

RÉALITÉ DU TRANSFERT DANS LES PSYCHOTHÉRAPIES

Mona CHARABATY

Une légende veut qu'à la porte du sanctuaire où se trouve caché le Graal, un gardien inflexible...

Le trésor sera à celui qui lui demandera : « Homme, quel est ton tourment ? ».

Dans l'aventure analytique, par cette interrogation, l'histoire ne fait que commencer.

À partir de ce que la question posée suscite chez le sujet de la quête, l'analyste ose se proposer, en induisant le processus du redéroulement des actes du destin souffrant, d'être le support des différents rôles que le scénario complexe et dramatique engagera, et assumer celui du miroir réfléchissant de la scène intérieure.

L'analyste prêtera son moi à l'analysant dans l'aventure du voyage intérieur espérant libérer les trésors hypothéqués, confisqués par la souffrance jusque là aliénante.

L'analyste « personnage ordinaire » est mis, dirait Bion, « dans une situation extraordinaire ». Situation d'autant plus extra-ordinaire qu'elle amènera ses protagonistes à quitter le temps réel pour rentrer dans l'intemporel, qu'est le temps de la cure, aventure à deux où, paradoxalement, l'éclaireur ou sujet supposé-savoir quittera son savoir (la cartologie de la psyché) et se munira de la lanterne de l'écoute.

Cet intemporel est possible par le transfert, réactualisation du passé, réédition qui intègre, dépasse et sans renier permet de tourner la page...

La fonction thérapeutique s'accomplit toujours dans le cadre d'une relation interhumaine, ce qui suppose le transfert, constant, omniprésent comme le remarque Ferenczi en 1909, dans toutes les relations humaines qu'elles soient

professionnelles, hiérarchique, amoureuses... Le terme n'est pas propre au vocabulaire analytique¹. C'est sa reconnaissance (comme facteur inhérent à la relation thérapeutique) et son utilisation à des fins thérapeutiques qui caractérisent l'innovation freudienne.

C'est à l'occasion de l'échec du traitement cathartique d'Anna O. avec Breuer, que Freud a été amené à découvrir et prendre en compte le phénomène de transfert, renonçant du coup à l'hypnose.

Moment historique, il en fait l'élément majeur de la technique psychanalytique. Il devient le levier de la cure. Dépassant déjà les psychothérapies « morales » de ses prédécesseurs, il renoncera définitivement aux voies secondaires qui ont permis son cheminement dans la découverte de l'inconscient : suggestion, catharsis, hypnose.

En fait l'élaboration de la notion de transfert était l'aboutissement d'un questionnement : Comment circule le pouvoir thérapeutique que la technique de l'hypnose avait attribué au psychothérapeute ? Cette technique avait porté à son apogée la confiscation du pouvoir psychanalytique par le psychothérapeute :

Cette toute-puissance était pourtant mise à échec du fait de l'ignorance du transfert du patient et de son répondant chez lui. Rappelons cette formule percutante de l'analyste Octave Manonni (1980) : « On élimine le diable, restent les convulsionnaires, on élimine les reliques, restent les "magnétisés" de Mesmer, on élimine le baquet, on a l'hypnose et le "rapport", on élimine l'hypnose il reste le transfert ».

En 1912, dans « la dynamique du transfert », premier texte exclusivement consacré à la question, Freud distingue le transfert positif, fait de tendresse et d'amour, du transfert négatif, vecteur de sentiments hostiles et agressifs. À cela s'ajoutent les transferts mixtes, qui reproduisent les sentiments ambivalents de l'enfant à l'égard des parents.

« Le patient adresse au médecin un excès de motions tendres assez souvent mêlées d'hostilité qui n'est fondé dans aucune relation réelle et doit être dérivé d'après tous les détails de sa survenue, des vœux fantasmatiques anciens et devenus inconscients du malade » (S. Freud).

¹ Il implique toujours une « idée de déplacement, de transport, de substitution d'une place à une autre sans que l'opération porte atteinte à l'intégrité de l'objet », *Dictionnaire de la psychanalyse*, ROSENKRANTZ, E., et PLON, M., Paris, Fayard.

En 1920 dans « Au delà du Principe de plaisir », Freud constate que la répétition porte toujours sur des fragments de la vie sexuelle infantile, et lie le transfert au complexe d'Œdipe, concluant que la névrose originelle est remplacée dans la cure par une névrose artificielle, ou névrose de transfert. Dans le processus analytique celle-ci doit conduire le patient à une reconnaissance de la névrose infantile.

Le transfert dans son acceptation psychanalytique a ceci de spécifique qu'il a le statut d'une illusion. « L'établissement de ce lien affectif intense est automatique, incontournable et indépendant de tout contexte de réalité »². L'exigence de crédibilité du psychanalyste et l'illusion de sa personnification en sont le double ressort. L'analyste sait qu'il ne fait que se prêter au rôle de support transférentiel. Il doit pouvoir repérer les diverses figures qu'il incarne pour son patient, à quelle place et à quel moment de son économie libidinale il le positionne (instance paternelle, maternelle... position de rivalité, d'attaque sadique... demande de fusion...). Cet écart maintenu par l'analyste permet au patient, dans l'après coup, d'analyser le transfert et, du même coup, progresser.

Simultanément, « il faut à chaque fois reconnaître son contre-transfert et le surmonter » (Freud)³.

L'écart majeur entre ce qui se passe dans le cadre d'une analyse et dans n'importe quelle autre relation interpersonnelle, est que dans cette dernière les deux partenaires sont en proie chacun de son côté à son propre transfert, ce dont le plus souvent ils n'ont pas conscience, alors que dans la position analytique est ménagée la place de l'interprète, incarnée par l'analyste.

Tout en reconnaissant que « tout cela n'est pas facile », Freud fait de la vigilance contretransférentielle un acte de liberté. « Ce n'est qu'alors qu'on est soi-même libre ».

Divers signes mettent l'analyste sur la voie : s'il rêve de son analysant, s'il sent naître en lui de l'irritation voire de la colère ou de l'agressivité à l'encontre de ce dernier, il doit s'interroger sur lui-même.

Si l'analyste ne prend pas conscience de son contre-transfert, le traitement ne progresse plus ou échoue.

² *Psychanalyse, Encyclopedia Universalis*, p. 870.

³ Le contre-transfert précède le transfert, soutient M. Neyrault (1974) alors que A. de Mijolla propose que la dénomination contre-transfert soit réservée à ce qui suit le moment zéro plus un du contact avec un patient donné. *Psychanalyse*, DE MIJOLLA, A., DE MIJOLLA, S., Paris, PUF, p. 115.

On le voit la psychanalyse est une situation dans laquelle les deux partenaires en présence sont engagés. Être analyste, c'est accompagner la cure dans toutes ses implications transférentielles et contretransférentielles jusqu'au dénouement, à la recherche du sens, par l'écoute et l'interprétation. L'analyste est provisoirement le sujet supposé-savoir qui assistera l'analysant dans cette recherche. La relation thérapeutique ne peut circuler à double sens : L'analyste comprend sur lui-même en aidant son patient à comprendre par les relations transféro-contretransférentielles.

Qu'en est-il des autres psychothérapies ? Le transfert est-il inhérent à toute psychothérapie ? Quelles seraient sa place et sa fonction ? Celles assignées par les tenants de la psychothérapie et les réelles, même non explicités ?

Notre objectif est de repérer certaines particularités et de soulever quelques interrogations. La question sera abordée dans trois groupes sélectionnés :

- Les psychothérapies analytiques ou dynamiques, en ne retenant que les « variantes de la cure » :

- Les thérapies cognitivo-comportementales.
- Les thérapies psycho-corporelles et néoreichienues.

Les analystes sont confrontés à des patients très divers dans leur pathologie et leur problématique. Certaines circonstances cliniques (impulsivité grave, crise de manie...) ou situationnelles (urgences, poids des difficultés réelles) peuvent faire obstacle à la mise en œuvre d'une analyse type et amener le praticien à proposer une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, dite en face à face.

Si « ce qui fait que la rencontre analytique tient à la conjonction de deux présences humaines, fonctionnellement définies et "cadrées" de telle sorte que puissent émerger et se trouver déchiffrées selon l'axe du transfert et du contretransfert les puissances irrationnelles de la psyché »⁴ les thérapies analytiques entreprennent le même projet. Le cadre est soumis à des aménagements sans pour autant qu'il perde sa fonction de cadre, aménagements à seul but de favoriser le processus analytique.

Il est important de distinguer les « variantes de la cure » des psychothérapies analytiques brèves qui, ayant le souci d'une efficacité rapide, ont cru trouver une solution au problème que peut poser la longueur du temps de la cure. Il

⁴ DAVID, Christian, La rencontre analytique, in *Revue Française de Psychanalyse*, Tome XIII, 1998, p. 92.

s'agit d'attaquer de front la symptomatologie gênante. Ferenczi favorisera la répétition agie pour que puissent venir à la surface des éléments pathogènes à l'origine du symptôme. F. Alexander propose des traitements planifiés fondés sur un maniement particulier du transfert : en se remémorant son histoire le patient passe par « l'expérience émotionnelle correctrice » qui répare les effets de traumatisme de l'enfance.

Nous les évoquons pour rappeler que malgré l'appellation analytique de ces théories, elles s'écartent sur le plan épistémologique de ce qui spécifie l'analyse, à savoir l'objectif poursuivi et la voie empruntée : laisser le temps à la névrose de transfert d'exprimer les conflits au lieu de bousculer la remémoration.

Ce qui intéresse notre débat est autre : quel mode d'organisation psychanalytique de transfert et d'implication contre-transférentielle sont induits par la relation thérapeutique en face-à-face ?

Les variantes de la cure garantissent toujours une situation analysante mais par un dispositif différent. Les variations du setting portent essentiellement sur la position du corps et la fréquence des séances. Philippe Jeammet fait remarquer que les aménagements vont toujours dans le même sens⁵ :

- Une plus grande place faite à la perception et à la motricité ;
- Une moindre césure entre le temps de la séance et celui de la vie habituelle.

René Roussillon propose de distinguer épistémologiquement les thérapies analytiques et la cure type : fauteuil-divan et fauteuil-fauteuil rendent possibles des types de processus spécifiques à chacun impliquant des modes de présence des transferts et des réalités psychiques inconscientes différentes impliquant à leur tour des modes d'intervention et d'interprétation spécifiques du fait de la présence « visuelle » de l'autre et de son « impact » sur le fonctionnement psychanalytique. Le dispositif fauteuil-fauteuil se mobilise par les mêmes expériences historiques, donc pas les mêmes couches du transfert. De plus il ne les mobilise pas de la même manière ; pas au même niveau de structuration. « Il interroge davantage les modalités de liaisons primaires de la psyché que les modalités secondaires de celle-ci », d'où son avantage quand la psyché souffre de difficultés de liaisons primaires.

En face-à-face le cadre place « les effets de séduction narcissiques par la présence visuelle de l'autre, au centre du transfert, et le travail de dégagement hors de l'emprise de l'effet du regard de l'autre au centre du processus ».

⁵ Débats de psychanalyse, psychothérapies psychanalytiques, in *Revue Française de Psychanalyse*, p. 33.

Il est vrai que la prévalance du couple voir-être vu, ou symétrie de la position, entraîne des conséquences marquant la situation transféro-contretransférentielle et son travail interprétatif. Chacun des protagonistes tient l'autre sous son regard, contrôle ses faits et gestes. Le patient peut observer et contrôler les attitudes de son interlocuteur, son état de fatigue ou sa curiosité (son état de séance).

Le thérapeute doit maintenir une vigilance peu propice à la rêverie et la régression formelle de son patient qui peuvent se trouver freinés ou du moins solidement encadrées par le protocole du face à face. « Une vigilance qui épie, traque et interprète ».

Il peut être difficile, à l'analyste d'être le témoin d'expressions corporelles « parlantes » et ne pas pouvoir les interpréter ; le faire est inutile ou risqué ; le patient qui s'assoit au bord du fauteuil ou se laisse aller, le regard méfiant en incongruité avec le sourire...

L'effet de symétrie induit facilement la réciprocité : le patient va la solliciter, l'exiger, l'utiliser. La résistance prend la forme d'une sollicitation directe des réponses : « Qu'en pensez-vous ? À ma place qu'auriez-vous fait ? »

Le risque majeur encouru est de quitter la « situation analytique » pour la « situation psychologique » : vers une implication de relation interpersonnelle réelle et actuelle glissant vers une forme habituelle de communication. Or, ce qui distingue fondamentalement la psychothérapie d'une relation interpersonnelle sociale est que la relation doit être vivante, créatrice de sens, et plus encore en quelque sorte « fictive ». À l'opposé un défaut d'implication par crainte de donner à voir son contre-transfert, limite le thérapeute à appliquer une compétence technique, à rationaliser le rapport.

La position de l'analyste est immanquablement plus active en face-à-face.

Dans cette situation comment instaurer le silence et ouvrir la possibilité d'accès à « l'autre scène » ? La neutralité (au sens absolu classique) est mise à rude épreuve. L'attitude peut glisser vers la suggestion, la pédagogie, la réassurance ou la réparation narcissique en référence à la réalité extérieure.

Comment éviter que soit contrainte la disponibilité psychanalytique de l'analyste, son attention égale, flottante, son écoute analytique ?

En face-à-face, « le moi de l'analysant demeure dépendant de la réalité de la présence de l'analyste dans ce qu'il représente à la fois :

- De déplacement de représentation d'objets transférentiels.
- Mais aussi de figurations d'une réalité présente, différente justement de ses projections transférentielles ».

La symétrie de la posture fait prévaloir également le modèle relationnel de la relation objectale sur le modèle pulsionnel mais aussi l'inconvénient devenant avantage, la possibilité d'étayage propice au processus analytique : présence du thérapeute et non plus répétition des absences premières, vérification rassurante de son intégrité (« il est bien là, entier, ma haine et mes attaques ne l'ont pas effrité, mis en morceaux »). La présence de l'objet en personne peut protéger contre les vicissitudes des relations aux objets internes. Chez l'adolescent, état limite et prépsychotique, l'aménagement de la cure en face-à-face s'impose compte tenu du risque de dédifférenciation désorganisatrice que fait encourir la massivité du transfert.

Concernant les psychotiques, on avait cru à une absence de transfert. En fait pour peu que l'analyste établisse un cadre fixe et précis pour rencontrer le patient et l'assurer de sa constance, on observe un transfert très intense, immédiat, massif. « La relation à l'analyste est prématurée, précipitée et marquée par une dépendance intense »⁸, brutale.

La fusion recherchée entraîne une dépendance réciproque sous le sceau de la peur. Le psychotique « aspire et provoque la fusion et dans le même mouvement, la répulsion ». Il a peur d'être tué ou « dévoré » par le thérapeute à qui il attribue ses propres pensées, il a envie de le détruire. L'angoisse diffuse et diffusée attaque les limites du thérapeute. « Le psychotique est soumis à des émotions intenses » et « il a le pouvoir de les susciter chez les autres »⁹. Il ne sait ni peut ménager la distance indispensable au thérapeute dont les défenses personnelles et professionnelles sont soumises à rude épreuve.

La classique neutralité psychanalytique ne suffit pas pour tout maîtriser, surveiller et percevoir dans la relation transférentielle et contre-transférentielle au psychotique, d'où les aménagements du cadre ainsi que le renforcement des défenses professionnelles : travail institutionnel, ou familial, travail d'équipe, médicaments.

De récentes recherches portant sur les aspects contre-transférentiels de ces cures ont montré l'importance pour le thérapeute de comprendre ses propres contre-attitudes et d'arriver à les utiliser. Le patient « importe » ses propres conflits au sein de la pensée de l'analyste ; la prise de conscience par ce dernier, de ce qui se passe en lui-même lui donne une ouverture sur ce qu'éprouve et pense son patient.

⁸ BION, cité par Simon-Daniel, *Revue Française de Psychanalyse*, tome LXII, p. 223.

⁹ Idem.

Dans les psychothérapies mère-bébé la situation est également complexe. L'analyste est soumis à un faisceau de transferts qui complexifie les difficultés transférentielles et contre-transférencielles : la séduction exercée par le bébé sur l'analyste, l'attirance exercée par le fantasme d'une position maternelle (quel que soit le sexe de l'analyste), la double rivalité vécue par les parents vis-à-vis du bébé compris par l'analyste, et vis-à-vis de la mère que l'analyste représente.

Dans toutes ces thérapies une vigilance particulière est exigée pour maintenir l'asymétrie sans tomber dans l'écueil de l'abus de pouvoir. Exemple : « Faire le mort » par le silence, pour s'offrir en support de projection et de transfert est une attitude qui peut prendre une signification persécutoire pour un psychotique ou un adolescent.

La position fauteuil-divan, par contre, peut alléger le contre-transfert et permettre plus de disponibilité à l'analyste dans l'écoute métapsychique du matériel ainsi que le repérage du transfert, lequel a davantage le champ libre. D'aucuns trouvent que le face-à-face implique un renoncement partiel ou total à l'interprétation du transfert. Cette dernière se fait plus explicative, plus synthétique qu'analytique.

Quoique la notion de relation transférentielle soit au cœur même de l'expérience de la pratique analytique, quelle qu'elle soit, elle prend plus fondement dans l'interjeu que dans l'interprétation dans les variantes de la cure en face-à-face.

Maintenir l'asymétrie dans la relation malgré la démocratie de la position est fondamental. Sinon, comment rendre possible le moment venu dans le déroulement de la cure, la confrontation du patient à la double différence des sexes et des générations, dont la reconnaissance permet que s'enclenche le rôle structurant de l'Œdipe ?

Quelles que soient les nuances techniques et relationnelles envisagées, la tâche de l'analyste est de voir clair dans ce qu'il fait. Le « Moi analytique » est toujours présent. Il ne peut que prendre conscience du jeu transfero-contre-transférentiel et l'utiliser ; qu'en est-il des thérapies qui n'en font pas cas, du moins explicitement ?

Dans les thérapies congitivo-comportementales, thérapeute et patient prennent pour cible un symptôme ou un comportement qu'ils essaient de faire disparaître ou d'atténuer de la façon la plus économique possible ; c'est l'hégémonie de la règle d'efficacité et de rentabilité. Le thérapeute se positionne en scientifique soignant armé de techniques, protocoles d'examen et interventions codifiés et systématiques. Dix à vingt séances sont prévues dans le contrat. La

thérapie est directive et le discours du patient est orienté, ainsi que ses agissements, par le thérapeute qui intervient activement et dirige la lutte contre le symptôme. N'est pris en compte que le contenu pouvant servir la stratégie thérapeutique établie. Les modalités d'intervention et les balises réduisent ou empêchent toute prise de conscience de la relation thérapeute-patient. Le transfert est ignoré délibérément et son expression n'a aucune place. Le facteur affectif de la relation est considéré comme épiphénomène non opérant ; patient et thérapeute s'accordent à vivre l'entente sous sa forme rationnelle.

Les questions qui se posent sont les suivantes : La « guérison » est-elle possible sans cet acte de foi que le client éprouve vers son thérapeute soignant-sachant ? « Je crois en celui qui est sûr de sa science ». Pour Jeammet « la fonction de méconnaissance de la relation, permise par la médiation d'une technique vient à la rescousse d'un refoulement défailant et sert de fonction tiers et de la pare-excitation à une relation duelle trop difficile à gérer ». La problématique est traitée en surface. Le patient peut être délivré de son symptôme (encombrant...) mais ne peut se libérer de ce qui a donné sens et existence à ce symptôme.

Dans ces thérapies on a la décence et l'honnêteté de ne pas provoquer le transfert, exclu du champ thérapeutique ; il n'est utilisé que pour orienter clairement le patient vers une identification au thérapeute en parfaite maîtrise de ses affects et agissements (technique de modeling).

Ce n'est nullement le cas des psychothérapies psychocorporelles et néo-reichiennes qui, elles, prétendent aller plus loin : libérer le sujet du poids de son passé, de ses traumatismes affectifs, faire renaître l'être « authentique » en lui.

Rebirthing cri primal, groupes de rencontre (24 heures d'affilée sans aucune pose pour faire « tomber les défenses. »), thérapie par le cri, bioénergie, bodynamic...

Elles prétendent permettre et encourager une relation « authentique » client-thérapeute. En réaction à la psychanalyse critiquée, cette relation se vit en termes de réalité, au point que tout le « ressenti » puisse s'exprimer librement de part et d'autre. « Laisser parler le corps » ; ouvrir les bras à sa thérapeute préférée, l'embrasser, lui caresser les cheveux, « j'en ai envie, elle aussi, ça se passe bien, où est le problème ? », raconte Jean-François Breittmayer qui trouve « droit d'asile » dans le divan après quatre ans de thérapie néo-reichienne¹⁰. On

¹⁰ *Thérapies de l'âme*, Autrement, Série Mutation, 1982, p. 35 et suivantes.

se touche, on théorise et on est « vrai », au lieu de vivre l'amour ou la haine « impossibles » artificiellement générés dans la situation analytique.

Soit le transfert du patient est alimenté par une attitude investie d'affects de la part des thérapeutes. L'acting out est favorisé sans aucune élaboration fantasmatique. On est en droit de se poser la question : Comment dégager l'un et l'autre de ces passages à l'acte ? De ce magma d'effusion - confusion - permission - transgression ? Par un signal de fin de séance ?

Soit le discours émotionnel du patient est renvoyé à d'autres destinataires : papa, maman... (évidemment quand il s'agit du registre de la haine). Le névrosé s'installe en place de victime, le thérapeute l'engageant à considérer ses parents comme fautifs, se positionne en « bon parent ». Le transfert est sommé de s'en tenir à ses manifestations amoureuses. Est-ce la tyrannie du « crois-moi » et « suis-moi » de « l'amourologie » ?

L'identification insidieusement normative (avec le thérapeute évidemment) clive le sujet en bon et mauvais enfant.

Dans les thérapies psychocorporelles, le transfert est là, allant dans tous les sens tantôt agi, tantôt ignoré, dévié, divisé. Le refoulé fait retour, en partie évacué certes, mais non verbalisé non symbolisable. La décharge pulsionnelle encouragée et induite ne représente pas de bénéfices pour l'économie et la dynamique du sujet.

Jean-François Breittmayer écrit : « Je choisis de réintégrer ma propre parole en découvrant tout son sens, en choisissant d'être en analyse »¹¹.

Les seules psychothérapies psychocorporelles qui sauvent le discours du patient, donnant le droit au transfert de s'exprimer dans un cadre qui garantit son usage judicieux, sont les thérapies de relaxation d'inspiration analytique. Relaxation à inductions multiples du groupe Sapir, et méthode d'Ajurria Guerra.

Répétition de l'horaire, du lieu, des séquences, présence du même relaxateur, imposent un cadre. Le rituel contribue à la situation transférentielle dans cette thérapie centrée sur le rapport au corps et visant la réconciliation avec lui, la libération de son aptitude au plaisir d'être et de fonctionner. Les thérapeutes doivent avoir été analysés pour que le corps à corps devienne dialogue tonique permettant la conquête de la liberté corporelle et redonnant source à l'imaginaire primaire.

¹¹ *Thérapies de l'âme*, Autrement, Série Mutation, 1982, p. 35 et suivantes.

En conclusion, le cadre analytique notamment par la règle d'abstinence, l'obligation pour le thérapeute d'avoir été soi-même analysé et de poursuivre son autoanalyse, garantissent la fonction thérapeutique du transfert. Les thérapies qui « jouent » à provoquer le transfert, exacerber ses manifestations, héritent de la catharsis. Elles ne permettent pas la résolution de la répétition névrotique. Et celles qui le mettent de côté dans une visée d'objectivité scientifique, sont obligées d'ignorer le discours de l'homme souffrant, et, choisissant délibérément de ne pas poser la question « Homme quelle est ta souffrance ? » lui promettent de la soigner, comme la mère qui aura nourri le bébé sans avoir jamais connu son nom.