

Transfert et contre-transfert en thérapie psycho-corporelle

- 1. *La question qui fâche 1932***
- 2. *L'unité Psyché-soma - Le corps conscience***
- 3. *Transfert et contre-transfert en psychanalyse***
- 4. *Transfert et contre-transfert en thérapie
psycho-corporelle***
 - *Transfert et corps-mémoire***
 - *Toucher, transfert et contre-transfert***
- 5. *Psychothérapeute un rôle déterminé par le collectif***
- 6. *Annexe***

Cet article est le fruit d'un séminaire de recherche
qui s'est tenu à Montpellier les 26/27 mars 2005 et a réuni les membres suivants :

Catherine Choury - Michel Claverie - Tony Fournier
Catherine Jenny - Éliane Jung-Fliegans - Dany Parisi-Claverie
Vincent Riedinger - Jean-Max Tassel - Claude Vaux

La question qui fâche, 1932.

Freud a construit l'école psychanalytique sans déroger aux principes de la cure telle qu'il l'a conçue dès les années 1900. Le thérapeute, figure paternelle frustrante et toute-puissante détient la clef de l'interprétation du travail, et c'est à partir de cette figure incarnée par l'analyste que le transfert va pouvoir s'organiser. Freud n'abandonnera jamais le principe de ce tiers séparateur et objet de fixation du transfert car il détestait le contact physique et ne supportait même pas l'idée qu'un patient puisse lui faire part d'un transfert maternel sur sa personne.

D'un autre côté, Freud est toujours resté ouvert et même curieux des découvertes et des recherches faites par ses confrères comme Ferenczi, Jung, Rank, Groddeck, Reich ou Adler. Il a ainsi accueilli et encouragé tous ceux qui ont poursuivi les recherches sur l'inconscient au-delà du point où lui-même ne voulait pas, ou ne pouvait pas aller (cf. en annexe la lettre de Freud de 1928 d'une rare honnêteté intellectuelle adressée au docteur Hollos après la publication de son livre : "*Mes adieux à la maison jaune*").

En même temps il refusait toute avancée qui pouvait le confronter à sa partie féminine et au langage du corps. Cette limite le conduira à rompre avec tous ceux qui prendront une autre voie que celle qu'il avait ouverte. Parmi eux, il y avait Sandor Ferenczi qu'il considérait comme son héritier spirituel. Il l'appelait volontiers mon cher fils, c'était le seul avec lequel Freud partait en vacances. C'est aussi un de ceux qui devaient confronter Freud aux limites de sa grille de lecture, car dès 1919, Ferenczi, le clinicien, a pris en compte le langage du corps en introduisant la technique active.

Les découvertes issues de ses recherches, principalement celles des dernières années de sa vie, ont entraîné chez lui une remise en question de la cure psychanalytique telle que Freud l'avait conceptualisée. Comme le dit Eva Brabant dans son ouvrage "*Ferenczi et l'école hongroise de psychanalyse*" :

« Ferenczi fut le premier à montrer l'importance de l'expression corporelle telle que les gestes, le tonus, la démarche. Sa technique active ainsi que ses théories relatives au traumatisme, révèlent qu'il demeurait attentif au corps ».

Avec sa maladie, Ferenczi va se pencher de plus en plus sur l'importance du corps comme expression du psychisme. Le 31 Janvier 1932 un an avant sa mort, il écrit dans son journal clinique :

« Il apparaît que les patients ne peuvent pas croire, ou pas complètement à la réalité d'un événement, si l'analyste seul témoin de ce qui s'est passé, maintient son attitude froide, sans affect et, comme les patients aiment à le dire, purement intellectuelle,

tandis que les événements sont d'une telle nature qu'ils doivent évoquer en toute personne présente des sentiments de réaction et de révolte, d'angoisse, de terreur, de vengeance, de deuil, et des intentions d'apporter une aide rapide, pour éliminer ou détruire la cause ou le responsable ; et comme il s'agit en général d'un enfant, d'un enfant blessé (mais même indépendamment de cela), il y a des sentiments de vouloir reconforter affectueusement, etc. Ainsi on a le choix : prendre vraiment au sérieux le rôle dans lequel on se met en tant qu'observateur bienveillant, c'est-à-dire en fin de compte transporté avec le patient dans cette période de son passé (une façon de faire interdite contre laquelle Freud m'avait mis en garde), avec pour résultat que nous-même, comme le patient, croyons en cette réalité, c'est-à-dire en une réalité existante dans le présent et non momentanément transposée dans le passé.

Cependant, si nous adoptons ce point de vue et tentons dès le début de présenter les événements au patient comme des images mnésiques et non la réalité présente, il peut suivre notre ligne de pensée, mais reste coincé dans la sphère intellectuelle et n'atteint pas le sentiment de conviction ».

Doit-on aider le consultant à guérir de sa souffrance ou lui permettre d'en comprendre les raisons ? C'est bien la question qui fâche.

Avec la technique d'affection maternelle qu'il proposait en 1932, Ferenczi répondait ainsi à la question qu'il avait posée au congrès de Wiesbaden en 1932 : « *Comment s'y prendre avec un patient régressé qui développe un transfert important ?* ». Freud voyait dans la régression un phénomène qui concernait uniquement le patient où l'analyste n'avait pas à prendre part, alors que pour Ferenczi elle demandait de la part de l'analyste une attitude d'empathie.

C'est bien à partir de ces constats et de ces réflexions concernant les différentes étapes de la cure que Ferenczi mais aussi Rank, Groddeck, Reich et les autres chercheurs dissidents prendront en compte comme élément déterminant le langage du corps ; de là naîtront les thérapies psycho-corporelles.

L'Unité Psyché-Soma - Le corps conscience

La thérapie psycho-corporelle envisage l'approche thérapeutique dans une double lecture : à la fois l'écoute attentive de l'histoire du sujet et conjointement les manifestations corporelles associées. Le corps est vécu non seulement comme le siège de la pensée, des sentiments, des émotions, mais aussi comme la mémoire de nos expériences passées.

“Toute rigidité musculaire contient l’histoire et la signification de son origine” écrit W.Reich dès 1930. Il considère que l’ensemble des contractions musculaires, qu’il appelle la cuirasse musculaire, sont l’expression au niveau somatique des mécanismes de défense de la personne. Comme Winnicott qui remplacera le clivage corps-esprit par l’unité psyché-soma, Reich définit une unité psychosomatique de l’être humain.

Les continuateurs anglo-saxons du courant des thérapies psycho-corporelles utilisent aujourd’hui le concept de « bodymind », le « corps-conscience », qui traduit cette synergie indissociable entre l’inscription corporelle et les traces psychiques laissées dans les mémoires du sujet par les situations traumatisantes. Ces situations peuvent se manifester par une tension musculaire chronique, une rigidité posturale ou prendre d’autres formes somatiques. Un resserrement dans l’estomac, une oppression dans la poitrine une crise de tétanie peuvent être considérés comme la manifestation sensible d’évènements traumatiques refoulés.

Dans cette perspective, la plupart des thérapeutes psycho-corporels associent dans la pratique de leur méthode, à la fois un questionnement des souffrances existentielles dans leurs correspondances somatiques, et à l’inverse celui des tensions physiques chroniques dans leurs correspondances psychiques.

Transfert et contre-transfert en psychanalyse

Le mouvement de transfert et contre-transfert existe dans la plupart des relations affectives. Qui n’a jamais prononcé ou entendu les expressions : « Quand tu fais ça, je crois voir mon père... Quand tu parles comme ça, tu me fais penser à ma mère... » Quand cette phrase est dite, le transfert est ramené à la conscience de la personne.

Dans la mesure où il n’y a pratiquement jamais de lien relativement intime entre deux êtres sans que des phénomènes de transfert y jouent un rôle, soit favorable, soit défavorable, le cabinet du psychothérapeute est le lieu privilégié de mise en évidence de cette forme de lien.

Ce sont Freud avec la psychanalyse, puis Jung avec la psychologie analytique qui ont utilisé ces termes pour parler de certains troubles névrotiques se traduisant par la répétition dans les relations, d’une relation infantile initiale dont la personne n’a pas conscience.

Le transfert est alimenté par un processus archaïque que l’on nomme projection. Cependant, les deux concepts ne doivent pas être confondus. Le

transfert est un lien, c'est un phénomène relationnel qui implique la présence inconsciente d'un tiers invisible. Selon Freud, il s'agit d'un désir interdit dans la prime enfance à l'égard d'une personne proche qui se plaque sur le thérapeute et qui masque son origine infantile. Jung critique cette position limitée à la relation avec le thérapeute en soulignant que le transfert se perpétue naturellement dans d'autres situations de la vie ordinaire. Pour lui le transfert étant déjà là avant toute action du thérapeute, celui-ci se trouve donc impliqué plus comme victime que comme artisan. Le transfert, qu'il soit positif ou négatif, est aussi considéré comme une forme de résistance puisqu'il permet à la personne de revivre un lien infantile sans s'en souvenir. Il est une réaction plutôt qu'une remémoration.

La projection a d'autres fonctions dans la relation. Dans un premier temps de vie, elle est nécessaire à la construction de la personnalité de l'individu. C'est le processus d'identification. Elle devient mécanisme de défense quand le sujet expulse et attribue à l'autre, personne ou chose, des qualités ou des défauts, des sentiments, des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui.

Le contre-transfert est défini comme une réaction inconsciente de l'analyste à la personne analysée et plus particulièrement au transfert de celui-ci. Freud souligne qu'aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le lui permettent. Pour Jung, les pulsions inconscientes du patient ont une action inductive sur l'inconscient du thérapeute. Tous deux se trouvent dans une relation qui repose sur une commune inconscience. Le thérapeute ne peut donc se retrancher derrière son rôle.

Transfert et contre-transfert en thérapie psycho - corporelle

Comme dans le travail psychanalytique, le transfert est pris en compte dans le travail psycho-corporel. Son maniement par le thérapeute est différent, il n'occupe pas le centre de la relation. Il est dans la mesure du possible, dévoilé dans un ici et maintenant, c'est-à-dire sans découpage de temps, sans frontière entre ce qui se passe dans le présent, dans l'histoire passée et future de la personne. L'écran projectif est matérialisé, mis en acte, verbalisé et intégré.

Ce travail permet au thérapeute de favoriser l'émergence d'une relation présente, alimentée par le vécu sensitif et émotionnel. Le sujet accède ainsi à

une prise de conscience et à la mise en mots du lien avec un tiers absent : la mère, le père, un proche et de la nature de ce lien.

Durant la séance, toute l'histoire et l'avenir de la personne qui travaille et celle de la personne qui accompagne sont présents. Le thérapeute vient avec sa personnalité, son affect occuper l'ici et maintenant, et bien que le cadre où cela se passe soit construit « artificiellement », ce qui se passe est bien réel. C'est du lieu de cette réalité que selon F. Perls, le processus de guérison va cheminer, permettant au sujet de déployer une capacité à s'ajuster de manière créative au réel.

Dans la mesure où le psychothérapeute prend en charge sa part projective, et par un travail de supervision se responsabilise dans les processus de transfert et de contre-transfert, le sujet peut alors être ramené à lui-même dans sa capacité à faire le tri entre ce qu'il projette et ce qui est. En gérant son contre-transfert, le thérapeute permet au sujet de se sentir exister avec ses propres projections et de percevoir la limite de ce qui est à lui et de ce qui est à l'autre.

Transfert et corps-mémoire

On a découvert depuis quelques décennies l'importance de la vie intra-utérine et, plus récemment, que le fœtus « entend par la peau » grâce aux vibrations que la voix provoque dans l'eau. « *Nous sommes au début de notre vie, dit Catherine Dolto Tolitch, des êtres vibratoires à l'affût de tout ce qui fait signe, le toucher étant notre sens le plus archaïque, le son porteur de sens s'inscrit par le biais de la peau parmi les ressentis les plus anciens, c'est ce qui lui donne une importance toute particulière... Cette peau intelligente se révèle très tôt comme un organe de communication actif et subtil permettant la discrimination* ».

Notre expérience de thérapeutes psycho-corporels nous montre de nombreux exemples où le transfert s'exprime à travers des symptômes qui renvoient à la mémoire du corps. Il n'est pas rare lors de séances, que le corps du sujet dans le contact avec le thérapeute, par la parole ou le toucher, laisse apparaître un signe lié au transfert : marques de forceps sur les tempes, ou rougeurs dues à l'étranglement par le cordon ombilical alors que les personnes ne connaissaient pas les circonstances de leur naissance ; marque d'une gifle reçue dans l'enfance, dont la personne n'avait plus le souvenir ; surgissement d'une douleur et d'une enflure à l'endroit d'une fracture... Ces signes du corps s'accompagnent de ressentis et d'émotions que le sujet ne peut pas toujours rattacher à un souvenir conscient, mais qui attestent d'une réalité vécue.

Toucher, transfert et contre-transfert

Différence entre les thérapies corporelles et les psychothérapies psycho-corporelles

Avant d'aborder la question du transfert et du contre-transfert, dans le toucher, il est nécessaire de préciser la différence souvent mal connue, entre les thérapies corporelles et les psychothérapies psycho-corporelles.

Dans les thérapies corporelles, comme le rolfing, l'eutonie, l'ostéopathie, la fascia-thérapie le praticien touche son patient pour soulager, réparer, améliorer, guérir ou soigner son corps. Aussi subtile ou efficace que soit la technique pratiquée, aucun effet psychique particulier associé à ce travail corporel n'est attendu même si, et c'est souvent le cas, ils existent : « *Je me sens mieux depuis que je pratique cette méthode* ». Les notions de transfert et de contre-transfert n'y sont pas prises en compte. Elles ne font pas partie du cadre de ces méthodes, même si elles y jouent un rôle. Une thérapie corporelle, comme son nom l'indique, s'occupe du corps et dans ce cas, le toucher du praticien est un toucher objectivé de "corps à corps".

Le « toucher présence » en thérapie psycho-corporelle

Dans les approches psycho-corporelles, le concept de l'unité psyché-soma, le bodymind des anglo-saxons, fonde l'articulation psycho-corporelle du toucher. Il ne s'agit plus alors d'un toucher dont l'effet attendu est limité au seul effet corporel, mais d'un toucher dont l'effet s'étend au-delà, et notamment sur les plans psychique et affectif.

Dans cette forme de toucher, le psychothérapeute manifeste par le contact corporel, ce qui est au cœur même de tout cheminement thérapeutique : *un point d'appui*. Ce point de contact, dans le présent, donne à sentir au patient quelque chose de lui-même. La perspective de la thérapie psycho-corporelle est de lui offrir alors, la possibilité de se situer face à ce qu'il ressent dans son corps et à ce que ça lui fait : le rejeter, l'accueillir ou l'intégrer selon les cas. Il a la possibilité de prendre appui dans cette « présence contact » et de laisser advenir les émotions, les mouvements, les paroles, les pensées, les sensations. La seule intention du toucher "point d'appui" est ainsi de donner au sujet, une possibilité de rencontre avec lui-même, une présence consciente, un point de contact vivant dans l'instant présent. C'est "l'ici et maintenant" de la Gestalt-thérapie, actualisé dans un contact corporel, laissant le sujet libre de ses réactions, en lui-même et avec lui-même.

Mais cette forme idéale de « toucher présence » n'est possible que lorsque le transfert et le contre-transfert sont posés consciemment dans le champ de la relation. Dans cette perspective, le transfert et contre-transfert agissent comme des détours, *des détours d'intention*. Si le psychothérapeute agit avec une intention affective ou sexuelle, celle de son contre-transfert, sa main perd sa qualité de présence. Elle est sensiblement affectée par cette intention. Ce sont des micro-mouvements, une vitesse gestuelle modifiée, des différences de températures, etc... qui le traduisent. L'intégrité et l'éthique sont alors nécessaires au thérapeute pour accueillir et reconnaître ces formes manifestées de son contre-transfert.

De la même façon, ce « toucher présence », lorsqu'il est reçu, peut être affecté de la charge du transfert. Il est alors transformé par le sujet qui perçoit le contact de la main du psychothérapeute à travers le filtre de son transfert : "Tu me gênes, tu me fais mal, ou tu me fais du bien". Pour le mettre à jour, une parole, un geste, une émotion, un mouvement vont petit à petit, dans le cadre de la relation thérapeutique, éclairer l'ombre portée du transfert et du contre-transfert. La relation s'allège du poids des relations transférentielles. La réponse corporelle, émotionnelle et verbale, du sujet dans sa relation au point d'appui donné du psychothérapeute devient de plus en plus juste, de moins en moins affectée, à la fois plus simple et plus naturelle.

Cette qualité de toucher doit s'appuyer sur une formation expérientielle et didactique précise et exigeante qui demande au psychothérapeute de connaître sa propre violence, son désir de pouvoir et de main mise sur l'autre, d'éclairer de conscience et de vigilance ses pulsions morbides, ses pulsions sexuelles car, sinon, comment donner un toucher de présence dans des zones corporelles parfois douloureuses, sans tomber dans les pièges possibles du sado-masochisme ?

Seule une formation et une thérapie approfondie peuvent fonder une pratique psycho-corporelle du toucher que la supervision régulière viendra compléter pour faire face aux situations imprévues et souvent nouvelles, rencontrées en psychothérapie.

Psychothérapeute : Un rôle déterminé par le collectif

Prendre "la casquette", le rôle du psychothérapeute c'est endosser une image tissée par les fils transférentiels du collectif.

En effet, dans une optique jungienne, plusieurs archétypes s'y expriment :

- l'archétype de la mère à travers la fonction d'accueil, d'empathie, de compassion,
- l'archétype du père, rappel de l'autorité à travers l'exercice du savoir là où le sujet ne sait pas,
- l'archétype du sauveur, du guérisseur susceptible d'enlever le mal et exaucer la prière pour un avenir meilleur,
- l'archétype du magicien qui a accès aux mondes invisibles.

Le psychothérapeute qui n'a pas conscience du pouvoir contenu dans l'ïmago de sa profession peut dans son contre-transfert, involontairement entretenir ou développer encore davantage cette projection, enfermant ainsi son patient et lui-même dans une relation régressive de dépendance. Exercer la fonction de psychothérapeute implique nécessairement de prendre la responsabilité de la gestion des processus transférentiels et contre-transférentiels à l'œuvre, non pas pour les empêcher, car cela est impossible, mais pour les éclairer, pour les conscientiser.

Car, comme tout être humain, le thérapeute court le danger d'être manipulé voir possédé par les archétypes concernés et se prendre pour ce qu'il n'est pas, oubliant qu'une relation est avant tout l'expression d'une rencontre de sujet à sujet.

Annexe

« Cher docteur,

Ayant été avisé que j'ai omis de vous remercier pour votre dernier livre, j'espère qu'il n'est pas trop tard pour réparer cette omission. Celle-ci ne provient pas d'un manque d'intérêt pour le contenu ou pour l'auteur dont j'ai appris par ailleurs à estimer la philanthropie. Elle était plutôt consécutive à des réflexions, qui m'ont préoccupé longtemps encore après avoir terminé la lecture du livre, lecture de caractère essentiellement subjectif.

Tout en appréciant infiniment votre ton chaleureux, votre compréhension et votre approche, je me trouvais pourtant dans une sorte d'opposition qui n'était pas aisée à comprendre. Je dus finalement m'avouer que la raison était que je n'aimais pas ces malades ; en effet, ils me mettent en colère, je m'irrite de les sentir si loin de moi et de tout ce qui est humain. Une intolérance surprenante, qui fait de moi plutôt un mauvais psychiatre.

Avec le passage du temps, je ne me trouve plus un sujet suffisamment intéressant pour l'analyse, tout en me rendant compte que ce n'est pas un argument analytiquement valable. C'est pourtant bien pour cela que je n'ai pas pu aller plus loin dans l'explication de ce mouvement d'arrêt.

Me comprenez vous mieux ? Ne suis je pas en train de me conduire comme les médecins d'autrefois à l'égard des hystériques ? Mon attitude serait elle la conséquence d'une prise de position de plus en plus nette dans la primauté de l'intellect, l'expression de mon hostilité à l'égard du ça ?

Ou alors quoi ? Recevez après coup mes excuses, mes remerciements et toutes mes salutations,

Votre Freud »