

LE TRANSFERT ET LE CONTRETRANSFERT SELON JUNG

Jean-Marie Spriet
Ecole Belge de psychanalyse Jungienne

Pour Jung le transfert est une forme de relation avec l'autre et avec soi-même.

Jung considère le transfert sur le plan intersubjectif comme un ensemble de projections servant de substitut à une véritable relation psychologique. L'analysant souffre de l'absence de cette relation. Par le transfert il essaie d'entrer en contact avec le thérapeute. Le transfert est pour Jung une situation potentiellement thérapeutique. La décharge des affects à elle seule ne suffit pas. La présence du thérapeute est indispensable pour que l'analysant puisse intégrer les parties de lui-même qu'il projette. Le thérapeute, de son côté, s'efforce d'entrer en contact avec l'analysant et de développer progressivement sa capacité de jeter un regard nouveau sur son vécu psychique.

Le transfert est un ensemble de projections servant de substitut à une véritable relation psychologique. L'analysant projette sur l'analyste et sur la situation analytique des contenus psychiques refoulés, clivés, ainsi que des représentations archétypiques (grand-mère, héros etc.) caractéristiques pour Jung de la structure de l'inconscient à l'instar des fantasmes originaires (Oedipe, castration etc.) pour Freud.

Voici comment Jung décrit les sentiments qui apparaissent dans le transfert :

Dans cet aspect incestueux se cachent en effet les sentiments les plus secrets, les plus pénibles, les plus intenses, les plus tendres, les plus pudiques, les plus angoissants, les plus bizarres, les plus immoraux, en même temps que les plus sacrés, ceux qui forment l'indescriptible et inexplicable plénitude des rapports humains et leur confèrent une force contraignante. Ils s'enroulent, invisibles, comme des tentacules de pieuvre, autour des parents et des enfants, et, dans le transfert, autour du médecin et du patient. (1971, p. 33).

Parallèlement à cet aspect intersubjectif du transfert, Jung formule l'hypothèse que le transfert, considéré du point de vue intrasubjectif, est un processus de conjonction de nature archétypique et non personnelle, visant à amener le sujet à intégrer à sa conscience les parties inconscientes de lui-même dans un processus progressif de transformation de sa personnalité.

Nous reviendrons plus loin sur cette hypothèse de la conjonction.

La qualité de la relation entre l'analysant-et l'analyste

Dans sa description du travail analytique, Jung met tout particulièrement l'accent sur certains aspects de la relation analysant-analyste. Le rapport du médecin à son patient est une relation personnelle dans le cadre professionnel d'un traitement médical. L'analyste est impliqué dans tout son être par l'interaction qui se déroule. Sa

personnalité joue un rôle considérable dans le succès ou l'échec d'un traitement. Il considère l'analysant sur un pied d'égalité.

Il me paraît important de préciser le sens de cette dernière phrase. Le fait que l'analyste considère l'analysant sur un pied d'égalité pourrait être interprété comme un manque de rigueur ou comme une séduction. La relation analysant-analyste n'est évidemment pas une relation égalitaire; L'analyste ne parle pas de lui-même, propose un cadre, perçoit des honoraires, est tenu au secret professionnel etc. Jung entend par là un rapport d'égalité sur le plan de la relation humaine. L'analyste n'est pas celui qui sait mais celui qui accompagne l'analysant dans sa quête de lui-même. A côté de l'importance du transfert Jung se préoccupe de la qualité de la relation humaine entre l'analysant et l'analyste. Il nous invite à prendre en considération et à examiner sérieusement les remarques, objections et suggestions de l'analysant sans les écarter rapidement comme des résistances ou des défenses.

Jung décrit comme suit l'attitude de l'analysant à la fin de l'analyse :

La pierre de touche de toute analyse qui ne s'est pas arrêtée à un succès partiel ou qui ne stagne pas sans aucun succès est toujours cette relation de personne à personne (1921, p. 137).

Le patient se confronte au médecin en termes d'égalité et avec un sens critique aussi impitoyable que celui qu'il a appris du médecin au cours du traitement. Ce lien personnel est un lien librement négocié par opposition au lien humainement dépendant du transfert. Le patient découvre qu'il a une valeur, qu'il a été accepté pour ce qu'il est et qu'il a en lui ce qu'il faut pour faire face à la vie.

L'impact des contenus inconscients de l'analysant sur l'analyste

Le thérapeute, de son côté, peut être fortement touché par la projection de contenus inconscients sur lui. Jung utilise à plusieurs reprises les trois métaphores suivantes lorsqu'il parle de la relation analytique et du contretransfert.

La rencontre de deux personnalités dans la relation analytique est comme la réunion de deux corps chimiques différents. Si une combinaison a lieu, les deux corps s'en trouvent modifiés. L'influence du médecin ne peut avoir lieu que s'il est lui-même affecté par son malade.

Jung compare aussi la relation analytique à la transmission d'une maladie à un être bien portant. Celui-ci doit, à l'aide de sa santé, réduire les démons malsains, ce qui n'est pas sans être préjudiciable à son propre bien-être. Jung rappelle enfin la nécessité pour le thérapeute d'être lui-même blessé pour guérir l'autre.

L'attitude du thérapeute préconisée par Jung diffère à première vue de celle recommandée par Freud dans ses Conseils au médecin de 1910 :

Je ne saurais trop instamment recommander à mes collègues de prendre comme modèle, au cours du traitement analytique, le chirurgien. Celui-ci, en effet, laissant de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine, ne poursuit qu'un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien.

Cette attitude "chirurgicale" du thérapeute est applicable lorsque l'analyse se déroule au niveau oedipien, au niveau des relations objectales ou lorsque l'analysant a atteint la position dépressive. L'analyste peut éprouver bien des difficultés à s'y tenir en présence de patients narcissiques, borderline, psychotiques ou lors de l'analyse des parties psychotiques de l'homme ordinaire ou névrosé.

Si l'attitude "chirurgicale" ne mène nulle part avec des patients narcissiques, la position de Jung me paraît exagérée dans l'autre sens. Le fait de se sentir blessé par ses patients ne dénote-t-il pas un côté "à vif" chez l'analyste ? Le fait d'être touché ou ému n'implique pas que l'on soit blessé. Je ne veux évidemment pas dire non plus qu'un analyste ne puisse pas être blessé par son patient. Les patients qui nous blessent nous informent sur nos propres failles. Le mythe de l'analyste parfaitement analysé est hypocrite et détestable. Mais si nous devons être blessés par chacun de nos patients notre métier serait intenable.

Dans *Impasse et interprétation* Rosenfeld distingue trois attitudes possibles de l'analyste : une attitude "chirurgicale", une attitude maternelle impliquant un aménagement de la régression par une forte implication de l'analyste et une troisième attitude où l'analyste ne joue pas de rôle et interprète pourquoi l'analysant veut faire jouer un rôle à l'analyste. Je pense que cette troisième attitude n'est pas possible avec tous les patients, entre autres pas avec les patients narcissiques "à vif". L'attitude de Jung me semble aller dans le sens d'une forte implication de l'analyste (Schols, 1989).

Contrairement à Freud ou à Mélanie Klein et bien avant Bion, Jung a reconnu et essayé de théoriser l'impact de l'analysant sur le vécu du thérapeute. Sa démarche est proche de celle que développeront plus tard H. Searles, P. Heimann, M. Little, H. Racker etc.

Jung n'a pas écrit un manuel de technique analytique à la Greenson ou à la Langs mais il a très clairement décrit l'attitude humaine du thérapeute dans la rencontre de l'autre.

Il (le médecin) "prend sur lui", très exactement, la souffrance du patient et il la partage avec lui (1971, p. 24).

En assumant avec une compréhension cordiale la détresse psychique du malade, le médecin s'expose à la pression des contenus inconscients et à leur action inductrice. Le cas commence à "l'occuper"(1971, p. 28).

Du fait que le patient apporte un contenu activé de l'inconscient au médecin, le matériau inconscient correspondant se trouve également constellé chez celui-ci, par un effet d'induction qui naît toujours plus ou moins de projections. Par là le médecin et le patient se trouvent tous deux dans une relation qui repose sur une commune inconscience (1971, p. 29).

Il me paraît intéressant de comparer cette "commune inconscience" ou cette "participation mystique" dont parle Jung à l'identification projective décrite par Mélanie Klein (1946).

Pour Jung la conscience se développe à partir d'un état d'inconscience, d'identité primitive entre le sujet et l'objet appelé participation mystique par Lévy-Bruhl. Cet état est antérieur au clivage de la position schizo-paranoïde. Il n'y a pas encore de différenciation entre l'objet et le sujet, le bien et le mal. Il y a seulement une conscience sensorielle des différences (Stern, 1985).

L'identification projective décrite par Mélanie Klein est une défense contre la régression à cet état d'identité primitive par la projection dans l'autre de ce qui est gênant.

L'identification projective normale et non excessive, définie par Bion comme moyen de communication, notamment utilisé par le nourrisson dans sa relation commensale avec la mère, est probablement comparable à la participation mystique.

Jung confond souvent dans ses écrits l'état de participation mystique et ce qui est en fait une identification projective (Dehing, 1997). Il décrit très bien le vécu de l'identification projective et l'illustre par des gravures accompagnant le texte (1971). Les contenus projetés une fois contenus, compris et interprétés, un état de participation mystique peut s'établir et faciliter l'émergence d'un sens nouveau.

En tant que personnalité "à vif" Jung était plus proche du schizoïde que du paranoïde.

Préconiser une attitude trop réceptive (le thérapeute blessé) avec un patient narcissique à carapace n'a pas de sens, la partie pathologique de ce patient n'ayant pas d'autre but que de détruire l'analyste. Par contre, avec les patients narcissiques "à vif", la thérapie par la régression est souvent nécessaire si on veut atteindre la zone du défaut fondamental (Balint, 1968). La participation mystique s'expérimente dans cette zone où sujet et objet ne sont pas encore bien séparés.

Jung est conscient des résistances qu'une telle conception de l'analyse éveille en chacun.

On éprouve une résistance naturelle à admettre qu'on puisse être affecté dans ce qu'on a de plus intime par "le premier malade venu"...

...la contamination inconsciente offre une possibilité thérapeutique à ne pas sous-estimer...

Il faut évidemment supposer ici que le médecin est mieux en mesure (que le patient) d'amener à la conscience les contenus constellés (1971, p. 29).

La commune inconscience provoque chez l'analyste des sentiments de dépression, de vide, de confusion, de fatigue, de rejet, des sensations physiques désagréables. S'il fuit cette mise à l'épreuve, cette nigredo, dit Jung, ce passage au noir par la dépression et le chaos par des interprétations défensives, par le déni, l'analysant risque de le ramener à lui-même par quelque intervention intuitive et cinglante pour son narcissisme ou de s'enfoncer dans une analyse interminable, vidée de son sens. Par contre, s'il accepte de

traverser ces ténèbres, l'un et l'autre sortiront, à un moment et pour un moment, de la dissociation, du chaos ou du contrôle mortifère avant d'y retomber à nouveau du fait de la difficulté qu'éprouve l'analysant à tolérer la relation et le lien. Il faudra cent fois remettre l'ouvrage sur le métier avec foi, espérance et charité comme dit Jung.

L'importance de la personnalité du thérapeute dans le succès ou l'échec d'un traitement

En 1951, Jung écrit que

...tout traitement quelque peu poussé consiste, presque pour une bonne moitié, dans un auto-examen du médecin, car celui-ci ne pourra mettre en ordre chez son malade que ce qui est stable et valable en lui...

... ce n'est que dans la mesure où il est lui-même blessé qu'il pourra guérir son patient (1930, p. 243).

L'analyste utilise son propre vécu, ses propres réactions comme moyen d'information irremplaçable avec les analysants où le clivage, l'identification projective, le déni, l'idéalisation massive jouent un rôle majeur. Le contretransfert n'est donc plus seulement, comme le conçoit la théorie classique, la réaction inadéquate et déplacée d'un analyste insuffisamment analysé. Ceci présuppose, certes, que l'analyste ait été suffisamment analysé et continue tout au long de sa vie professionnelle à se remettre en question dans le cadre de rencontres avec des confrères et des consœurs avec qui il peut discuter de sa pratique en confiance.

Rappelons au passage que c'est Jung qui le tout premier a insisté sur la nécessité pour l'analyste d'être analysé. Il utilise à ce propos deux images :

Qui donc pourrait apporter des clartés, "mettre en lumière", s'il se débat encore dans ses propres ténèbres ? Qui donc pourrait purifier avec des mains impures ? (1930, p. 57)

Analyse réductrice du transfert et approche symbolique des représentations archétypiques

Jung insiste à de nombreuses reprises sur la nécessité de l'analyse réductrice du transfert infantile. Elle doit mettre en évidence et interpréter les mécanismes de défense utilisés par le patient face à ses pulsions libidinales et destructrices. Le transfert, la projection, le passage à l'acte, la plongée dans une commune inconscience sont les moyens d'aborder le conflit dans l'ici et maintenant et de le travailler. Ce n'est que par un travail lent, continu, difficile des projections et des mécanismes de défense dans un cadre défini et par le truchement d'une relation humaine qu'une transformation de l'individu peut s'opérer. Jung analyse l'étiologie sexuelle infantile des troubles psychiques et la dimension narcissique de la volonté de puissance et de ses avatars. Il cite également

le désir d'avoir... la négation instinctuelle de tout mouvement de désir, si bien que la vie semble fondée sur l'angoisse et l'autodestruction (1971, p. 26).

On peut y reconnaître l'envie de Mélanie Klein et l'instinct de mort décrit par Freud ; mais Jung parle peu de ces aspects du transfert ainsi que du transfert négatif.

Cela ne veut pas dire qu'il ignorait le transfert négatif. Jung est décrit par ceux qui ont eu l'occasion de le fréquenter comme quelqu'un de très présent dans la relation. Intuitif, il devait percevoir le transfert négatif et intervenir rapidement à ce propos tant il était important pour lui de clarifier la relation entre l'analysant et lui par le retrait des projections. Le travail du transfert au niveau de l'envie, de l'agressivité, de la pulsion de mort et de la déliaison a été développé par Fordham et les analystes jungiens anglais au contact de leurs collègues kleinien.

La valeur symbolique des images et des rêves

A côté de cette analyse réductrice du matériel apporté par l'analysant, Jung insiste sur la valeur symbolique des images et des rêves qui émergent au fil du travail analytique. Ces images et ces symboles sont susceptibles de favoriser une nouvelle orientation de la vie psychique faisant une plus grande part au sentiment, aux valeurs personnelles et à l'irrationnel.

Accepter l'irrationnel et l'intégrer, faciliter la capacité de "jouer" du patient au sens winnicottien est une dimension essentielle de l'analyse. Il serait réducteur et affligeant d'interpréter ces symboles qui font sens pour l'analysant et qui l'aident à vivre comme des résistances. Ce serait là tuer la créativité et l'espoir du sujet.

L'analyse est un art plutôt qu'une science, quelque chose qu'il est bien difficile de décrire en termes conceptuels.

Nous nous mouvons ici en effet dans le domaine de l'incomparable, de l'individuel, de l'unique. On peut certes, à l'aide de certaines catégories assez larges, mettre un peu d'ordre dans un tel processus. On peut le décrire, ou du moins l'esquisser au moyen d'analogies appropriées, mais son essence la plus intime est l'expérience individuelle et toujours diverse de la vie vécue que nul ne peut saisir de l'extérieur, mais par laquelle celui que cela concerne est saisi (1971, p. 199).

Le piège jungien

Malheureusement certains analystes jungiens s'intéressent principalement ou presque exclusivement aux images et aux rêves et n'analysent pas ou pas suffisamment les pulsions libidinales et agressives et leur relation à l'histoire personnelle du sujet. Le conflit suscité par le désir ou le besoin de l'analysant lié aux ratés de son développement n'est pas mis en évidence, pas compris et interprété dans le cadre de la vie personnelle du sujet. Ces analystes se laissent séduire par le piège d'une lecture directe des images,

des rêves, des symptômes en dehors du transfert sans tenir compte des affects dans l'ici et maintenant de la séance. Il y a bien souvent dans ce cas un déni de l'angoisse, de la douleur psychique, de la castration et une fuite dans l'imaginaire et la toute-puissance. Le thérapeute entre en collusion avec l'analysant et favorise l'identification de celui-ci à un soi grandiose, à un faux soi, encourageant ainsi une caricature désolante de la démarche analytique.

Jung lui-même n'échappe pas à ce piège de la fascination du contenu.

Ses écrits témoignent d'une ambivalence considérable quant à la nécessité du transfert et à l'utilité de son intensité (voir par exemple 1971, p. 24 et 25) .

Il a écrit des textes très émouvants sur l'impact du transfert et du contretransfert. Il s'est confronté avec courage et détermination, pour ne pas dire avec l'énergie du désespoir, à ses parties psychotiques et aux parties psychotiques de ses patients à une époque où ce continent de la psychologie n'était pas abordé par l'analyse.

Mais à d'autres moments il me donne l'impression de se perdre dans des citations livresques visant à se rassurer sur le bien-fondé de ses hypothèses. C'est précisément un aspect de son oeuvre qui séduit un certain nombre de ceux qui l'abordent. La réalité humaine du patient dans l'ici et maintenant y semble peu présente. Tantôt il fait preuve de l'intuition et de la compréhension la plus fulgurante des borderline et des schizophrènes, tantôt il se coupe inconsciemment de la relation en étant fasciné par les images de l'inconscient collectif en dehors du truchement du transfert. Il a cherché l'autre dans la mythologie, la gnose, la sagesse orientale, l'alchimie. Pas plus que Freud il ne s'est confronté à l'autre dans le cadre d'une analyse.

Ces contradictions que nous constatons et cette dissociation que nous ressentons nous amènent à nous interroger, avant de terminer cet exposé, sur l'influence de la personnalité de Jung sur sa théorie et sa pratique du transfert et du contretransfert.

L'influence de la personnalité de Jung sur sa conception du transfert comme conjonction

Jung a souvent répété que les théories psychologiques sont fonction de l'équation personnelle de leurs auteurs. Ce sens de la relativité que Jung introduit ainsi dans l'appréciation des théories nous permet d'aborder les diverses théories analytiques avec un préjugé favorable et critique. Aucune ne peut prétendre embrasser la complexité des phénomènes psychiques. Il est possible de soumettre les mêmes matériaux à des interprétations divergentes. Chaque créateur nous aide à appréhender une facette différente des phénomènes psychiques mais risque de nous enfermer dans son système dans la mesure où il est tenté d'ériger sa théorie en explication globale et exclusive du psychisme.

Le schizoïde qui souffre de sa dissociation veut favoriser la conjonction. Le paranoïde veut au contraire distinguer et séparer pour ne pas risquer d'augmenter l'angoisse paranoïde en ne sachant pas où est le bon et le mauvais.

Le schizoïde veut concilier toutes les théories en minimisant les différences et en mettant l'accent sur les concordances. Le paranoïde est sûr d'être dans le bon et veut créer des chapelles analytiques (Schols,1996).

Il est important de connaître diverses théories et d'étudier leur originalité pour percevoir la complexité de la psychopathologie dont chaque théorie n'éclaire qu'une facette.

Nous sommes donc conviés par Jung lui-même à nous interroger sur les racines personnelles de ses théories.

Dans son autobiographie il parle de la dépression et de l'hospitalisation de sa mère durant sa petite enfance ainsi que de la mésentente de ses parents. Il a ressenti sa mère à la fois comme une force naturelle et dangereuse, son père comme bon et inefficace. N'y a-t-il pas là un déni de la puissance du père et une forme de mépris ? Jung balaie son père et le désidéalise d'un trait de plume. Il a souffert de troubles de la peau. Il a été la proie d'images et d'affects mystérieux et terrifiants. Il a eu recours à des mécanismes de défense archaïques pour tenir le coup face aux angoisses psychotiques, au chaos et au non-sens qui le menaçaient. Il a élaboré une double personnalité (1962, p. 65).

Cette dissociation importante de sa personnalité a joué un rôle considérable dans la sensibilité de Jung à la souffrance psychique et l'importance de la régression archaïque dans sa théorie du transfert comme conjonction. La nécessité de cette conjonction est d'abord une évidence de son expérience personnelle schizoïde, fil d'Ariane de sa quête de lui-même face à la dissociation toujours présente à l'arrière-plan. L'absence de confrontation suffisante avec son père et avec un analyste l'ont amené à faire de cette conjonction un processus de nature archétypique impersonnelle visant à amener le sujet à intégrer à sa conscience les parties inconscientes de lui-même. Il cherchera toute sa vie à étayer cette hypothèse, cette conviction sur des histoires de cas et dans l'histoire des idées. Il se rassure en écrivant, par exemple :

La conjonction est une image a priori qui occupe depuis toujours une place de premier plan dans l'évolution de l'esprit humain. (1971, p. 22).

L'accent mis par Jung sur la nature impersonnelle et archétypique du transfert est une source de malentendus dans l'approche jungienne des troubles psychiques. Prise à la lettre, cette théorie fait l'impasse sur la dimension pulsionnelle et personnelle de l'individu dans sa rencontre avec l'autre et conduit à ce que j'ai décrit comme le piège jungien.

Dans *Métamorphoses de l'âme et ses symboles* écrit en 1911-1912 Jung interprète l'inceste d'une manière différente de celle de Freud, fils d'une jeune mère et en proie au refoulement de ses désirs infantiles. Jung n'interprète pas les désirs incestueux seulement comme expression d'un attachement sexuel oedipien à la mère comme objet total mais comme une recherche des parties du soi par la séparation avec la mère archaïque à la fois dévorante et objet d'une nostalgie infinie. Le père n'est guère présent et le sujet est transformé en héros omnipotent voué aux exploits, risquant de continuer une quête pseudo-héroïque sans pouvoir trouver repos et tendresse auprès d'une

femme ordinaire. Il est significatif que dans ce livre Jung nous parle longuement des fantaisies de Miss Miler souffrant de troubles prépsychotiques et non pas névrotiques.

Pour conclure, plutôt que de considérer "l'objectivité des preuves", ne vaut-il pas mieux considérer l'hypothèse de la conjonction dans le transfert comme un "modèle" qui nous parle et qui parle à l'analysant, qui permet de "jouer" (Winnicott) afin d'introduire un troisième terme qui ferait sens, ce qui est finalement très jungien.

Bibliographie

BALINT, M. (1968), Le défaut fondamental, Payot, Paris, 1971.

DEHING, J.(1997), About sameness and otherness - From primordial identity to discriminating consciousness,

FREUD, S. (1910), Conseils aux médecins, in La technique psychanalytique, P.U.F., Paris, 1953.

HEIMANN, P. (1960), Counter-transference in British Journal of Medicine and Psychology n° 33, 1.

JUNG, C.G. (1921), The Practice of Psychotherapy in Collected Works of C.G. Jung, vol. 16, Princeton

University Press, 2d edition, 1966.

(1930), Problèmes de la psychothérapie moderne in La guérison psychologique, Préface et

adaptation du Dr Roland Cahen, 2ème édition, Librairie de l'Université, Georg & Cie,

Genève, 1970.

(1962), Ma Vie, traduction du Dr Roland Cahen et Yves Le Lay, N.R.F., Gallimard, Paris, 1966.

(1971), Psychologie du transfert, traduction d'Etienne Perrot, Albin Michel, Paris, 1980.

KLEIN, M. (1946), Notes sur quelques mécanismes schizoïdes in Développement de la psychanalyse, P.U.F.,

Paris, 1966.

LITTLE, M. (1957), La réponse totale de l'analyste aux besoins de son patient in Des états limites,

Ed. des femmes, 1992.

RACKER, H., (1968), *Transference and counter-transference*, Hogarth, London.

ROSENFELD, H. (1987), *Impasse et ambiguïté*, P.U.F., Paris, 1990.

SCHOLS, R. (1989), *L'angoisse de séparation dans la situation analytique*, in *Etudes psychanalytiques* 8,1996.

SEARLES, H. (1965), *L'effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard, Paris, 1977.

STERN, D.N. (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, P.U.F., Paris, 1989.,