

En ligne :

<https://blogs.mediapart.fr/jacques-van-rillaer/blog/250417/carl-rogers-de-la-psychanalyse-l-approche-centree-sur-la-personne>

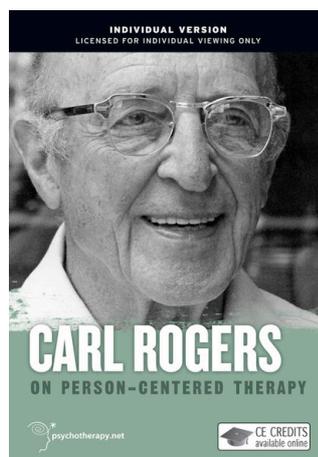
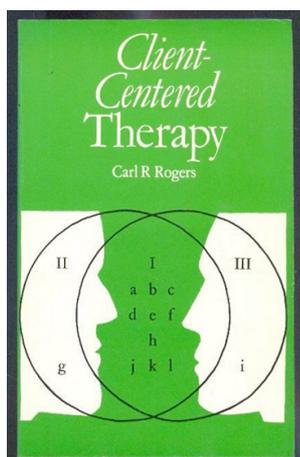
Carl Rogers :

de la psychanalyse à l'approche centrée sur la personne

par

Jacques Van Rillaer

Professeuse émérite à l'université de Louvain



Le psychologue américain Carl Rogers (1902-1987) est un des principaux artisans de l'orientation humaniste-existentielle. Il est le fondateur de l'« approche centrée sur la personne » (ACP). Au terme d'une analyse statistique des noms des psychologues du XX^e siècle cités dans les publications universitaires de psychologie (revues et manuels), une équipe de onze chercheurs a établi que Rogers occupe la 6^e place (après, dans l'ordre, Skinner, Piaget, Freud, Bandura et Festinger)¹. Il a présidé l'Association américaine de psychologie en 1947.

Rogers a commencé des études de pasteur protestant, qu'il a interrompues pour des études de pédagogie et de psychologie clinique au *Teachers' College* de l'université Columbia. En 1925, il s'est initié au freudisme en travaillant dans un institut de guidance d'orientation psychanalytique². Il y a développé une conception qui s'est progressivement éloignée de la psychanalyse et qui a abouti à une thérapie très différente. En 1940, il a été nommé professeur de psychothérapie à l'université de l'État de l'Ohio. Il a ensuite enseigné dans diverses universités, principalement à Chicago et à Wisconsin. Il a pratiqué le « counseling » durant toute sa carrière. À partir des années 1960, il s'est de plus en plus intéressé à la pédagogie et au développement d'une conception « humaniste » de la psychologie, conception qui annonce ce qu'on appelle aujourd'hui la psychologie et la psychothérapie « positives ».

Nous nous limitons à présenter six principes rogeriens en opposition avec la doctrine freudienne. Pour mieux connaître l'ACP, on peut consulter plusieurs sites³.

¹ Haggblom, S. et al. (2002) The 100 most eminent psychologists of the 20th century. *Review of General Psychology*, 6 : 135-152.

² Thorne, B. (2003) *Carl Rogers*. Sage, p. 7s.

³ P.ex. le Collectif Carl-Rogers européen et francophone : <http://www.collectifcarlrogers.eu>

1. Une relation respectueuse avec le consultant

Freud a abordé les patients avec davantage de respect que la majorité des médecins de son époque : il a écouté leur histoire individuelle avec patience et sans jugement moral. Toutefois, cette relation est fondamentalement asymétrique et autoritaire. Freud écrit dans son dernier livre — en quelque sorte son testament : « Bien des névrosés sont restés si infantiles que, même dans l'analyse, ils ne peuvent être traités que comme des enfants ». Il ajoute que l'analyste doit donc « assumer diverses fonctions, en tant qu'autorité et substitut des parents, en tant que maître et éducateur »⁴.

L'analyste freudien décide souverainement des horaires, de la durée, de la fréquence et du coût des séances, ainsi que d'augmentations de tarif durant la cure. Le patient doit se coucher devant lui sans pouvoir le regarder, tandis que lui, installé dans son fauteuil, examine l'analysé(e) à loisir et pense à ce qui lui plaît. Freud écrit dans un de ses principaux écrits techniques : « Je tiens ferme à ce conseil de faire s'allonger le malade sur un lit de repos, alors qu'on prend place derrière lui de façon à n'être pas vu de lui. Cet aménagement a un sens historique, il est le reste du traitement hypnotique à partir duquel la psychanalyse s'est développée. Mais il mérite d'être maintenu pour de multiples raisons. D'abord pour un motif personnel, mais que d'autres peuvent bien partager avec moi. Je ne supporte pas d'être dévisagé par les autres huit heures par jour (ou plus longtemps). Comme *pendant l'écoute je m'abandonne moi-même au cours de mes pensées inconscientes*, je ne veux pas que mes mimiques procurent au patient matière à interprétation »⁵.

Freud exige de tout dire, et de préférence les choses les plus intimes, mais lui ne parle que quand bon lui semble. Il n'est jamais tenu de répondre clairement à une question ; il dispose de formules rituelles pour renvoyer à l'analysant toutes ses interrogations (« pourquoi posez-vous cette question? », « qu'en pensez-vous vous-même? », « c'est vous qui devez faire votre analyse », etc.). Il ne donne des interprétations que lorsqu'il juge le moment opportun et non en réponse à des demandes de l'analysant. Lorsque l'analysant veut des révélations sur les mystères supposés l'habiter, celui-ci doit se montrer docile et très « patient ». Toute forme de contestation est désamorcée comme « résistance », « transfert hostile » ou manifestation de la « pulsion de mort ». Lorsque les revendications de l'analysant s'intensifient, l'analyste garde obstinément le silence ou menace de mettre un terme au traitement de l'« inanalysable ». L'état de dépendance induit par la cure freudienne infantilise les patients et conduit un certain nombre à vivre l'analyse comme une fin en soi. La fréquentation du divan devient alors une redoutable assuétude⁶.

Rogers a tout mis en œuvre pour que la relation soit une relation de personne à personne, la plus respectueuse possible. Il a remplacé la position couchée par le face à face. Il s'est abstenu d'interprétations démasquantes déduites d'une théorie dogmatique, raison pour laquelle il a qualifié sa conception de « non-directive ». (En 1951, reconnaissant qu'un thérapeute ne peut s'abstenir réellement d'orienter, il abandonne cette dénomination. Il publie cette année-là *Client-centered therapy*). Il a remplacé les termes, utilisés par Freud, de « malade », « névrosé », « patient », par « client » et « personne ». Le mot « client » est devenu courant chez les psychothérapeutes anglo-saxons et néerlandais de différentes tendances, contrairement à l'usage en France. Notons que le mot « patient » évoque une situation « médicale », où un malade passif et qui doit se montrer « patient », reçoit une ordonnance ou subit un traitement. Le mot « client » évoque une relation avec un professionnel des relations humaines qui fournit un service moyennant rétribution, à une personne qui prend ses responsabilités et peut contester l'offre. (Rappelons aux férus du freudisme que la capacité de payer chaque séance en espèces est une condition *sine qua non* de la cure).

Pour la Belgique: <https://www.afpc.be/>

⁴ *Abrégé de psychanalyse* (1940), Trad., *Œuvres complètes*, PUF, XX pp. 268 ; 274.

⁵ «Sur l'engagement du traitement» (1913) Trad., *Œuvres complètes*, PUF, XII, p.174. Je souligne.

⁶ Plusieurs psychanalystes ont dénoncé ce processus. P.ex. Mélitta Schimideberg, la fille de Mélanie Klein : <https://blogs.mediapart.fr/jacques-van-rillaer/blog/130317/une-deconvertie-du-freudisme-et-du-kleinisme-melitta-schmideberg>

2. La compréhension empathique

Une différence essentielle entre Rogers et Freud concerne les interprétations soi-disant « profondes ». Pour Freud, l'homme est fondamentalement aliéné, il est la marionnette d'un Inconscient dont il ignore l'essentiel, à moins d'avoir réalisé une longue analyse sous la direction d'un freudien patenté. Freud renvoie toujours à un arrière-monde dont seuls lui et les disciples fidèles détiennent la clé. Des interprétations typiquement freudiennes sont le décodage symbolique et les interprétations par mots-ponts (*Wort-Brücke*). P.ex., pour « démontrer » que « la rage du jeu est un équivalent de l'ancienne contrainte à l'onanisme »⁷, Freud avance les « faits » suivants : (a) le caractère irrésistible de la tentation, le plaisir étourdissant suivi de mauvaise conscience, les résolutions solennelles jamais tenues de ne plus recommencer et (b) l'usage du mot « jouer » pour désigner la manipulation des organes génitaux. Pour des exemples d'interprétation de rêves et leur analyse critique : <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2617>

Rogers admet, bien évidemment, l'existence d'expériences non conscientes ou « non-symbolisées », mais il ne se réfère pas du tout à une « entité interne, relativement autonome et pourvue de pouvoirs et de desseins à elle »⁸. Un principe-clé de sa thérapie est de favoriser la verbalisation d'expériences et la prise de conscience d'affects, grâce au climat de sécurité psychologique instauré par le thérapeute. Le thérapeute essaie de comprendre ce que le client éprouve, son monde vécu et son cadre de référence. Il communique une part de sa compréhension par l'attitude et la parole. Il pratique la technique du reflet (ou du miroir) : il reformule des propos de la personne de façon à lui permettre de mieux comprendre ses propres réactions (croyances, sentiments, vécus corporels), de les intégrer, de les réorganiser et d'éventuellement les remplacer par d'autres.

3. Le souci de l'accord interne du thérapeute

Pour Rogers, le thérapeute doit être attentif aux sentiments qu'il éprouve pour le client. Lorsque ces sentiments deviennent un obstacle à la thérapie il peut, dans une certaine mesure, en faire part au client. De toute façon, il doit éviter de jouer un rôle, il doit essayer de rester une personne authentique. À cet effet, le thérapeute adopte une attitude de « considération positive inconditionnelle » pour la personne du client, ce qui n'implique pas qu'il approuve tous ses comportements.

La conception rogerienne des « clients » est tout autre que la conception freudienne des « patients ». Freud ne cachait pas, à ses proches et à ses confrères, son mépris pour les hommes en général et pour des patients en particulier. Il écrivait à Pfister en 1918 : « Je ne me casse pas beaucoup la tête au sujet du bien et du mal, mais, en moyenne, je n'ai découvert que fort peu de "bien" chez les hommes. D'après ce que j'en sais, ils ne sont pour la plupart que de la racaille [*Gesinde*] »⁹. Deux ans plus tard, à propos des peintres expressionnistes : « Sachez que, dans la vie, je suis terriblement intolérant envers les fous, n'y découvre que ce qu'ils ont de nuisible et suis en somme pour ces "artistes" exactement ce que vous stigmatisez, au début, du nom de philistin ou de cuistre »¹⁰. À Theodore Reik en 1929 : « Vous avez raison de supposer qu'au fond, je n'aime pas Dostoïevsky, malgré toute mon admiration pour son intensité et pour sa supériorité. Cela provient du fait que l'analyse a épuisé ma patience à l'égard des tempéraments pathologiques. Dans l'art et dans la vie, je suis intolérant à leur égard »¹¹.

Quand Edoardo Weiss, le pionnier de la psychanalyse en Italie, s'était plaint des échecs thérapeutiques, Freud lui a répondu le 11-2-1922 : « Il ne faut rien prendre au tragique !

⁷ "Dostoïevsky et la mise à mort du père" (1928) Trad., *Œuvres complètes*, PUF, XVIII, p. 224.

⁸ Rogers, C. & Kinget, M. (1965) *Psychothérapie et relations humaines*. Trad., Nauwelaerts, 2^e éd., vol. 1, p. 55.

⁹ Lettre du 9-10-1918, in Freud, S. & Pfister, O., Trad., *Correspondance*. Gallimard, p.103.

¹⁰ *Ibidem*, p. 122.

¹¹ Reik, T. (1975) *Trente ans avec Freud*. Éd. Complexe, p. 91.

L'analyste doit s'attendre à de pareils accidents mineurs, surtout dans un milieu hostile. Pensons aussi que, malheureusement, seuls peu de malades sont dignes des efforts que nous leur consacrons, si bien que notre position ne doit pas être thérapeutique, mais que nous devons nous estimer heureux d'avoir dans chaque cas appris quelque chose »¹².

Son disciple Ferenczi était navré de cette attitude. Il écrivait en 1932 : « Le point de vue pessimiste [de Freud] communiqué aux quelques intimes : les névrosés sont de la racaille, juste bons à nous entretenir financièrement et à nous permettre de nous instruire à partir de leur cas : la psychanalyse comme thérapie serait sans valeur. Ce fut le point où je refusai de le suivre. [...] Je refusais d'abuser ainsi de la confiance des patients »¹³. Notons en passant que Lacan a fait preuve d'encore plus de cynisme. Un de ses anciens disciples, François Perrier, résume bien son attitude : « Seul le cheminement de la pensée l'intéressait. Les êtres humains, il s'en foutait. Et la séduction qu'il exerçait sur eux dépouillait ses malades et ses clients de toute capacité d'autodéfense, ou peu s'en faut »¹⁴.

Le même Ferenczi plaidait pour l'authenticité du thérapeute : « Si le patient n'a pas pu prendre la parole l'analyste en flagrant délit de ne pas dire la vérité, ou de déformer [...] s'il est obligé d'admettre que le médecin reconnaît aussi volontiers ses propres erreurs et étourderies qu'il commet à l'occasion, alors il n'est pas rare qu'on puisse récolter, en guise de récompense pour le mal considérable qu'on s'est donné, un changement plus ou moins rapide dans le comportement du patient »¹⁵.

4. Un optimum de chaleur dans la relation

Freud a fait de la froideur des sentiments (*Gefühlskälte*) une règle technique : « Il ne profite guère au malade que, chez le médecin, l'intérêt thérapeutique soit marqué d'un trop grand accent affectif. Le mieux pour lui est que le médecin travaille froidement »¹⁶. « Je ne saurais recommander avec assez d'insistance aux collègues de prendre pour modèle pendant le traitement psychanalytique le chirurgien qui met de côté tous ses affects et même sa compassion humaine, et qui fixe un seul but aux forces de son esprit : effectuer l'opération en se conformant le plus possible aux règles de l'art »¹⁷. Notons que l'expression « neutralité bienveillante », utilisée par certains psychanalystes, n'apparaît pas chez Freud¹⁸.

Rogers préconise un « optimum » de chaleur en sorte que la personne se sente en sécurité psychologique et puisse reconnaître ses véritables sentiments au lieu de les réprimer ou de les déformer. Pour lui, la « liberté expérientielle » est essentielle pour réduire des troubles comme l'angoisse, la dépression ou la rigidité mentale.

A noter qu'un maximum de chaleur compromet le processus parce qu'il ne peut se maintenir longtemps, ce qui peut perturber le patient. De plus, cela mène facilement à des complications affectives et des relations intimes qui n'ont pas leur place dans une thérapie.

¹² Freud, S. & Weiss, E. (1975) *Lettres sur la pratique psychanalytique*. Trad., Privat.

¹³ Ferenczi, S. (1985) *Journal clinique*. Trad., Payot, p. 255.

¹⁴ *Voyages extraordinaires en Translacanie*. Lieu Commun, p. 120.

¹⁵ «Le problème de la fin de l'analyse» (1927) *Psychanalyse*. Tome IV. Trad., Payot, 1982, p. 49

¹⁶ *La question de l'analyse profane* (1926) Trad., *Œuvres complètes*, PUF, XVIII, 81s.

¹⁷ «Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique» (1912) Trad., *Œuvres complètes*, PUF, XI 149.

¹⁸ Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967) *Vocabulaire de la Psychanalyse*. PUF, p. 367.

5. La limitation des explications « transférentielles »

La notion de « transfert » est diversement comprise par les analystes. Freud, dans son dernier livre, donne cette version : « Le patient voit dans l'analyste un retour — une réincarnation — d'une personne importante issue de son enfance, de son passé, et il transfère sur lui pour cette raison des sentiments et des réactions qui s'adressaient très certainement à ce modèle. [...] Les succès thérapeutiques qui se sont produits sous la domination du transfert positif encourent le soupçon d'être de nature suggestive. Si le transfert négatif prend le dessus, ces succès sont balayés comme fétus de paille au vent. On constate avec effroi que toute la peine et le travail dépensés jusque-là ont été vains »¹⁹.

Cette conception a permis à Freud de justifier à bon compte ses échecs, dont on sait qu'ils furent beaucoup plus nombreux que les réussites²⁰. Si sa patiente Dora a interrompu la cure, ce n'est pas parce que ses interprétations étaient farfelues, c'est à cause d'un « transfert négatif » : « Je n'ai pas réussi à me rendre maître à temps du transfert. [...] Je fus surpris par le transfert et à cause de l'X par lequel je lui rappelais M. K., elle se vengea de moi tout comme elle voulut se venger de M. K. »²¹. *In fine*, Freud et les freudiens sont responsables de rien. Si l'analysant se fâche, ce n'est pas contre l'analyste qu'il se fâche : c'est contre son père, sa mère ou n'importe qui d'autre.

Rogers estime que la majorité des sentiments manifestés par les consultants (anxiété, déception, hostilité, gratitude, etc.) s'expliquent à la fois par des expériences passées et la situation présente. « Si le thérapeute joue au père, le client jouera à l'enfant ; si l'un se montre ascendant l'autre se montrera dépendant. Les parties en cause ont tendance à confirmer leur rôle »²².

6. Le souci de scientificité

Rogers est un pionnier dans l'étude objective de la psychothérapie et dans la formation des thérapeutes. Il a réalisé les premières analyses systématiques de séances de thérapie à l'aide du miroir à vision unique (« one-way mirror ») et d'enregistrements magnétophoniques qu'il a publiés. Il est aussi le premier à avoir formulé des expériences de difficulté croissante en vue de former méthodiquement des psychothérapeutes.

Il est vrai que Freud ne disposait pas de ces techniques, mais il s'est montré bien naïf quant à l'objectivité de ses observations. P. ex., il écrit à propos de Dora — qui deviendra le plus célèbre de ses cas : « L'histoire de la malade, je l'ai rédigée de mémoire qu'une fois la cure achevée, tant que mon souvenir était encore frais et renforcé par l'intérêt d'une publication. La rédaction par conséquent n'est pas absolument fidèle — au sens photographique —, mais elle peut revendiquer un haut degré de fiabilité »²³. Quand on compare la publication du cas de l'Homme aux rats avec les notes prises durant la cure, on constate que Freud transformait des faits pour prouver ses théories²⁴. Freud ignorait ce que la psychologie scientifique a, depuis, montré sur la transformation des souvenirs.

¹⁹ *Abrégé de psychanalyse* (1940) Trad., *Œuvres complètes*, PUF, XX p. 267s.

²⁰ M. Borch-Jacobson a examiné de près l'évolution des 31 patients de Freud bien identifiés. Il a constaté que seulement 3 ont guéri. Les autres ont stagné, régressé ou se sont suicidés (*Les patients de Freud*, éd. Sciences Humaines, 2011). Voir : <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1969>

²¹ *Fragment d'une analyse d'hystérie* (1905) *Œuvres complètes*, PUF, VI 297s.

Pour comprendre pourquoi Dora a interrompu assez rapidement ce traitement, voir l'analyse du psychanalyse P. Mahony : <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2821>

²² Rogers, C. & Kinget, M., *Op. cit.*, vol. 2, p. 244s.

²³ «Fragment d'une analyse d'hystérie» (1905) Trad., *Œuvres complètes*, PUF, VI, p. 190.

²⁴ Pour des détails, voir p.ex. J. Van Rillaer (1981) *Les illusions de la psychanalyse*. Mardaga, p. 132-135.

L'impact de Rogers sur l'histoire de la psychothérapie

En 1957, Rogers a publié un article où il soutenait que trois attitudes du thérapeute sont nécessaires voire suffisantes pour amener un progrès psychologique : la considération inconditionnelle, l'empathie et l'accord interne²⁵. Cette conception a eu un impact considérable sur des pratiques psychothérapeutiques de diverses orientations. En 2007, la revue *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training* lui a consacré un numéro spécial. On y trouve notamment un article de Marvin Goldfried, un des plus grands noms du comportementalisme, rendant hommage à la perspicacité de Rogers²⁶. Quantité de recherches empiriques ont en effet montré que ces facteurs, même s'ils ne sont pas toujours suffisants, sont des préalables pour une relation psychothérapeutique efficace, qu'elle soit systémique, cognitivo-comportementale ou autre²⁷.

²⁵ Traduction française : <http://zetetique-languedoc.fr/index.php/conditions-necessaires-et-suffisantes-dun-changement-de-personnalite-en-psychologie/> ou taper dans Google : zetetique-languedoc + "Carl Rogers"

²⁶ "What has psychotherapy inherited from Carl Rogers ?", 44 : 249-252.

²⁷ Pour une discussion sur la portée et les limites des ces facteurs, voir p.ex. <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2431>