'analyste, un refrain qui imprègne la théorie du transfert de bout en bout. En admettant que la portée d'un argument "ad hominem" ait ses limites, il y a un principe auquel tout lecteur averti doit souscrire assurément, c'est celui qui exige qu'une théorie de la personnalité et de la psychothérapie (comme la pratique qui s'y attache), si elle est honnête, doit refléter la personnalité et l'expérience de son auteur. Comment pourrait-il en être autrement?

Freud poursuit ainsi sa définition: "La nécessité de considérer le transfert négatif à la lumière de ce qui précède confirme notre point de vue antérieur - et similaire sur le transfert dit positif ou affectueux" (Freud, 1935) Cette "nécessité" obéit à cette logique étrange selon laquelle la seconde affirmation confirme la première ! Le transfert est-il utile? Oui, car il vient à bout de la résistance et permet l'interprétation; c'est notre allié tactique principal. "Le transfert paternel n'est que le champ de bataille où nous conquérons la libido et la faisons prisonnière" (Freud, 1935)

Pour résumer, les sentiments du patient "n'ont pas leur origine dans la situation présente et ils ne sont pas à imputer à la personnalité du médecin; ils reproduisent ce qui lui est arrivé jadis une fois dans sa vie" (Freud, 1927). L'expérience de "une fois jadis" a eu lieu dans "l'enfance et est habituellement en rapport avec un des parents". Comme c'est dit très simplement dans "Le problème de l'analyste-non-médecin" (Freud, 1927) , "pour le formuler grossièrement, l'attitude est celle de quelqu'un qui tombe amoureux". Ne l'oublions pas, "cette affection ne se rapporte ni au comportement du médecin, ni à la relation, ni à la situation" (Freud, 1935).

Ainsi, l'analyste n'est pas responsable, la situation n'est pas responsable, même s'il existe vraiment quelques "particularités" visibles dans la personne du médecin ou dans les circonstances. Le transfert est une particularité névrotique. Que la névrose de transfert soit un trait normal {commun} , ce n'est pas évident, mais qu'elle soit une caractéristique de l'analyse, cela est certain.

Il existe quelques mises à jour qui ne changent pas fondamentalement l'aspect du problème. Nous retiendrons toutefois ce qu'écrivit Fenichel en 1941, car il a essayé de modifier le dogme absolu:

"Tout ce qui est expérimenté par le patient sous la forme d'affects et de pulsions au cours du traitement analytique ne doit pas être assimilé au transfert. Si l'analyse ne fait pas de progrès, le patient a, à mon avis, le droit d'être furieux, et sa colère n'est pas forcément un transfert infantile - ou plutôt, nous sommes incapables de prouver qu'il y ait une composante de transfert." (Fenichel, 1941)

Pour d'autres, par la suite (Macalpine, 1950; Menninr, 1958), la situation analytique est, en elle-même, régressive. De ce fait elle n'est pas neutre, voire quitte toute responsabilité. Voici ce qu'écrivit Waelder en 1956:

"C'est pourquoi le transfert est un processus régressif. L'apparition du transfert est la conséquence des conditions qui caractérisent la situation et les techniques analytiques."

Cette déclaration de Waelder est complètement en contraction avec les définitions de base de Freud. Mais quelle est son influence?

Toutes ces réserves font des concessions et des corrections sans mettre pour autant le concept fondamental en question, en tant que tel. Curieusement, elles renforcent sa position sans jamais jeter le doute. La situation est régressive parce que, d'une part, elle tourne toute l'attention du patient à l'intérieur de lui-même et sur son vécu intérieur et que, d'autre part, le thérapeute est censé être imperturbable, neutre, flou, voire invisible. C'est comme ne forme de perte sensorielle. D'autres formes revêtent une importance inhabituelle. C'est ce qui se passe avec les paroles et la présence du thérapeute dans cette situation régressive.

Par ailleurs, si l'on considère le transfert comme une forme de "protection", on se demande "où est l'écran?" Déjà implicite, bien qu'apparemment ignorée, au moment de la première grande brèche qui s'est ouverte dans la théorie du transfert, la réponse, la voici: c'est le contre-transfert.

Dès l'instant que le concept prenait forme, on aurait pu s'attendre à ce que la présence de l'analyste soit davantage qu'un "vide". Vraisemblablement, le contre-transfert devait être contenu autant que possible. Jusqu'à ces derniers temps, les définitions de celui-ci et l'attention qu'on lui a porté ont été relativement minimales (exception faite pour un secteur où il semble le plus innocent, approprié et "naturel", à savoir le secteur du travail avec les enfants).

Lorsque Freud commença à prêter attention au contre-transfert, il le regarda davantage comme une simple réponse de la part de l'analyste que comme une caractéristique qui lui serait propre. "Nous nous sommes rendu compte que le contre-transfert apparaît chez le médecin comme une résultante de l'influence<sup>10</sup> qu'exerce le patient sur le sentiment inconscient de celui-ci" (Freud, 1910). Ceci est assez éloigné de l'idée qu'un de mes étudiants se faisait du transfert. Il croyait que le transfert guette l'analyste au niveau de ses désirs et attentes alors que le contre-transfert vient du côté du patient. Peut-être pas aussi farfelu qu'il n'apparaît ! Ne serait-ce pas justement le revers de la déclaration de Freud ci-dessus? Mais par où est-ce que cela commence?

Les positions psychanalytiques au contre-transfert vont de l'attitude qui consiste à le considérer comme un "obstacle à dépasser"<sup>11</sup> jusqu'à l'accueillir comme une sorte d'atout sensoriel ("la troisième oreille"- Epstein etFeiner,1974). De toute manière, on peut difficilement plaider "l'irresponsabilité" en avançant l'excuse "qu'il n'y a personne" si l'on admet le fait que quelqu'un doté de quelques caractéristiques palpables est effectivement là. La question devient alors: "Quelle est la nature de ces caractéristiques?".

---

<sup>10</sup> S'agirait-il là aussi de l'action du client? Ce matériau n'existe-t-il pas chez le médecin? Ou, si l'on accorde au transfert une qualité d'interaction, ne pourrait-il pas apparaître chez le patient comme le résultat de l'influence du médecin?

<sup>11</sup> Dans une lettre datée de 1939 au sujet d'un cas qui est en train d'acquérir une mauvaise réputation, Freud écrit à Jung: "Après avoir reçu votre télégramme, j'ai écrit une lettre à Mlle Sp. dans laquelle je feins l'ignorance" (Mc Guire, 1974) et à propos de "l'accident" de Jung: "Je ne me suis moi-même jamais laissé prendre aussi sérieusement, mais j'y ai touché de très près plusieurs fois et m'en suis tiré de justesse ("narrow escape", en anglais dans le texte). Je suis persuadé que ce ne sont que les dures nécessités qui pesaient sur mon travail, et le fait que j'avais dix ans de plus lorsque je suis arrivé à la psychanalyse qui m'ont sauvé d'expériences similaires. Mais celles-ci ne causent aucun tort durable. Elles nous aident à développer l'armure protectrice dont nous avons besoin et à dominer le "contre-transfert", qui est, après tout, un problème permanent pour nous tous." (Mc Guire,1974)

Le thérapeute est, à vrai dire, une personne dotée de quelques qualités distinctives et d'une certaine identité; peu importe combien elle est discrètement cachée. Il a une certaine idée de lui-même, une image de ce qu'il est et veut être. Il est probable que plus il sera véritablement modeste et humble, plus il sera surpris par l'idéalisation intense dont il fait l'objet de la part des autres. Mais s'il manque de charme, ou croit en manquer, combien incongru ce serait de la part du client de le trouver séduisant!

Mais peut-être n'est-il ni réellement modeste ni humble. Cela pourrait n'être qu'une attitude professionnelle. Lorsque Freud écrivit à Martha, sa femme, en lui racontant l'affection encombrante d'Anna O. pour Breuer et la consternation de son épouse, Martha lui répondit qu'elle espérait que cela ne lui arriverait pas à elle (un souci fréquent chez les épouses de thérapeutes). Freud lui reprocha sa vanité de supposer que d'autres femmes pourraient tomber amoureuses de son mari: "Il faut être un Breuer pour que cela arrive"\* (Jones, 1954). Ce n'était pas sa vanité à elle qui était mise en cause, semble-t-il, mais son inquiétude quant au fait que, lui, s'exposait. D'abord Freud posa mal le problème, ensuite il ne donna pas à sa femme l'assurance qu'elle attendait<sup>12</sup>. Finalement, c'est bel et bien à elle que cela arriva, comme la théorie le prédisait. Peut-être était-ce déjà arrivé. A un certain point, rapporté dans son autobiographie, Freud avait cessé de pratiquer l'hypnose après un "événement fâcheux"\* sa patiente, sortant d'une transe, s'était jetée à son cou dans un "transport d'affection"\* De toute manière, Freud abandonna la méthode de l'hypnose (il en fut "libéré") peu après et s'installa derrière le divan.

Le souci de sa propre image a certainement joué un rôle: à l'époque, on comparait l'hypnose au travail du "plâtrier" ou du "maquilleur", alors que l'analyse était considérée comme une "science", une "opération chirurgicale". Peut-être que l'enjeu se trouvait plus du côté de la dignité que de la modestie.

La modestie, pourtant, était un ressort qu'il faisait souvent jouer. Il écrit à Martha: "Parler avec Breuer, c'était comme de s'asseoir au soleil, il irradie lumière et chaleur. C'est un être tellement lumineux et je ne sais pas ce qu'il voit en moi pour être si aimable".

A propos de Martha elle-même, il écrit: "Peut-on imaginer quelque chose de plus fou, me disais-je. Tu as gagné la fille la plus adorable du monde, et ceci sans aucun mérite de ta part"<sup>13</sup> (Jones, 1953). Admettons qu'il s'agisse de l'hyperbole romantique d'un amoureux. Admettons aussi qu'il y ait des fluctuations dans l'humeur et le ton au fur et à mesure que les situations changent ce qui nous permet de comprendre cette humilité sous la plume de ce même puissant génie qui a pu dire de sa vraie nature qu'elle est celle d'un conquistador. Néanmoins, le crédit que nous accordons au "sans mérite" est le même que celui que nous accordons au thérapeute supposé invisible qui reçoit ce qu'il n'a pas mérité en créant les conditions pour qu'il y ait transfert.

"Peut-il y avoir quelque chose de plus fou, me disais-je à moi-même." Oui, quelques petites choses. L'une est d'institutionnaliser ce genre de fausse modestie, en faisant abstraction des caractéristiques propres à la situation et à la personnalité de l'analyste - les nier si complètement qu'une névrose est cultivée de part et d'autre et entre les deux, alors que

---

<sup>12</sup> Plus tard, il lui assura que l'anatomie de son cerveau était la seule rivale qu'elle avait ou risquait jamais d'avoir (Jones, 1953).

<sup>13</sup> "Mais la semaine d'après, il se demanda pourquoi il ne recevait pas une fois plus qu'il n'avait donné. Jamais il n'aurais imaginé un tel bonheur" (Jones, 1953)

celle-ci est l'objet même du traitement. Et tout cela au nom de la santé mentale, de la clarté, de l'objectivité' scrupuleuse.

### Réflexions intérimaires

En passe de proposer une contre-théorie, il est raisonnable que je décrive certaines expériences qui, au long des années, m'ont conduit à des entorses aux croyances universelles en la théorie psychanalytique à laquelle j'ai, naguère, adhéré.

1. J'ai travaillé au "counseling Center" de l'Université de Chicago. Tout d'abord en tant qu'interne (donc étudiant) , puis comme assistant de faculté, et finalement comme président de l'"Interdepartmental Clinical Program", occupant ainsi la place de mon ancien mentor, Carl Rogers, lors de son départ du Wisconsin. A ce poste, on acquiert la réputation de "thérapeute des thérapeutes". Ma clientèle se composait en grande partie de professionnels débutants. Parmi eux, il y avait trois internes de l'hôpital universitaire en stage de psychiatrie. A la faculté, on leur avait enseigné pas mal de choses sur le transfert. Ils discutaient de leurs expériences en tant que psychiatres en formation. L'un d'eux, un jeune homme timide et qui manquait de confiance en lui, s'exprimait avec une aisance particulière en parlant du début d'un transfert tel qu'il le percevait chez une patiente un peu plus âgée. Il sentait monter en lui une vive émotion. Il ressentait également qu'un pouvoir lui était échu, ce qui lui procurait de la gêne et du plaisir, et évidemment la gêne d'éprouver de la gêne et du plaisir. Non seulement la théorie du transfert vous redorait votre blason, mais elle vous procurait, en outre, une franche satisfaction. "J'avais l'impression de porter un masque. Je souriais derrière ce masque. J'aurais pu l'enlever. J'y pensais, mais j'étais trop troublé par ce que j'allais découvrir derrière. A l'abri du masque, je pouvais être détaché, amusé, plus réfléchi et plus sensible." Voici un petit renseignement révélateur de l'expérience intérieure du transfert chez un jeune adepte de la théorie. Je me demande combien de thérapeutes reconnaissent aussi honnêtement leur plaisir.

Quelques semaines plus tard, je conduisis un voisin et son fils de quatre ans au service d'urgence de l'hôpital. C'était mon client qui était de garde. J'ai aidé à tenir et à calmer le petit garçon pendant que le Dr G. recousait ses plaies à la tête. Nous avons travaillé à l'unisson et dans l'harmonie pour soigner cet enfant d'origine franco-iranienne qui parlait à peine l'anglais et qui avait mal et peur. Et nous avons bien travaillé. A la séance suivante, le Dr G. me dit qu'il avait eu le sentiment que c'était "notre enfant". Evoquait-il par là ses qualités féminines et mes qualités masculines (ou l'inverse)? Non. S'il fallait l'exprimer en termes de rapports familiaux, il pensait que nous étions frères. Il en était de même pour moi (alors que ni l'un ni l'autre, nous n'avions de frères). On pourrait facilement y voir l'expression du transfert et/ou du contre-transfert. Je pense qu'il ne s'agissait ni de l'un, ni de l'autre, mais simplement d'une expérience qui nous donna le sentiment d'être comme des frères.

2. J'assistai à un débat sur la religion entre Bruno Bettelheim et Paul Tillich. Bettelheim adopta la position générale brossée par Freud dans "L'Avenir d'une illusion", (déclarant que le besoin d'une croyance religieuse était la projection" de la nostalgie du père. Ceci me parut tout à fait plausible. Tillich répliqua: mais qu'est-ce qui sert *d'écran*?" Etant donné ma manière de penser à l'époque, cela ne me sembla pas un argument de poids. Mais progressivement, je réalisai que "cela" (ce qui sert d'écran) ne pouvait pas ne rien être.

3. Un soir, je surpris les paroles d'une cliente dans le bureau voisin. Elle pleurait et criait: "Personne ne m'a jamais traitée comme ça auparavant. J'aime ça, je n'arrive pas à y croire, mais j'ai peur chaque fois que je viens". Je croyais qu'elle frappait sur le bureau pour renforcer ses arguments. A la fin de la soirée, j'allai dans le bureau de ce thérapeute. "Pour l'amour de Dieu, Russ, que faisais-tu?" Il m'expliqua ce qui s'était passé et me fit écouter des passages d'un enregistrement sommaire. On entendait les coups de béliers du chauffage central. La cliente disait: "Personne ne m'a jamais comprise de cette façon-là auparavant. Personne. Je ne peux pas le croire. J'aime sentir qu'enfin quelqu'un sait, quelqu'un se soucie de moi. Mais quand je vais revenir la semaine prochaine avec le reste de mes salades, allez-vous encore me comprendre? Je ne supporterai pas que vous cessiez de me comprendre". J'ai longtemps réfléchi à cela. J'ignorais le contenu de ce qui fut compris, mais je fus impressionné par ce qu'être compris signifiait pour elle.

4. A un moment donné, je donnais un cours avec le Dr Rudolph Dreikurs, adlérien très en vue - un ours d'homme bourru et jovial. Il semblait particulièrement maladroit avec une certaine classe. Les étudiants étaient critiques et en colère. Au cours d'une pause, il me dit: "Remarques-tu l'hostilité? Ce qu'il y a de transfert négatif ici. Je lui fis part de mes observations et il se trouva perplexe, déconfit. Il avait enseigné à des centaines, même à des milliers de personnes, et pas une ne s'était plainte. Habituellement, on l'aimait.

5. En 1971, au cours de la période de la "révolution dans la santé mentale» (organisation de communautés, démythification, "thérapie radicale" et la politique appropriée, etc.), un psychiatre-analyste me dit: "C'est étonnant. Certains de ces paraprofessionnels que je supervise peuvent faire tout ce que nous pouvons faire - excepté de manier le transfert". Je me demandai: "Que dirait-il si le "transfert" n'existait pas?".

6. Pendant de nombreuses années, j'ai été perçu de multiples et différentes façons. Humble et orgueilleux, bon et cruel, digne et indigne de confiance, laid et beau, lâche et brave, pour nommer quelques contradictions variées. Quelqu'un doit faire erreur? Non, tout le monde a raison. Cette conscience de moi-même - parfois égoïste, parfois généreux - me fait hésiter avant de taxer la perception d'autrui de distorsion. Une cliente m'a vu en rêve, petit garçon qu'elle tenait sur ses genoux, moi, avec mes cheveux blancs, qu'elle savait père de trois grands enfants. Elle aussi avait raison (et elle avait en outre ses propres raisons pour avoir cette attitude maternelle dans le rêve). Ce côté-là existe chez moi. Je pourrais le rejeter, mais je le garde pour mon plaisir. On m'a vu comme un lion et comme un lapin. C'est vrai, je peux être dur et doux. Est-ce si extraordinaire? Bien que marié depuis 40 ans et heureux en ménage, j'aurais pu, dans ma jeunesse, tomber amoureux assez souvent avec facilité, passion, tendresse. Sérieusement? Parfois assez sérieusement pour que cela puisse durer une vie entière. Mais pas assez sérieusement pour que je m'imagine être le seul homme pour cette seule femme.<sup>14</sup> Bien que je n'aie pas d'estime pour le genre coureur à cause des dégâts qu'il peut faire, je suis resté perplexe et sceptique en lisant, sous la plume de Jones, que "Freud n'était pas seulement monogame à un degré inhabituel, mais semblait à un moment donné parti pour se laisser dominer par sa femme." (1953). C'est cependant un état d'esprit qui ferait pencher plus volontiers quelqu'un vers la théorie du transfert du moins en tant qu'illusion de soutien. Mais si cela n'est ni mon état d'esprit, ni ma personnalité, pourquoi faire mienne la théorie du transfert?

---

<sup>14</sup> Ma femme, avec bon goût et bon sens, me conseille ("après tout, ceci n'est pas ta biographie") de passer sous silence toute cette partie. Je le voudrais bien, mais un point essentiel du chapitre est que la théorie est en partie biographique, découlant de la réflexion, de l'observation, du concept de soi.

Venons-en maintenant à ma petite fille. J'aime cette enfant tendrement. De quelle expérience précédente est-ce que je transfère cette affection ? Oui, j'ai aussi aimé tendrement mes deux filles et mon fils lorsqu'ils avaient trois ans. Mais d'où cela venait-il? Tôt ou tard, ça a dû être quelque chose d'originel, "de novo" Nous savons, à partir du travail fait en psychologie comparative, que la plupart des femmes et beaucoup d'hommes montrent leur grande attraction pour la "configuration typique du petit enfant" - grosse tête, petit corps - par des signes autonomes tels que la modification des pupilles. En bref, c'est un instinct, et il produit ses conséquences naturelles chaque fois pour les mêmes raisons instinctives, comme si chaque fois était la première. Cette enfant me connaît, me fait confiance et m'aime aussi. S'agit-il d'une expérience de transfert ? Transfert de quoi ? Depuis où ? De mon côté, est-ce du transfert et du sien du contre-transfert ? Ni l'un, ni l'autre, à mon avis. La vérité se gagne. L'amour est naturel. C'est ça, la réponse.

Mais la vraie question, la voici: "Quelles sont les conditions qui font naître l'expérience originelle, la première de son espèce, celle qui n'a pas de précédent ?" Puis, "Que se passe-t-il si ces conditions prévalent de nouveau?" Autrement dit, "Si toute perception dépend du passé, que se passe-t-il s'il n'y a pas de passé?".

### Le pas suivant

L'histoire de ses origines mise à part, le transfert est un signe sténographique pour décrire des qualités et des caractéristiques d'interaction humaine. Aucune sténographie ne réussira à représenter les détails d'une relation unique. Elle aurait plutôt tendance à obscurcir (d'une façon parfois rassurante, bien sûr) les réalités de la relation. Le concept de "l'image du père" a besoin, par exemple, d'être tiré au clair; quelles caractéristiques est-il supposé représenter? Que signifient des concepts tels que "parent" ou "infantilisant"? Les pages suivantes présentent une autre façon de voir; elles clarifieront peut-être

- c'est un ~~vo~~ - les réalités que les formes sténographiques n'arrivent pas à représenter.

## **UNE CONTRE-THEORIE**

Si l'on considère le transfert comme une fiction dont le rôle est de protéger le thérapeute des conséquences de son propre comportement, il est temps d'examiner ces comportements et leurs conséquences normales. Il ne s'agit pas d'introduire ici une quelconque polémique. Simplement, puisque "l'amour transférentiel" est la notion la plus sollicitée et l'instance originelle du développement de la théorie du transfert (et de toutes les extensions dont elle a fait l'objet depuis) , nous devons examiner les comportements qui sont responsables du développement des sentiments affectueux et érotiques. Où est la vérité, où sont les faits?

D'abord, considérons la situation et les conditions inhérentes à celle-ci. La dépendance est une structure pré-établie au départ pour celui qui vient consulter et le traitement lui-même favorise encore cette dépendance. Le patient (ou le client) est typiquement angoissé, malheureux.

Il a besoin d'aide et il est souvent seul. Le thérapeute est supposé ne pas l'être. Au contraire, son rôle est celui d'un professionnel qui (surtout s'il est médecin) se situe, selon les études sociologiques, toujours en haut de l'échelle (pour ce qui est de l'attrait sentimental aux yeux des femmes en quête d'un mari), même avant les astronautes et autres célébrités<sup>15</sup>. La situation est telle qu'elle se prête à l'intimité, à la confiance, elle suscite la confiance et elle donne lieu à des contacts fréquents, de précieux secrets sont révélés.

Deuxièmement, le fait est que la plupart des adolescents et adultes sont constamment en quête d'un partenaire sexuel. Il suffit d'une occasion pour que naisse l'intimité. On n'a pas besoin d'étudier la thérapie pour trouver les arcanes et les sources mystérieuses des sentiments érotiques. Ils sont tellement courants qu'on les trouve partout et en tout lieu. La psychothérapie rencontrera l'attraction sexuelle aussi sûrement qu'elle rencontre le naturel. La simple combinaison du besoin et de la situation est une formule propice aux: fantasmes instantanés et occasionnellement érotiques.

Troisièmement, il y a dans les faits et les gestes un aspect particulier du comportement qui est d'une suprême importance, auquel tous les thérapeutes souscrivent et qu'ils essaient de mettre en oeuvre. C'est la compréhension. Comme Freud l'a formulé grossièrement à propos du transfert, "c'est une manière de tomber amoureux". Laissez-moi le dire carrément ainsi: "Comprendre, c'est une manière de faire l'amour". Cela n'est peut-être pas intentionnelle mais c'est l'un des effets de la compréhension. Le Don Juan professionnel le sait et l'utilise délibérément pour en tirer avantage. Bien que cela peut mettre le thérapeute qui ne veut pas en profiter dans l'embarras et l'acculer à négocier à un niveau acceptation et de non-possessivité ces sentiments ordinaires qui demandent conventionnellement une réponse du même ordre - ou le rejet. Ce genre de difficulté ne le dispense pas de sa responsabilité. Il a été intentionnellement compréhensif et rien que cela va, à la longue, éveiller chez le client la recherche d'éléments objectivables de confiance, de gratitude et peut-être d'affection ou de désir sexuel.

Dans le même contexte, l'incompréhension est une manière de "faire la haine". Cela marche aussi bien dans l'autre sens, puisqu'être mal compris, dans une relation généralement compréhensive, est un choc, une trahison, une frustration.<sup>16</sup> La compréhension et l'incompréhension et leur ambivalence réciproque sont les facteurs primaires dans la thèse du "*transfert positif et négatif*", mais il y a de nombreux comportements supplémentaires. Par exemple. attendre, demander la clé des toilettes, payer (éventuellement pour des rendez-

---

<sup>15</sup> Une certaine psychologie sociale actuelle suggère que l'amour, spécialement l'amour sexuel, est le résultat de facteurs qui ont trait au prestige et au pouvoir. "Une relation d'amour est celle où, du moins, un des partenaires donne (ou est prêt à donner) un statut extrêmement élevé à l'autre." (Kemper, 1978)

<sup>16</sup> Il ne faut pas négliger le fait que le thérapeute a le désir d'être compris par le client ou le patient et parfois le demande. Qu'il utilise des réflexions, des interprétations, des suggestions hypnotiques, il désire que sa façon de faire soit comprise. Il se sent bien Si c'est le cas, inadéquat et objet de résistance Si ce n'est pas le cas. En effet, le thérapeute pourrait avoir la même réponse à l'égard de la compréhension que le client! Tempéré, bien entendu, par une plus grande sagesse, maturité, conscience de lui-même et d'autres vertus pas toujours présentes

vous manqués), la fumée de cigare, diverses conditions d'infériorisation et d'infantilisation augmentent l'incompréhension.

La preuve la plus convaincante en faveur de cette thèse, dont la portée est simple mais profonde, réside dans l'expérience personnelle de chacun. Ce fut cependant un concours d'événements - tels que cette cliente entendue par surprise dans le bureau voisin ainsi qu'une autre circonstance fortuite - qui attira mon attention sur elle. J'ai pu prendre connaissance d'observations qui avaient servi de base à une étude faite par un prêtre catholique pendant son année sabbatique à l'Université de Chicago. Ce travail avait pour objet d'étudier ce qu'une personne peut ressentir quand elle se sent vraiment comprise (Van Kaam, 1959). Une question simple en apparence, mais riche d'une signification profonde. Par bonheur, les premières réponses que j'ai lues furent celles d'une jeune fille de 17 ans, élève d'une école paroissiale. C'était le type de l'adolescente peu sophistiquée du Middle West qui ne tient évidemment pas la comparaison avec la jeune fille raffinée que fut Anna O. Mais elles sont toutes deux réelles, et je suppose qu'elles se seraient comprises l'une l'autre. Ce qu'elle a ressenti dans son esprit et au plus profond de son être, elle l'a exprimé ainsi:

"J'ai senti comme si mon petit ami avait atteint mon cœur et avait réellement vu mes peurs et compris combien la religion signifiait pour moi. Tout mon être avait envie de crier combien je l'aimais d'avoir compris cela. Mon corps se sentait si vivant que j'avais envie de raconter à tout le monde combien j'étais heureuse et débordante de vie. Je voulais que tout le monde soit heureux avec moi. Je voulais rester accrochée à cette compréhension et prier pour ne jamais la perdre.

Chaque fois que je me sens comprise par quelqu'un, je sens un nouvel accès d'amour pour le monde entier. Je n'arrive pas à m'endormir sur le champ parce que je ne veux pas que cette compréhension s'évanouisse, et je ne sais pas pourquoi il me semble que le lendemain matin je l'aurai probablement perdue.

Mon corps semble vibrer très fort et j'ai envie de crier quelque chose que je ne suis pas capable d'exprimer avec des mots. Je me sens plus sûre de moi. J'ai envie de donner. Je veux donner tout ce que j'ai pour rendre cette personne qui m'a comprise plus heureuse. Je veux vivre chaque minute de la journée. La vie semble tellement plus riche quand on sait que quelqu'un vous comprend, parce que pour moi, celui qui me comprend est aussi celui qui m'aime et qui se soucie de moi, et je ressens de l'amour et de la sécurité et de la paix en moi." (A. Van Kaam, Communication personnelle, 1961)

Je vous concède que ce n'est pas là une réaction atypique, mais qu'elle est simplement exacerbée, sinon affinée, par la vigueur enthousiaste d'une adolescente. Elle nous dit comment le fait d'être compris peut affecter un être humain aux niveaux psychologique et physiologique. Pourquoi cataloguer ce genre d'effet de transfert? Cet effet tire, en vérité, son origine de la situation elle-même et de l'action de la psychothérapie, à condition que celle-ci soit effectivement bienfaisante. Cette réaction devrait plutôt s'appeler "originellence"; elle n'est ni transférée ni inappropriée.

Il s'agit d'une réaction normale et appropriée susceptible de survenir chez quelqu'un qui n'a jamais été compris de cette manière. Elle pourrait ne provenir d'aucune expérience passée, mais d'un désir que le passé ait été différent, ou des espoirs et des rêves du futur.

Par exemple, prenons cet entretien filmé entre Carl Rogers et Gloria (1965), dont une partie est reproduite ci-dessous. Vers la fin de l'entretien, Gloria se sent

profondément comprise; elle en a les larmes aux yeux et éprouve un sentiment qu'elle qualifie de "précieux". Elle aurait tant voulu, dit-elle, que son père eût été aussi compréhensif - mais cela n'avait pas été le cas. Dans la salle, à ce moment-là, l'assistance (très professionnelle) est crispée et sur le qui-vive. Il y a un rire gêné. On lui avait appris ce qu'il fallait penser et elle vacille entre le mépris et la sollicitude. Pour la plupart des spectateurs, en effet, le transfert vient de montrer son nez et, par anticipation, Rogers pourrait bien se faire piéger par cette situation "freudienne" dangereuse. Cela peut être interprété ainsi; mais on peut y voir aussi simplement la réponse de Gloria à une qualité de compréhension comme elle n'en a jamais reçue de la part de son père, le regret de n'avoir pas eu un tel père, si différent du sien. Est-ce du transfert?

Rogers, sur la sellette et bien conscient du problème, fait en sorte qu'il soit bien clair qu'il ne veut ni renier ni rejeter ce que vient d'exprimer Gloria. Sa réponse n'est peut-être pas un modèle parfait du genre; elle reconnaît néanmoins la nostalgie admirative de Gloria et lui fait comprendre qu'il l'apprécie telle qu'elle est. L'entretien peut alors se poursuivre sur un mode compréhensif.

Rogers: J'ai le sentiment que, dans ces moments d'utopie, vous vous sentez réellement comme entière. Vous vous sentez réellement tout d'une pièce.

Gloria: Oui. (Rogers: M-hm.) Oui. J'ai la gorge qui se serre quand vous dites ça, parce que je n'ai pas ce sentiment aussi souvent que je le voudrais. (Rogers: M-hm.) J'aime ce sentiment d'être entière. C'est quelque chose de vraiment précieux.

Rogers: J'ai dans l'idée qu'aucun de nous ne l'a aussi souvent que nous le voudrions, mais je comprends vraiment ce que vous voulez dire. (Pause) M-hm, ça (faisant référence à ses larmes) vous touche vraiment, n'est-ce pas?

Gloria : Oui, mais il y a encore autre chose, je pensais justement... C'est bête, mais tout à coup, hum, pendant que je parle, eh bien, ça me fait tant de bien de pouvoir vous parler, et j'ai envie que vous ayez bonne opinion de moi, et je vous respecte, mais ça me manque que mon père n'ait pas pu me parler comme vous le faites. Je veux dire que j'aimerais dire, enfin, j'aimerais bien vous avoir pour père. (Rogers: M-hm.) (Pause) ... (Rogers: Vous...) Je ne sais même pas pourquoi ça m'est venu.<sup>17</sup>

Rogers: Vous me semblez quelqu'un de joliment sympathique à avoir comme fille. (Un long silence) Mais ça vous manque vraiment de ne pas avoir pu être ouverte avec votre père à vous?

Gloria: Oui, je ne pouvais pas être ouverte, mais je... je trouve que c'est de sa faute. Je crois que je suis plus ouverte qu'il ne me permettait de l'être. Je veux dire qu'il ne m'écoutait jamais parler comme vous le faites. Et sans désapprouver, sans me rabaisser.

---

<sup>17</sup> Les gens de la profession pensent qu'ils savent pourquoi: "c'est la recherche du père". La sagesse populaire veut que les jeunes femmes soient à la recherche de figures paternelles. Un savoir moins partagé et plus déguisé veut que les hommes cherchent des "images de filles" (daughter figures). Il se peut que dans son rêve sur les "sentiments hyperaffectueux" qu'il avait pour sa fille Mathilde (Lettres à W. Fliess, 31 mai 1897), Freud ait fait cette expérience. Mais une telle réciprocité ou recherche dans les deux sens ne va pas très bien avec la théorie du transfert. Quelles que soient les motivations de part et d'autre - un intérêt modéré, la dépendance, l'exploitation, l'accomplissement des espoirs et désirs, la recherche va dans les deux directions. Il ne serait pas juste de ne rendre responsable qu'un des deux partis en présence. Il ne s'agit pas ici d'expliquer le cas particulier de Gloria, mais de fournir un argument d'intérêt général à la ré-analyse de la théorie du transfert

(Rogers, 1965. Cité avec la permission de Psychological Films, mc.:  
Transcription de l'auteur)

## "ORIGINELLENCE" CONTRE "CONTRAINTE REPETITIVE" DANS LA PENSEE PSYCHOLOGIQUE

Faute d'un mot plus satisfaisant pour désigner une autre approche du problème - et dans la mesure où le "de novo" vous semble possible -, le terme "originellence" désigne une expérience nouvelle. Il pourrait s'agir aussi bien de "*fraîches* perceptions" ou de "premières amours" que d'expériences déjà connues ou d'actes déjà accomplis, mais ayant le goût du neuf malgré les apparences. Cette orientation permet d'étudier les influences sur le comportement tant dans le présent que dans le futur. "Originellence" est simplement un mot ~ui fait pendant au mot transfert <transference, en anglais>. XI ne s'agit pas d'une théorie en soi, mais d'un argument destiné à fournir le contrepois de ces théories particulières pour les écarter. Il sera alors possible d'observer à nouveau les faits, 'nais cette fois-ci à la lumière de ce que les phénoménologues appellent la "naï veté sophistiquée".

Une des erreurs de la théorie du transfert réside dans la supposition illogique que toute réponse qui est semblable à une réponse précédente en est nécessairement la reproduction.

Des réponses similaires ne sont pas *toujours* des répétitions. Elles nous apparaissent comme telles parce que, dans notre désir de comprendre vite, nous cherchons des modèles, nous essayons de généraliser. Prenons l'exemple de la respiration. Celle-ci se fait suivant le schéma respiratoire habituel. Pourtant le souffle que je viens de prendre n'est pas fonction du précédent. Or l'un et l'autre répondent à la même incitation: celle de la fonction respiratoire. C'est une fonction normale qui se répète, mais ce n'est pas une répétition.

Au départ, l'amour originel de l'enfant n'est pas transféré. Il n'y a pas de situation antérieure. Que se passe-t-il donc? Cet amour originel s'est développé pour des raisons ou des conditions analogues à celles qui le produiront plus tard dans la vie. Que ces conditions soient de nouveau réalisées et il se produira (non pas "se reproduira") encore et encore, chaque fois de lui-même. L'expérience produite se mêle aux souvenirs et aux associations, mais ceux-ci n'en sont pas les conditions. Les souvenirs peuvent sembler reproduire. S'il en est ainsi, ils reproduisent les conditions (pour la peur ou la passion par exemple), et ce sont de nouveau les circonstances, non le souvenir, qui rendent compte de la réponse.

Comment un effet particulier apparaît-il de prime abord? Si l'on admet que la compréhension des parents (compréhension à l'égard des soins que demande l'enfant pour le développement de toute sa vie mentale depuis le langage jusqu'à la pensée) permet le développement de l'amour, toute nouvelle expérience de compréhension devrait provoquer l'amour, elle aussi. Mais réfléchissez: l'expérience numéro deux aurait aussi bien pu être l'expérience numéro un. Si notre corps aime la chaleur, ce n'est pas uniquement et peut-être pas du tout parce qu'il a connu cette sensation agréable au cours de la petite enfance - mais parce que cela lui est toujours agréable. Ce besoin est aussi élémentaire qu'une condition physiologique innée. Lorsqu'on goûte un citron à l'âge de 30 ans, son goût est acide et ceci nullement parce qu'il avait ce goût-là quand on avait 3 ans. Le citron à toujours un goût acide, peu importe à quel âge on le goûte pour la première fois, et il en sera de même toutes les fois suivantes et pour les mêmes raisons.

## Question de logique

Cette logique-ci est fonctionnelle; la logique du transfert est historique, entre les deux, la différence est grande. Dans la psychanalyse, le regard de la logique historique plonge au-delà du passé vécu de l'individu. Comme l'écrit Anna Freud:

"Il y a longtemps que l'étude analytique des névroses suggérait que la nature humaine présente des dispositions à rejeter certains instincts, en particulier les instincts sexuels, et ce indistinctement et indépendamment de toute expérience individuelle. Cette disposition est, semble-t-il, le résultat d'un héritage phylogénétique, une sorte de dépôt accumulé, provenant des actes de régression qui ont été perpétrés pendant des générations; dépôt qui continue simplement son cours mais dont le début n'est pas de la responsabilité des individus."

Par contraste, la logique d'une orientation axée sur le présent ou le futur ne nie pas le passé mais se penche sur l'expérience immédiate et prend en compte l'imagination.

A partir d'une évidence expérientielle, cette nouvelle logique met clairement en lumière le fait que chaque thérapeute dispose d'un ensemble de rôles et de comportements suivant lesquels il suscite activement des réponses chez le client. Il est aimé pour ce qui le rend aimable et détesté pour ce qui le rend détestable - avec toutes sortes de nuances entre les deux. Voici ce qui devrait être la première hypothèse: Je crois que la plupart des affects d'amour et de haine sont imputables à la compréhension et à l'incompréhension (ce qui n'entre pas dans ce cadre peut être défini comme un autre phénomène tel que le transfert).

Il ne s'agit pas, ici, de commencer à faire l'analyse des interactions complexes qui gravitent autour de la compréhension et de l'incompréhension. Quelles qu'elles soient, dans une situation donnée, le thérapeute joue néanmoins sa partie. Le premier principe pour le thérapeute est d'éviter de prétendre à une invisibilité innocente et de réfléchir sur ce qui, dans cette situation et dans son comportement, est imputable à ce genre d'"événement fâcheux" qui fut à l'origine de la théorie du transfert. L'adoption de ce principe pourra engendrer chez le thérapeute le sens de la vulnérabilité et supprimer non seulement le bouclier derrière lequel il s'abrite, mais aussi certains pièges thérapeutiques les plus décoratifs. Aujourd'hui, ceci n'est pas une perspective des plus encourageantes pour le psychothérapeute, car il est plus facile d'opter pour le traitement exotique d'un malaise intrigant. Quant au patient, il trouve également son compte dans le travesti.

N'y a-t-il donc jamais le moindre transfert? Si, bien sûr, il y en a si vous le désirez. Le matériel est là au départ. On peut le cultiver et le forcer. Les attitudes émotionnelles vont s'exprimer, à travers des voies indirectes si leur expression ouverte est découragée. Telles que des graines, les émotions vont pousser droites et vraies dans un sol nourissant ou, au contraire, se chercher un chemin tortueux à travers les fissures du bitume. On peut encourager les distorsions et puis les analyser. C'est une question de choix. Comme n'importe quelle fiction, le transfert peut être transformé en scénario et puis être joué - et on crée ainsi la réalité que l'on veut.

Au commencement, il y a toujours un préjugé. A la première rencontre, jugements et évaluations stéréotypés, basés sur les expériences antérieures, seront appliqués à la perception de ce qui est à la fois nouveau et inconnu. D'aucuns l'appellent stimulus,

généralisation. En état d'ignorance, que peut-on faire d'autre pour donner un sens? A moins qu'il ne s'agisse du cas rare de ceux qui sont capables et désireux d'approcher une expérience nouvelle en suspendant leur jugement, et avec une vision franche et ouverte. Ces derniers cas exceptés, le jugement a priori s'applique. Alors si la réalité de la nouvelle expérience est dissimulée, l'attention se tourne vers l'intérieur. Si la réalité se laisse découvrir au fur et à mesure que c'est nécessaire, le préjugé diminue; les jugements et les évaluations appropriés à cette réalité se développent. Par exemple, si des bretelles rouges (et ce pourrait être des yeux bleus, des croix gammées, des symboles de paix, la couleur de peau, la taille, la forme, etc., ensemble ou séparément) (signaux). Sont portées par une personne que vous rencontrez, et s'il vous est déjà arrivé d'avoir été maltraité par quelqu'un qui portait des bretelles rouges, vous serez très sur vos gardes envers cette personne. S'il vous est permis d'en savoir plus, et si vous souhaitez le faire, l'effet des bretelles rouges sera supprimé ou maintenu ou deviendra insignifiant, selon votre connaissance totale de la nouvelle réalité. Mais si la nouvelle réalité est dissimulée, l'attention cherche un but et un sens et, du point de vue de la relation, les projections règnent. Le transfert, ou ce qui passe pour transfert, peut alors être cultivé. Il n'est cependant ni inévitable, ni nécessaire. C'est une obstruction<sup>18</sup>. Le fait que certains tirent profit de son analyse peut provenir de l'introspection assidue à laquelle ils se sont soumis et de la présence d'une intelligence attentive de la part du thérapeute. Or ces deux conditions sont réalisables, et sous une forme au moins aussi pure, sans la névrose du transfert.

Y a-t-il une chance pour que la théorie fondamentale du transfert change? Y a-t-il un moyen de l'équilibrer par une critique corrective? Vraisemblablement pas. Un tel "équilibre" ne serait qu'une concession temporaire. La théorie par elle-même ne permet pas d'ajustements. Elle a pris trop d'importance, c'est de l'ordre du tout ou rien, car sa logique ne supporte pas d'être dérangée. Quant à sa position de base, elle est plus retranchée que jamais. Pour le public, elle est de la dernière mode, elle fait partie de la culture populaire; c'est du divertissement, de la distraction. Pour le professionnel, il s'agit d'une tradition, d'une commodité, d'un paravent, d'une marchandise à vendre, d'une vérité révélée ou d'une habitude de penser.

A quel point cela peut être une habitude de penser est illustré par l'exemple que donne J. Malcolm, journaliste subtil et très sympathique, dans une étude intitulée "Purpitudes dans les archives" (1983). En rapportant l'histoire d'un cas, il montre combien le grand Eissler<sup>19</sup> était exempt de toute présomption.

"Il (Eissler) traita une vieille dame fortunée pendant les années qui précédèrent sa mort, et ceci avec tant de succès que par reconnaissance elle modifia son testament et lui laissa une importante somme d'argent. Il ne put accepter cet argent pour lui-même et donna l'ordre qu'on le retourne aux ayants droit ou qu'on le remit à des oeuvres charitables. Cependant, le mari d'une parente de la défunte dont le legs avait subi une diminution dans l'opération contesta formellement la validité du

---

<sup>18</sup> Sans aucun doute, la névrose de transfert est une maladie astucieusement concoctée aux fins du traitement. N'y aurait-il d'ailleurs pas un peu de cela dans l'assertion selon laquelle "la psychanalyse est la maladie qu'elle essaie de guérir"?

<sup>19</sup> Kurt Eissler, une figure éminente au sein du mouvement psychanalytique, à propos duquel un de ses collègues disait: "Eissler n'est pas aimable, et il le sait" (Malcolm) Néanmoins, sa patiente a pu le trouver aimable et à juste titre, pour la raison même de son attitude de compréhension quand il l'avait, s'il l'avait et pour autant qu'il l'ait eue

testament. Or il se trouve qu'il était analyste; pour lui, Eissler avait exercé sur la patiente une "influence induite" à travers "l'utilisation inconsciente du transfert".

Malcolm écrit: "L'histoire se termina par une merveilleuse pirouette". mais pour Eissler, cette affaire fut cause d'un embarras douloureux qui lui fit réinterpréter ce qu'il avait d'abord regardé comme "un geste d'amour", cela devint "l'expression de la haine - l'expression d'un transfert négatif qui n'avait pas réussi à émerger pendant le traitement".

On peut interpréter cela aussi d'autres façons. La patiente aurait pu, effectivement, être bien disposée envers son médecin; peut-être s'était-elle attendue à ce qu'à défaut de ne pouvoir utiliser l'argent pour lui-même, il choisisse de soutenir des intérêts charitables qui lui tenaient à cœur; ou bien encore, pourquoi n'aurait-elle pas anticipé le plaisir de faire d'une pierre deux coups et de mettre dans l'embarras et son analyste et ses héritiers. Il y a néanmoins deux autres constatations qui s'imposent:

Premièrement, la vieille dame fut traitée, même après sa mort, comme une patiente psychiatrique et par conséquent comme une mineure et une irresponsable. Elle n'a pu exercer sa liberté quant à la manière d'utiliser ce qui, après tout, c'était son argent parce que:

- 1) son jugement était à tout jamais suspect;
- 2) une grosse somme allait sortir de la famille;
- 3) ceci ne faisait pas l'affaire de ses survivants, lesquels pouvaient soit se retrancher derrière la théorie du transfert, soit être mis en cause par celle-ci.

Deuxièmement, tout le monde souffre dans cette affaire (avec cependant quelques compensations), sauf le concept du transfert. On pourrait penser que, puisqu'il est né d'une situation embarrassante, il pourrait maintenant disparaître d'un semblable embarras. Il n'en est rien, c'est là son charme. Il change simplement de couleur, il ne se trouve jamais mis en question, seulement re-confirmé.

## CONCLUSION

J'ai réuni ici les arguments de la contre-théorie du transfert, non pas en guise de complément ou de contrepartie, à l'exemple du "transfert/contre-transfert", mais dans le sens où "contre" signifie opposé, une alternative. Si le transfert est une théorie (et si l'on ne tient pas compte pour le moment de la personnalité du thérapeute et de la situation thérapeutique), voici la contre-théorie: le thérapeute est responsable de deux comportements fondamentaux, à savoir. la compréhension et l'incompréhension, ce qui entraîne l'amour ou la haine et les affects qui leur sont associés. Ce sont ces deux comportements fondamentaux qui - outre certains autres comportements, plus la situation thérapeutique et la personnalité du thérapeute - peuvent expliquer tout ce qui passe pour un transfert et qui devraient en premier lieu en être rendus responsables.

L'influence déterminante de la compréhension a été mise en vedette pour rendre compte du phénomène appelé "transfert". Ceci ne devrait pas dissimuler le fait que c'est cette compréhension même (non le transfert, l'amour transférentiel, ni l'amour lui-même) qui guérit. La compréhension provoque guérison et croissance; l'incompréhension provoque blessure et destruction.

En affirmant que "la compréhension guérit", je ne prétends pas faire de la compréhension la propriété exclusive de la thérapie centrée sur le client. Loin de là; mais depuis toujours, la thérapie centrée sur le client a fait de la compréhension l'objet privilégié de son intérêt permanent: d'abord en cherchant à s'assurer la confirmation par le client; plus tard en mettant l'accent d'une part sur l'empathie (comme une forme de compréhension et même de "manière d'être") et sur la manière d'atteindre un niveau de compréhension optimum. Il s'agit de mettre en avant une priorité et non de revendiquer une propriété.

Si j'insiste à ce point sur l'importance de la compréhension, c'est pour montrer que l'amour est certes une bénédiction, mais qu'il ne suffit pas. En dernière instance, nous essayons de nous situer, non seulement par rapport à l'amour transférentiel, ou à l'amour en général, mais à la guérison. Même l'amour sentimental ("tomber" amoureux ou choisir de l'être) promet une compréhension mutuelle; celui-là est donné dans l'espoir de recevoir celle-ci (ce qui peut ou non être le cas) . L'amour présent ! C'est le terrain pour la compréhension, à moins que ce ne soit la conséquence de cette dernière. Bien que les deux soient étroitement associés, l'amour ne guérit pas. La compréhension, elle, guérit. Elle fait aussi que l'on se sent aimé, ou elle soutient l'amour déjà ressenti, mais le pouvoir de guérison réside dans la compréhension.

Savoir cela ne rend pas le moins du monde la conduite de la thérapie plus facile. Cela peut cependant aider à séparer la thérapie du reste de la vie. Il semble que l'on puisse très bien et aimer ceux pour lesquels nous ne faisons pas l'effort considérable - parfois presque épuisant - de les comprendre pleinement, et recevoir de l'amour de leur part. C'est cela la différence entre la vie réelle dans des relations ordinaires et la vie tout aussi réelle en thérapie. Si on peut les amener à se rencontrer et dans la mesure où cela est possible, tant mieux; sinon, tout est bien dans l'un et l'autre cas.

Cette conclusion, à savoir que ce n'est pas l'amour qui guérit, peut être pour beaucoup une déception. Le rôle de celui qui guérit est attirant. Il en est de même du bienfaiteur qui dispense l'amour. Thérapeutes et autres ne trouvent ces rôles que trop gratifiants. Mais

non, le "guérisseur" s'attribue le mérite d'un processus inhérent à l'organisme, et l'amour n'est thérapeutique ou bénéfique de façon durable que s'il est exprimé à travers la compréhension. L'acte de compréhension est probablement l'une des tâches les plus difficiles que nous nous imposions, un genre de service apparemment futile qui demande une forme d'intelligence et de sensibilité à ce point exigeante qu'on peut parler, à juste titre, de don chez certaines personnes. Mais même cela n'est pas l'argument final. En dernier ressort, il appartient au client de se sentir compris. Par là même, évidemment, il se comprend lui-même, ce qui lui permet de confirmer qu'il a bien été compris.

Le fait de réaliser que c'est la compréhension qui favorise la guérison nous met en face du problème qui reste à résoudre pour la psychothérapie et la psychologie: nous ne savons pas quels sont les mécanismes propres à la compréhension qui favorisent la guérison; nous ne connaissons pas les mécanismes de la compréhension elle-même. Et ce n'est pas une théorie comme celle du transfert qui peut nous apporter une telle connaissance; celle-ci n'a été qu'un barrage, une flèche pointée dans la mauvaise direction pendant presque un siècle. Cette connaissance ne viendra peut-être d'aucune forme actuelle de psychothérapie, mais plutôt des domaines plus neutres de la psychologie cognitive<sup>1</sup>, sociale et génétique, pour le bénéfice ultime d'une nouvelle théorie et d'une nouvelle pratique.