NOUVELLE REVUE THÉOLOGIQUE

87 N° 8 1965

Silence thérapeutique et inexaucement

Thomas C. ODEN

p. 820 - 826

https://www.nrt.be/fr/articles/silence-therapeutique-et-inexaucement-1544

Tous droits réservés. © Nouvelle revue théologique 2026

III. Silence thérapeutique et inexaucement

par Thomas C. ODEN

Si cette analyse de quelques points de divergence donnait au lecteur l'impression d'ergoter quelque peu, je tiendrais à relever avant tout le très large terrain d'accord qui existe entre le R. P. André GODIN et moi-même sur des positions cruciales comme la présupposition *ontologique* d'une thérapie efficace, une christologie de *kénose* et les limitations d'une interprétation *analogique*. Il me semble que deux considérations au moins restent intéressantes à discuter : 1) un meilleur énoncé de l'analogie entre le silence thérapeutique et l'*inexaucement* par Dieu — et 2) la fonction du *transfert* dans une psychothérapie efficace.

1. *Silence thérapeutique et inexaucement.*

Quand le P. GODIN relève l'analogie entre la prière inexaucée et le silence thérapeutique, ou entre l'expérience de demeurer inexaucé par Dieu, comparable au refus délibéré du thérapeute de satisfaire les appels névrotiques du patient, il introduit une élaboration qui est, en effet, extrêmement prometteuse et édifiante. En nous plaçant dans la perspective de l'analogie de foi, ne pouvons-nous pas très exactement considérer la décision du thérapeute, qui refuse d'être manœuvré par les demandes névrotiques, à la lumière analogique de la détermination de Dieu qui ne se laisse pas manœuvrer par nos supplications narcissiques ?... Essayons de dire comment nous comprenons la portée de cette analogie et de tirer au clair comment nous voyons la fonction du silence en psychothérapie dans un éclairage quelque peu différent (' centré sur le client ').

De nombreuses méthodes thérapeutiques, dont les variations théoriques peuvent être grandes (freudienne, adlérienne, rogérienne, ou d'autres), confirment la position de GODIN sur l'expérience d'un silence prolongé et souvent pénible comme une condition nécessaire, et sans cesse nécessaire, pour que l'individu en thérapie apprenne qu'il doit découvrir en lui-même et dans son propre langage les coûteuses réponses à sa situation, qu'il ne peut pas s'assurer à bon marché chez un « expert ». Lorsque le client vient en thérapie avec l'attente d'une relation scientifique-objective, comme celle qui s'établit en chirurgie ou dans la vente de produits pharmaceutiques, adressant au thérapeute des demandes d'intervention par voie de conseils, de médicaments, de démarches auprès de tiers, de changements dans le milieu, etc., le thérapeute est certainement amené à écouter, à élucider, à comprendre, et sûrement pas à satisfaire ces pétitions du névrosé ; sans aucun doute, l'expérience même de l'inexaucement, cet échec dans la satisfaction des demandes adressées au thérapeute, est une part importante dans la relation qui aide le client à se fonder sur ses propres ressources pour se renouveler lui-même. Comme le dit GODIN dans son langage typiquement freudien, la visée du thérapeute, même quand il gratifie le client à doses légères et homéopathiques, est bien de « le ramener vers la privation, vers le silence fondamental où sa liberté ne peut plus se fonder sur rien d'autre qu'elle-même pour se situer dans l'obscurité et se trouver au sein des conflits affectifs qu'elle est en train d'apprendre à reconnaître et à accepter ». Ceci est bien conforme à la continuelle insistance de Freud sur la privation comme ressort central de la thérapie, particulièrement quand il conseille de refuser au client « précisément les satisfactions qu'il souhaite le plus intensément et réclame le plus opiniâtrement [1] ». Conseil dur à enten-

1. S. FREUD, *Therapy and Technique* (N. Y., Collier, 1936), p. 187.

dre et que nous estimons pourtant tout à fait approprié, Freud recommande au thérapeute de veiller à ce que « les souffrances du patient... ne prennent pas fin prématurément... *Le traitement analytique doit être mené jusqu'au bout, autant que possible, sous le signe de la privation — dans un état d'abstinence* [2] ». Si nous tombons facilement d'accord sur la nécessité de cette privation dans une thérapie, il nous semble beaucoup plus difficile d'énoncer l'analogie possible entre ce silence thérapeutique et l'absence de réponse que Dieu impose à nos supplications névrotiques.

En lisant l'élaboration que GODIN fournit de ce thème de l'*inexaucement*, nous avons pensé plusieurs fois à ce que BONHOEFFER affirme d'une façon retentissante : « Le Dieu qui est avec nous, c'est le Dieu qui nous laisse entièrement à nous-mêmes (Mc 15, 34)... Le Dieu qui nous fait vivre dans ce monde sans pouvoir l'utiliser comme une hypothèse de travail satisfaisante, c'est le Dieu même devant Qui nous nous trouvons sans cesse [3] ». GODIN semble s'accorder avec BONHOEFFER pour dire que le monde est sorti de l'enfance ! Dieu nous rend libres, nous force à exercer notre auto-détermination ; c'est précisément quand il nous fait sentir le refus divin de nous traiter comme des enfants que Dieu est le plus profondément *cum nobis*. Il désire nous traiter comme des hommes devenus majeurs et, dans ce sens, la relation qu'il entretient avec nous comme Sauveur est nécessairement celle de l'inexaucement : il refuse nos appels inauthentiques en vue d'une meilleure authenticité qu'il nous promet. Il refuse d'agir comme *Deus ex machina*, comme bouche-trou, comme hypothèse de travail ou comme ' solution ' facile et prématurée à nos problèmes humains.

Il y a cependant un point de la discussion menée par GODIN à propos du silence qui pourrait conduire à de fausses conceptions facilement évitées en appliquant continûment l'orientation thérapeutique « centrée sur le client ». En traitant du « silence personnalisant », GODIN dit que le thérapeute « se borne à l'écouter et à attendre qu'il se découvre lui-même en parlant ». Dans notre façon de comprendre la thérapie, ceci ne serait pas la fonction exacte du silence. Si le fait d'attendre en silence que l'individu se découvre lui-même était la source de l'aide psychologique, dans ce cas-là un poteau pourrait constituer un excellent thérapeute. Au contraire, la thérapie nous semble impliquer la présence d'une *personne* compréhensive, accueillante, capable d'entrer ' empathiquement ' dans le dialogue que l'individu poursuit avec lui-même, ce qui est assez différent d'attendre en silence. Si le dialogue thérapeutique s'exprime de temps à autre par un silence,

2. *Ibid.*, p. 185.
3. D. BONHOEFFER, *Letters and Papers from Prison* (London, SCM, 1953), lettre du 16 juillet 1944.

c'est seulement pour permettre au dialogue intérieur au patient de trouver le temps pour s'exprimer avec plus de force et de clarté.

D'autre part, GODIN laisse parfois l'impression que le silence serait dû à une initiative du thérapeute lui-même, comme un aspect de sa technique, et parfois délibérément cherché comme un moyen de susciter l'hostilité. Or, si la thérapie doit être comprise dès le début comme un moyen de clarification pour l'individu malade qui cherche à se comprendre lui-même au travers des réponses d'un thérapeute accueillant et « empathique », il s'en suit que tout silence qui pourrait apparaître dans le déroulement thérapeutique doit résulter d'une initiative du client, comme une expression de son propre besoin de demeurer silencieux, plutôt qu'être imposé artificiellement dans le dialogue par un expert comme une partie de sa technique.

Quant aux demandes névrotiques tendant à obtenir des conseils ou des interventions de divers genres, adressées au thérapeute, elles doivent être traitées de la même manière que toute autre expression de sa part, c'est-à-dire en essayant d'aider la personne elle-même à comprendre pourquoi elle sent le besoin de manœuvrer le thérapeute ou pourquoi elle lui adresse de telles demandes. Certainement le silence, en thérapie « centrée sur le client », joue un rôle capital, mais le thérapeute n'y demeure jamais silencieux de sa propre initiative. Le silence constitue toujours une réponse à un dialogue intérieur chez le consultant. C'est précisément au moment où celui-ci est en plein travail de dialogue intérieur, travail si intense que parfois il ne peut pas encore exprimer en mots ce qu'il ressent, que le silence est nécessaire et que toute intrusion du thérapeute ferait dérailler le train de ses pensées. Il n'y a pas place en thérapie pour le silence en tant que tel, mais seulement pour le silence en tant qu'il permet une communication plus pénétrante inter-personnelle et intra-personnelle. Silence et privation sont seulement la face négative de ce travail. Ce qui compte davantage est ce qui se passe de positif, dans une thérapie efficace, en-dessous de ce silence.

Pareillement, selon l'analogie de la foi, l'aspect le plus décisif de cette absence de Dieu quand il s'agit de répondre à nos supplications névrotiques n'est pas négativement le refus divin, pur et simple, d'être l'objet de nos manœuvres, mais positivement le fait que dans cet inexaucement Dieu lui-même fait en sorte de nous amener vers l'authenticité et une compréhension humaine adéquate de nous-mêmes. Ainsi le silence de Dieu, par exemple dans la crucifixion, n'est là que pour provoquer la parole propre à l'homme, exactement comme le silence du thérapeute n'a pour fonction que de permettre au sujet une plus adéquate compréhension de lui-même[4].

4. GODIN suggère que le silence est plus fréquent en psychanalyse, moins fréquent dans les psychothérapies brèves, et moins encore dans « la méthode rogé-

2. Le rôle du transfert.

Le nœud du second aspect de notre discussion est la fonction du transfert dans une psychothérapie efficace. GODIN affirme catégoriquement que « le seul *insight* thérapeutiquement efficace en profondeur est toujours effectué dans le transfert » et que « une thérapie bien conduite tournera toujours autour du transfert à l'égard de substituts parentaux ». Bien que ma réponse puisse apparaître au lecteur non spécialisé comme la réponse d'un rogérien à un freudien, elle doit cependant être clairement énoncée à la lumière de la présentation particulière qu'en a faite GODIN.

Convenons que le *transfert* soit « un terme qui s'applique à des attitudes transposées sur le thérapeute alors qu'elles étaient originairement dirigées, avec plus de justification, sur un parent ou une autre personne [5] » ou, dans la définition qu'en donne Freud lui-même, le développement de réactions affectives à l'égard du médecin « d'un caractère à la fois affectueux et agressif, qui ne sont pas fondées sur la situation présente mais proviennent d'anciennes relations à l'égard des parents [6] ». On pourrait se demander alors pourquoi de tels mouvements affectifs « transférés » seraient si nécessaires en thérapie. En thérapie freudienne, on espère que la reprise et la reviviscence de la relation « oedipienne » vécue sur le rôle substitutif du thérapeute puisse être elle-même une source de guérison : on y reconstituerait la relation avec son propre père et on se découvrirait sur une base neuve dans le dialogue avec le thérapeute, d'où sortirait une compréhension rénovée de la filiation et de la situation humaine.

Dans notre façon de voir, cependant, il n'est pas du tout nécessaire, il peut même être nocif, de favoriser intentionnellement et de renouveler des relations transférentielles, puisque ceci implique une intrusion envahissante de l'image du thérapeute dans la conscience psychologique du client. Parmi des centaines de cas traités en thé-

---

rienne ». Nous ne voyons pas bien pourquoi il y aurait moins de silence dans la thérapie centrée sur le client : à vrai dire, celle-ci n'est pas une méthode mais plutôt une relation (la notion même de méthode a depuis longtemps été rejetée par ROGERS parce qu'elle impliquait une attitude manœuvrière et instrumentale inadéquate en thérapie). Tout thérapeute compétent, centré sur le client, a traversé la lutte de longues périodes d'écoute silencieuse du dialogue interne qui se déroule chez le consultant. S'il fallait trouver une gradation semblable pour ordonner les orientations diverses des psychothérapies, nous proposerions de la trouver dans les thérapies qui s'orientent davantage vers l'évaluation et l'interprétation, comme serait la psychanalyse, et qui augmentent les chances de faire intrusion dans le dialogue silencieux et intérieur du client par le moyen de schèmes psychanalytiques.

5. C. ROGERS, *On Becoming a Person* (Boston, Houghton Mifflin C°, 1961), pp. 31 et sv. — et *Client-Centered Therapy* (Boston, Houghton Mifflin C°, 1951), p. 198.

6. S. FREUD, « Psychoanalysis : Freudian School », *Encyclopaedia Britannica*, Vol. 18, 1944, p. 674.

rapie « centrée sur le client », ROGERS n'en relève qu'un petit nombre qui ont développé une relation transférentielle solide, au degré d'intensité où ce transfert devient central en psychanalyse, bien qu'on puisse admettre qu'un certain degré de transfert soit présent dans la plupart des cas[7]. ROGERS propose une hypothèse pour rendre compte de cette différence : « Quand le client se trouve objet d'évaluation et en vient à réaliser clairement, dans sa propre expérience, que cette évaluation est plus exacte que celle qu'il avait faite de lui-même, sa confiance en lui diminue et une relation de dépendance s'élabore. Quand le thérapeute apparaît, à l'expérience, un personnage qui ' en sait plus long sur moi que je n'en sais moi-même ', alors il semble bien au client qu'il n'a rien de mieux à faire qu'à passer les rênes de sa vie dans les mains d'un plus compétent que lui[8] ». Au contraire, si le thérapeute est de façon constante porté à entrer dans le système de références du consultant, dans une attitude accueillante, ' empathique ', inconditionnellement favorable, et de façon telle qu'il évite toujours la position évaluative qui provoque les sentiments transférentiels, alors toute la question de savoir « comment utiliser le transfert » est dépassée et utilement évitée. « Une véritable relation transférentielle se produit avec une plus forte probabilité quand le client expérimente la présence d'un autre qui a de lui une compréhension plus réelle de son propre moi que celle qu'il en possède lui-même[9] » : et c'est bien ce qui arrive constamment en psychanalyse. Mais une thérapie qui assume dès le début que le client en sait plus sur lui-même que le thérapeute ne se trouve pas déviée par des cloisonnements affectifs (« parataxic distorsions », SULLIVAN) et des relations transférentielles incohérentes.

Finalement, GODIN insinue que je tends à développer une pseudo-analogie de type maternel qui serait secrètement transférentielle. Mais la profonde signification d'une relation thérapeutique efficace n'est pas éclairée par des analogies de type familial, ni par la relation fraternelle, maternelle ou paternelle, à mon avis, mais bien par cette relation unique que constitue la compréhension inconditionnellement accueillante et positivement ' empathique ' ; du reste celle-ci peut tout aussi bien être présente dans n'importe laquelle des relations familiales et y *est* effectivement présente partout où il s'agit d'*authentique* paternité, maternité ou fraternité. En ce sens, notre véritable Père et Frère n'est personne d'autre que Dieu. Selon la lettre aux Ephésiens, Dieu est « le Père à partir duquel toute famille trouve un nom sur la terre comme au ciel » (Eph 3, 15). C'est aussi l'avertissement de Jésus :

7. C. ROGERS, *Client-Centered Therapy*, p. 199.
8. *Ibid.*, pp. 215-16.
9. *Ibid.*, p. 218.

« N'appelez personne sur terre votre père, car vous n'avez qu'un seul Père, celui du ciel » (Mt 23, 9). Ces analogies familiales ne peuvent être elles-mêmes déchiffrées adéquatement que dans la perspective de l'*analogia fidei*, qui considère la relation humaine sous l'éclairage puissamment illuminateur de l'opération de Dieu.