

Le point de vue de l'Approche centrée sur la personne sur l'utilisation de notions issues de concepts analytiques, notamment celles de «transfert» et de «contre-transfert»

Barbara Temaner Brodley, PhD

Traduction Française Ducroux-Blass, rev.

Au terme de ses études à l'Université de Chicago où elle obtint le titre de docteur en psychologie, Barbara Brodley rejoignit l'équipe enseignante du Centre de Counseling de Chicago fondé par Carl Rogers dans cette même université. Elle devint ensuite professeur-assistant à l'École de psychologie professionnelle de l'Université Argosy et psychothérapeute en libéral. Elle est décédée le 14 décembre 2007, à l'âge de 75 ans. De son vivant, Barbara Brodley publia de nombreux articles dans lesquels elle témoignait de son attachement à la thérapie centrée sur la personne et de son désir de voir celle-ci se perpétuer parmi les jeunes générations de thérapeutes.

L'original anglais de cet article a été publié in *Renaissance*, Vol. 9, N° 1, 1992.

Résumé

Dans un langage direct et précis, l'auteur aborde la question de concepts psychanalytiques communément utilisés, parmi les psychothérapeutes professionnels comme dans le grand public. Ces concepts ne sont pourtant pas admis de tous, et appartiennent à une construction théorique non prouvée, mais qui a eu un retentissement rare. Oublier qu'il s'agit de concepts théoriques peut être dommageable de la part des cliniciens.

Mots-clés: transfert, contre-transfert, pratique psychanalytique, approche humaniste.

Souvent, dans leurs exposés cliniques, psychologues, thérapeutes et étudiants utilisent une terminologie issue du langage psychanalytique. Les questions du type «qu'en est-il du transfert?» sont monnaie courante. Non moins courantes sont les allusions à la «phase de latence» lorsque la problématique est d'ordre familial. Et il n'est pas moins fréquent d'entendre un superviseur dire à ses supervisés que son «contre-transfert» est pour son client une invitation à 'passer à l'acte' sur le champ.

Les termes «transfert», «contre-transfert» et d'autres expressions psychanalytiques (défense du moi, résistance, phase de latence, moi-objet, etc.) sont utilisés dans ces contextes cliniques *comme s'ils* se référaient à des phénomènes validés de manière consensuelle alors qu'il ne s'agit que de constructs théoriques. Confondre des concepts théoriques avec des phénomènes observables est une erreur intellectuelle que commettent bien des cliniciens des professions d'aide. Cette erreur est nuisible pour les clients, les étudiants et les cliniciens eux-mêmes.

Il semble difficile de trouver de bons arguments contre l'exigence de clarté intellectuelle vis-à-vis de nous-mêmes et de précision dans la communication lorsque nous discutons de psychothérapie en général ou de notre travail avec des clients spécifiques. Il semble aussi difficile de nier les constatations suivantes: (1) Le vocabulaire qui s'est développé à partir de la pratique psychanalytique ne renvoie pas au comportement mais à

des interprétations complexes du comportement, à des relations «cause-effet» supposées exister entre des événements intrapsychiques et des comportements observables. (2) Les termes eux-mêmes renvoient à une variété de comportements observables souvent contradictoires. (3) En se développant, la théorie psychanalytique a donné naissance à de nombreuses variantes, partant à des définitions différentes de bien des concepts (Epstein, 1983; Freud, 1974; Gelso & Carter, 1984; Greenson, 1974; Joseph, 1985; Kernberg, 1981; Racker, 1982; Searles, 1979; Stevens, 1986; Sullivan, 1987; Winnicott, 1949). (4) La théorie psychanalytique n'est pas la seule explication reconnue du comportement humain, voire la seule théorie de thérapie (Rogers, 1959; Skinner, 1989). Si ces points sont acquis, il semblerait que, lors de discussions concernant des clients spécifiques, la mention de la théorie à laquelle il est fait référence, la définition des concepts qui la sous-tendent et la précision des données observables prises en considération soient un atout considérable de clarté et de précision intellectuelles dans la communication.

On pourrait même dire que ce serait une marque de considération pour les participants d'orientations non analytiques (voire d'autres cliniciens) de reconnaître que, dans une discussion, des participants aient la possibilité de ne pas se référer à l'une ou l'autre version psychanalytique. Lorsque des termes psychanalytiques sont utilisés sans indication précise quant à la théorie, les définitions ou les comportements, le participant d'une orientation non psychanalytique – qu'il soit centré sur la personne ou d'une autre approche humaniste – se trouve dans une situation difficile et injuste. Afin de pouvoir réagir authentiquement de manière responsable au cours d'un exposé théorique ou de la présentation clinique d'un client, il doit contrer de manière implicite ou explicite les assomptions de l'intervenant psychanalytique en lui demandant de préciser sa théorie, ses hypothèses et éventuellement les comportements du client. S'il y renonce et adopte la terminologie psychanalytique il aura l'impression d'être veule, de participer à une manière de pensée non étayée ou de donner une fausse image de lui-même.

Les déclarations et les questions qui s'appuient sur des termes psychanalytiques *comme s'ils* renvoyaient à une réalité commune ou à une commune conceptualisation de l'individu contribuent à la diffusion d'une pensée clinique fumeuse et à la production d'un travail irresponsable. L'usage ordinaire ou inexplicité de termes psychanalytiques est aussi une forme de brimade mentale. Et ceci est d'autant plus vrai quand ces termes sont utilisés par des praticiens en position d'autorité par rapport aux personnes

auxquelles ils s'adressent. Pour un étudiant, questionner les thèses de son superviseur au milieu d'une discussion clinique est par trop menaçant.

Chaque fois que des termes psychanalytiques sont utilisés dans une discussion, il serait sage que des questions comme celles qui suivent soient posées: À quelle théorie précise vous référez-vous? Quelles sont vos hypothèses? Quelles sont les définitions exactes des termes que vous employez? Quels sont les comportements spécifiques du client dont vous parlez? Malheureusement ce genre de questionnement est rare.

L'erreur qui consiste à utiliser des termes tels que «transfert» ou «contre-transfert» *comme s'ils* se réfèrent à des phénomènes validés de manière consensuelle n'est pas seulement le fait de cliniciens ou d'enseignants négligents. Il arrive, certes, que ce soit de la négligence. Parfois c'est dû à l'ignorance ou à un manque de formation intellectuelle en psychologie clinique. Cependant je pense que c'est aussi l'héritage du haut statut social conféré à la psychanalyse et à la mystique dont ses adhérents l'ont entourée.

Pour des raisons qui ont bien plus à voir avec l'histoire de la théorie et de la pratique de la psychanalyse qu'avec la vérité de la théorie et l'efficacité de la pratique, la terminologie mise en place par Freud et les psychanalystes est devenue le langage interne des psychologues cliniques et autres thérapeutes. Utiliser des termes comme «transfert» et «contre-transfert» communique une position «interne» à beaucoup de personnes de la communauté mais également aux autres à l'extérieur. Signe de statut, ces termes sont utilisés comme s'ils désignaient la réalité ou comme si la théorie dont ils sont dérivés était valide. Or ce n'est vrai ni dans un cas ni dans l'autre. La théorie psychanalytique n'a jamais été vérifiée. Pas plus qu'aucune autre théorie.

En ce qui concerne le concept du «transfert» notamment, la position de l'Approche centrée sur la personne a été mise en évidence par Rogers (1951, 1987), par Shlien (1984, 1987) et par Seeman (1987). Pour beaucoup d'entre nous qui travaillons dans cette approche, l'emploi d'une terminologie psychanalytique s'avère inutile.

Nous ne l'utilisons pas nous-mêmes. Et quand elle est utilisée par d'autres nous la trouvons obscure. Certains parmi nous la ressentent même comme offensante pour nos sensibilités et pour les sentiments d'humilité et de respect que nous éprouvons pour nos clients ou toute autre personne.

Que les thérapeutes souscrivent ou non à l'une ou l'autre des versions de la théorie ou de la pratique psychanalytique, il est évident que la clarté

intellectuelle et l'ouverture de la communication entre collègues et étudiants ne peuvent qu'accroître les efforts sincères qui visent à comprendre vraiment les clients et à travailler avec eux. Éviter délibérément l'usage de termes psychanalytiques (du moins jusqu'à ce qu'une discussion ait permis de spécifier les comportements, expliquer la théorie et définir le vocabulaire) ouvrirait la voie à une meilleure communication entre collègues, une meilleure compréhension des clients et une pratique plus efficace.

Références

- Epstein, L. (1983). The therapeutic function of hate in the countertransference. In L. Epstein & A. H. Feiner, (Eds). *Countertransference: The therapist's contribution to the therapeutic situation* (pp. 213-234). New-York: Jason Aronson, Inc.
- Freud, S. (1974). Letter from Freud to Jung dated 1909. In W. McGuire (Eds). *The Freud-Jung letters* (p. 231). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1984). The relationship in counselling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *Counseling Psychology*, I, pp. 155-237
- Greenson, R. (1974). Loving, hating in indifference towards the patient. *International Review of Psychoanalysis*, I, pp. 259-266.
- Joseph, B. (1985). Transference: The total situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, pp. 447-454.
- Kernberg, O. (1981). Countertransference. In R. Langs (Ed.), *Classics in psychoanalytic techniques* (pp. 207-216). New York: Jason Aronson, Inc.
- Racker, H. (1982). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press, Inc.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Koch, S. (Ed.). *Psychology: A study of a science. Vol. III. Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw Hill.
- Rogers, C.R. (1987). Comments on Shlien's article «A countertheory of transference», *Person-Centered Review*, 2, pp. 182-188.
- Searles, H.F. (1979). *Countertransference and related subjects: Selected Papers*. New York: International Universities Press.
- Stevens, B. (1986). A Jungian perspective on transference and countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 22, pp. 185-201.
- Seeman, J. (1987). Transference and Psychotherapy. *Person-Centered Review*, 2, pp. 185-195.

- Shlien, J.M. (1984). A countertheory of transference. In R. E. Levant and J.M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach* (pp. 153-181), New York: Praeger. (1987) In *Person-Centered Review*, 2, pp. 15-49.
- Skinner, B.F. (1989). Dialogue with Carl Rogers. In H. Kirschenbaum and V.L. Henderson (Eds). *Carl Rogers: Dialogues* (pp. 79-152). Boston: Houghton Mifflin Co.
- Sullivan, B.S. (1987). The disliked client. *Quadrant*, 2, pp. 55-71.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 3, pp. 69-74.