

# Mises en acte interprétatives et situation analytique

## Controverse psychanalytique entre John Steiner et Edgar Levenson

John STEINER

(© Copyright International Journal of Psychoanalysis)

Il est avéré que les mises en acte sont inévitables et néfastes pour le patient et pour le processus analytique, même si elles sont parfois instructives (Sandler 1976, 1977 ; Joseph 1981, 2003). Soutenant la thèse selon laquelle les mises en acte peuvent être utiles, Sandler (1976) va jusqu'à suggérer que l'analyste cultive une *capacité de réponse flottante*, sorte d'équivalent de l'attention flottante de Freud qui permettrait que ses réactions, tout comme ses pensées et sentiments, contribuent à sa compréhension des patients. Il décrit comment une relation infantile de jeu de rôles peut se développer et être observée au moment où elle est *mise en acte* dans la relation avec l'analyste (Sandler, 1976). De même, Joseph (1981, 1989) présente d'abondants travaux qui soutiennent que l'analyste est inévitablement conduit à jouer un rôle dans les fantasmes du patient, et que l'observation de ce rôle peut éclairer le système défensif du patient et son style habituel de relations d'objet.

Il est difficile d'accepter l'idée que les mises en acte peuvent donner des informations utiles sur le patient et ses relations tout en reconnaissant que, dans le processus, on risque de violer les limites et de nuire au patient comme au travail analytique. Par définition, les mises en acte franchissent la limite entre pensée et action et, à moins qu'elles ne soient reconnues et régulées, elles peuvent entrer dans cette zone trouble se situant entre la technique normale, l'erreur technique et la violation anti-éthique d'une limite. (Gabbard et Lester, 1995). Je pense qu'on doit les tolérer comme faisant partie de la faillibilité ordinaire de l'analyste, à condition qu'on les surveille et qu'on les observe comme un moyen de contrôle de notre compréhension de nous-mêmes et de notre contact avec la réalité.

### La situation analytique

J'avancerai l'idée que, si l'on ne peut prévenir ni éviter les mises en acte, on peut du moins, souvent les reconnaître et réduire leurs effets nocifs. Leur utilité pour la compréhension du patient dépend aussi, évidemment, de leur repérage, alors que la plupart des mises en acte demeurent inconscientes, à moins qu'on ait développé une sensibilité particulière à leur survenue. Il est donc utile pour tout analyste de savoir dans quels domaines il est le plus susceptible d'effectuer des mises en actes, et ceci lui demande une bonne observation et une bonne connaissance de soi. Pour m'aider à déceler les mises en acte, j'ai trouvé utile de les penser en rapport avec la situation analytique qui peut fournir une limite, un cadre, qui se brise dans une plus ou moins grande mesure lorsqu'une mise en acte se produit.

La situation analytique, le cadre, l'espace, ou le contenant, fournit l'arène à l'intérieur de

laquelle les perturbations et conflits émotionnels du patient peuvent s'exprimer et être compris (Bleger, 1967 ; Viderman, 1979 ; Quinodoz, 1992). À travers la situation analytique, nous établissons des limites et c'est pour cela que je vois cette situation plutôt comme le propose Segal (1962), c'est-à-dire comme l'élément essentiel au développement d'une relation de transfert. Il ne s'agit pas seulement un espace à l'intérieur duquel le patient doit se sentir en sécurité pour apporter ses pensées, ses sentiments et ses actions afin qu'ils soient compris ; la situation analytique fait aussi partie de notre relation contractuelle de fournir les conditions dans lesquelles une analyse peut se poursuivre.

Segal considère que l'attitude de l'analyste forme une partie importante de cette situation analytique ; elle avance que :

*... nous garantissons que l'analyste ne fera rien pour brouiller le développement du transfert, qu'il sera là en tant que personne dont l'unique fonction est de comprendre de façon compatissante et de communiquer au patient toute connaissance qu'il a acquise, au moment où l'analysant est le plus à même de la comprendre. (1962, pp. 212-3)*

C'est un objectif important mais une exigence impossible à atteindre, et tout analyste se retrouve en train de faire des choses qui mettent en danger la situation analytique et perturbent les conditions dans lesquelles l'analyse est conduite.

### **Pensée et action**

La limite entre pensée et action a été prise en considération par Freud dès 1911, lorsqu'il a fait la distinction entre le principe de plaisir/déplaisir et le principe de réalité. Il a décrit comment, sous l'emprise du principe de plaisir, l'action peut être utilisée « comme un moyen de soulager l'appareil psychique d'une accumulation de stimuli » (1911) et nous pouvons ainsi reconnaître comment certaines mises en acte servent à réduire la tension. Plus tard, avec le développement du principe de réalité, Freud observe que l'action peut être utilisée conjointement au jugement de réalité, mais que cela demande alors « de restreindre la décharge motrice (l'action), et que cela se passe à travers le processus de la pensée ».

Une limite entre pensée et action est un élément central pour une attitude analytique où nous tentons de baser les interventions sur la pensée et sur la verbalisation de cette pensée, et où nous essayons de nous abstenir de toute action, en particulier de toute action motivée par le soulagement de la tension de la part de l'analyste. Le fait de penser est essentiel au concept de contenance, qui repose sur la capacité de l'analyste à recevoir des projections, à y répondre émotionnellement et, cependant, à tolérer la tension sans avoir trop recours à l'acte.

### **Mises en acte verbales et « réelles »**

De grossières violations des limites, telles que les relations sexuelles avec des patients, une influence injustifiée sur eux, ou encore, leur exploitation (Gabbard 1995 ; Godley, 2001 ; A.-M. Sandler, 2004) sont à juste titre très inquiétantes, et Joseph (2003) pose la question pertinente de savoir à quel moment les mises en acte ordinaires dérivent vers un comportement aussi contraire à l'éthique. De nombreuses mises en acte demeurent à un niveau verbal et peuvent ne pas franchir les limites de l'éthique. Cependant, elles peuvent malgré tout mettre en danger le travail analytique, ou exercer une influence indésirable sur le patient. Certaines paroles et la façon dont elles sont exprimées font davantage que communiquer une information, et bien des patients vivent les mots comme des choses qui les influencent concrètement, les excitent ou les blessent comme le feraient des tentatives de séduction ou des attaques réelles. Beaucoup de violations grossières des limites, qui sont aisées à reconnaître à cause de leur nature extrême, ont des équivalents qui sont, en fait, des violations verbales des limites. On

peut accomplir une séduction au moyen des mots, infliger de la cruauté avec la langue, et une condamnation morale à travers le ton de la voix.

Un autre problème surgit lorsque des mises en acte verbales ne sont pas directement exprimées comme telles, mais sont déguisées en interprétations. Nous sommes généralement capables d'éviter l'expression directe de nos sentiments, tant positifs que négatifs, à l'égard du patient, mais nous faisons souvent subtilement connaître notre point de vue, fréquemment sans nous en rendre compte. Ce sont malgré tout des mises en acte qui peuvent avoir des effets importants sur le patient, particulièrement sur sa capacité à développer sa propre pensée et son propre jugement. À la suite de Joseph (2003), je les appelle des *mises en acte interprétatives*.

La capacité de recevoir les communications du patient afin de les comprendre est au centre de l'attitude analytique et, pour cela, l'analyste doit créer un espace pour le patient dans son propre psychisme. Il doit, avant tout, reconnaître ses propres réactions et son propre système de valeurs, et les distinguer de celles de son patient. C'est seulement après cela que le patient peut se développer et grandir pour découvrir son propre potentiel et son caractère propre, dans des conditions où l'influence des valeurs et des préférences de l'analyste est réduite à un minimum. Il n'est ni possible ni souhaitable que l'analyste se comporte comme une figure neutre et détachée, mais il lui faut reconnaître la propension qu'a le patient à l'inciter à mettre en acte un objet de son monde interne. Il est particulièrement courant que le patient se tourne vers l'analyste pour être approuvé ou désapprouvé, et pour faire de lui ce que Strachey (1934) a appelé un « surmoi auxiliaire ». Souvent, le patient est frustré par la réticence de l'analyste à prendre position, et il tentera de provoquer une réponse qui exposerait les opinions et les valeurs personnelles de l'analyste. De plus, le patient aborde communément des sujets importants qui affectent personnellement l'analyste, et il essaiera souvent de provoquer son alliance, peut-être en le montant contre une autre personne. Il est parfois impressionnant de voir comment le patient préfère que l'analyste émette des jugements surmoïques concernant la moralité, plutôt que des jugements moïques concernant la réalité (Britton, 2003 ; Steiner, 2005).

### **Se servir de la réaction du patient à une interprétation**

En raison de leurs racines inconscientes, les mises en acte passent souvent inaperçues, mais parfois la réponse du patient à une interprétation peut nous donner un indice de ce qui a pu se produire.

Voici un bref exemple clinique, qui est plus longuement présenté dans Britton et Steiner (1994). Il concerne un patient qui a commencé sa séance en décrivant comment il avait été critiqué par sa petite amie pour avoir acheté un costume de façon impulsive. Il dit qu'il s'était senti coupable, parce qu'il ne l'avait pas emmenée avec lui, bien qu'il lui ait expliqué qu'il avait été pris par le temps, car c'était le dernier jour de soldes.

Je lui interprétais qu'il semblait avoir une grande difficulté à attendre, et qu'agir de façon impulsive l'aidait à éviter l'attente. Je poursuivis en suggérant qu'il y avait quelque chose d'anal dans la façon dont il contrôlait ses objets durant l'attente, et je fis le lien avec sa préoccupation concernant l'argent.

Après une pause, le patient répondit en décrivant un incident qui avait eu lieu quelques jours auparavant, lorsqu'il avait attendu sa petite amie en haut des marches, dans un théâtre. Il était sûr qu'elle était en retard et se demandait même si elle allait venir après la colère qu'elle avait eue contre lui à cause du costume, mais il se trouva qu'en fait elle l'attendait en bas, au bar. Cette réponse m'aida à reconnaître que j'avais probablement exprimé ma frustration plutôt que de reconnaître la situation du patient, et je tentai de rétablir un point de vue plus équilibré en interprétant son commentaire comme une réaction à mon interprétation. Je dis : « Je pense que vous ressentez que nous sommes dans deux endroits différents. Mon interprétation ne vous a pas atteint là où vous êtes, et peut-être avez-vous senti que j'attendais ailleurs, comptant sur

vous pour m'atteindre. »

Rétrospectivement, mon point de vue est que, dans ma frustration avec le patient, j'avais fait une mauvaise interprétation, parce que j'avais été conduit à mettre en acte une identification avec sa petite amie, et que j'avais parlé comme si, moi aussi, je pensais qu'il devait m'attendre et faire des choses avec moi, plutôt que par lui-même. Cela ressemblait à une critique, et sa réponse suggéra que j'interprétais à un mauvais niveau. Il me sembla aussi que cela reflétait mon souhait de continuer à explorer un thème qui m'intéressait, plutôt que de me connecter là où il était.

### **Réactions contre la situation analytique**

Prendre en considération la situation analytique permet d'identifier plus facilement des mises en acte, en traçant une limite pour ce que tout analyste considère comme étant une pratique normale. À travers des discussions avec des collègues et la publication de rapports cliniques, ces normes sont mesurées à celles de groupes de pairs et il devient plus facile de reconnaître les mises en acte. Naturellement, une mise en acte est d'autant plus vraisemblable que la pression du patient est forte, lorsqu'il proteste souvent contre certains aspects de la situation analytique qui le frustrant. Il peut tenter d'affaiblir, de circonvenir, d'altérer ou même de détruire le cadre qui est essentiel au traitement, par exemple au moyen de la séduction, de la menace et de tentatives d'induire un comportement inadéquat de la part de l'analyste. De plus, la rébellion contre la situation analytique constitue un aspect important de la liberté du patient à exprimer ses conflits et ses difficultés ; l'analyste doit être capable de contenir et éventuellement de comprendre les effets de cette rébellion, sur lui et sur la relation analytique.

Les mises en acte sont plus susceptibles de se produire lorsque l'analyste trouve également difficile de tolérer les contraintes de la situation analytique, et c'est particulièrement le cas lorsque la pression provenant du patient coïncide avec une zone de frustration qui lui est propre, au point qu'il soit tenté de compromettre la situation analytique au moyen d'une mise en acte collusive.

### **Aspects spatiaux, temporels et contractuels de la situation analytique**

Disposer d'une salle de consultation adéquate, d'une salle d'attente, d'un divan et de sièges crée le cadre spatial qui convient pour une analyse. Des horaires réguliers et stables, des vacances et des coupures, et la ponctualité du début et de la fin des séances, forment la base des facteurs temporels. Des aspects implicites et explicites du contrat, comme les questions autour du paiement, peuvent servir à clarifier le fait que tout n'est pas arrangé uniquement au bénéfice du patient, et que de nombreux aspects de la situation analytique sont destinés à offrir à l'analyste un environnement de travail adapté.

Tous ces aspects pratiques de la situation analytique reflètent l'attitude de l'analyste envers le patient, ainsi qu'envers la psychanalyse en général et son propre travail en particulier. Une adhésion trop rigide à un code de conduite autoritaire peut être néfaste, tout comme peuvent l'être des mises en acte qui entrent en collusion avec le dénigrement, par le patient, de la structure et de la méthode analytique. Le problème est de trouver un juste équilibre entre les droits et les besoins du patient, et ceux de l'analyste ; tous deux doivent recevoir le respect approprié pour faire prévaloir un bon climat thérapeutique.

Parfois, un manque d'équilibre peut s'exprimer sous la forme d'un zèle thérapeutique et, selon mon expérience, c'est un terrain propice aux mises en acte. De façon souvent assez raisonnable, le patient souhaite que l'analyse produise des résultats thérapeutiques, et il peut exprimer du ressentiment si l'analyse n'y parvient pas. Si l'analyste partage le point de vue selon lequel il devrait produire des résultats plus tangibles, il peut être tenté d'infliger une pression sur le

patient, et il peut exprimer sa déception et sa culpabilité par des sous-entendus subtils selon lesquels ce serait la faute du patient s'il n'arrive pas à progresser.

Voici un exemple, donné plus en détails dans Steiner (1996).

Un patient, avec lequel je me suis souvent senti frustré et impatient, commence une séance en disant : « Le week-end a été difficile, et c'est difficile de revenir après une pause. J'ai remarqué que les travaux de construction étaient bloqués par la boue, et qu'ils ne pouvaient pas poursuivre les fondations. Je me suis demandé ce que cela signifiait pour l'analyse. » Je fis une interprétation sur le fait qu'il se sentait en panne et, ce faisant, je me surpris à adopter un ton quelque peu condescendant. Je poursuivis en suggérant que c'était sa manie qui le faisait se sentir supérieur, triomphant et incapable de reconnaître ses besoins. Cette interprétation ouvrit la voie à un matériel qui nous mena tous les deux à exprimer plus ouvertement notre irritation mutuelle. Un peu plus tard, je pensai que chacun de nous blâmait l'autre de ce que l'analyse était en panne, et qu'il eût été difficile à un observateur de distinguer le patient de l'analyste. Puis il décrivit une conversation avec une amie qui suggérait qu'il devrait peut-être me parler davantage de ses rêves. Elle lui avait dit : « C'est stupéfiant, ce qu'ils arrivent à faire avec les rêves ! » Cependant, le patient ajouta : « Je ne suis pas sûr, moi-même, que les rêves fassent une grande différence. Mais j'ai fait un rêve dans lequel il y avait *deux enfants qui faisaient du patin à glace ensemble devant un nombreux public.* »

Ce rêve m'aida à reconnaître le caractère infantile et peu professionnel de mes interprétations passées. Je me dis que nous avons mis en acte la scène décrite dans le rêve, et que nous nous étions tous deux comportés comme des enfants, faisant des figures artistiques devant un public, et je sentis que nous étions tout près de la chute. Je commençai à me rendre mieux compte de l'hostilité de mon patient envers la psychanalyse, et aussi de ma propre vulnérabilité, et de ma propension à réagir, plutôt qu'à analyser.

Des pressions plus primitives peuvent surgir si le patient demande que l'analyste devienne un objet idéal qui le soulage de toute douleur et de toute détresse. Cette demande est souvent basée sur la nostalgie d'une image toute-puissante, capable d'évacuer les sentiments négatifs (Klein, 1957), et si l'analyste a tendance à idéaliser son propre travail, il devrait s'appuyer sur un solide sens de la réalité, afin de différencier ses propres fantasmes d'omnipotence d'avec un résultat réalisable. Cela peut entraîner l'analyste vers la douloureuse acceptation des limites de ce que l'on peut accomplir lors de toute analyse (Steiner, 2005).

La préservation du sens de la réalité est primordiale chez l'analyste pour contenir les mises en acte et les utiliser pour fournir des informations sur les mécanismes psychiques et les relations d'objet. Tout comme le contre-transfert, la mise en acte peut être utile, mais, également comme le contre-transfert, elle peut être surestimée et mal utilisée. Comme le contre-transfert, elle peut être le meilleur des serviteurs ou le pire des maîtres (Segal, 1997). Je pense avoir démontré que son utilité dépend d'une observation rigoureuse de l'interaction entre l'analyste et le patient, telle qu'elle prend place dans la séance.

## Bibliographie

- Bleger J (1967). Psychoanalysis of the psychoanalytic frame. *Int J Psychoanal* **48**:511–9.
- Britton RS (2003). *Sex, death and the superego. Experiences in psychoanalysis*. London: Karnac, 208 p.
- Britton RS, Steiner J (1994). Interpretation: Selected fact or overvalued idea? *Int J Psychoanal*, **75**:1069–78.
- Freud S (1911). *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques*. In *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, 1973, pp 135-143 ; *OCP-F XI*, pp 12-21.
- Gabbard GO (1995). The early history of boundary violations in psychoanalysis. *J Am Psychoanal*

*Assoc* **43**:1115–36.

Gabbard GO, Lester E (1995). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. New York, NY: Basic Books. 223 p.

Godley W (2001). Saving Masud Khan. *London Rev Books* 22 Feb; **23**(4):3–7.

Joseph B (1981). Defence mechanisms and phantasy in the psycho-analytic process.

*Psychoanal*

*Eur* **17**:11–28, reprinted in Joseph (1989).

Joseph B (1989). *Psychic equilibrium and psychic change. Selected papers of Betty Joseph*, Feldman M, Bott Spillius E, editors. London: Routledge. (*New Library of Psychoanalysis*, Vol. 9.) 240 p.

Joseph B (2003). Ethics and enactment. *Psychoanal Eur* **57**:147–53.

Klein M (1957). *Envy and gratitude*. London: Tavistock.

Quinodoz D (1992). The psychoanalytic setting as the instrument of the container function. *Int J Psychoanal* **73**:627–35.

Sandler AM (2004). Institutional responses to boundary violations [with commentary]. *Int J Psychoanal* **85**:27–43.

Sandler J (1976). Countertransference and role-responsiveness. *Int Rev Psychoanal* **3**:43–7.

Sandler J (1977). Actualization and object relationships. *J Phila Assoc Psychoanal* **50**:79–90.

Segal H (1962). The curative factors in psycho-analysis - Contributions to discussion. *Int J Psychoanal* **43**:212–33.

Segal H (1997). The uses and abuses of countertransference. In: Steiner J, editor.

*Psychoanalysis, literature and war. Papers 1972–1995*, chapter 10. London: Routledge. (*New Library of*

*Psychoanalysis*, Vol. 27.) 192 p.

Steiner J (1996). The aim of psychoanalysis in theory and in practice. *Int J Psychoanal* **77**: 1073–83.

Steiner J (2005). The conflict between mourning and melancholia. *Psychoanal Q* **74**:83–104.

Strachey J (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *Int J Psychoanal* **15**:127–59.

Viderman S (1979). The analytic space: Meaning and problems. *Psychoanal Q* **48**:257–91.

## Réponse à John Steiner

EDGAR A. LEVENSON

330 West 58th St #204, NYC NY 10019, USA — [ealevenson@aol.com](mailto:ealevenson@aol.com)

Je suis très reconnaissant au Dr. Gabbard de me donner cette occasion de répondre à l'article aussi intéressant que provocateur du Dr. Steiner sur la mise en acte. Je me situe dans une perspective interpersonnelle - très influencée par Sullivan, Fromm et Ferenczi - qui, pratiquement depuis sa fondation, s'intéresse beaucoup à cette question. Il existe une plaisanterie psychanalytique éculée qui dit : « Qu'est-ce qu'un *acting out* ? » Réponse : « C'est tout ce qui rend l'analyste nerveux ». Cela dit bien à quel point ces catégories peuvent être vagues et subjectives.

Je dois donc commencer par exprimer mon étonnement. Steiner semble condenser *acting out*, violations du cadre, contre-transfert et mises en acte, lorsqu'il dit : « Il est difficile d'accepter l'idée que les mises en acte peuvent donner des informations utiles sur le patient et ses relations tout en reconnaissant que, dans le processus, on risque de violer les limites et de nuire au patient comme au travail analytique. » Il poursuit : « Par définition, les mises en acte

franchissent la limite entre pensée et action et, à moins qu'elles ne soient reconnues et régulées, elles peuvent entrer dans cette zone trouble se situant entre la *technique normale*, *l'erreur technique* et la *violation anti-éthique d'une limite* » (les italiques sont de moi).

Je donne le détail de cette citation afin qu'il n'y ait pas de malentendu ni de méprise. Ceci semble placer toute défaillance de la neutralité d'un analyste dans un continuum, une pente glissante sur laquelle le contre-transfert peut ouvrir les vannes à une violation majeure de l'intégrité de la thérapie. Steiner peut-il vouloir dire cela ? Dans son introduction, il fait référence à Sandler et à Joseph comme soutenant l'idée que les mises en acte sont « reconnues pour être...[aussi] dangereuses pour le...processus analytique » - et non *parfois* dangereuses, remarquera-t-on. Dans la phrase qui suit immédiatement, il fait remarquer que les deux mêmes auteurs utilisent les mises en acte sur le plan thérapeutique. Ceci n'est-il pas une contradiction ? Certes, je suis d'accord qu'il importe de définir très clairement un cadre, un certain nombre de règles *a priori*, destinées à protéger l'analyste davantage encore que le patient. Des violations du cadre sont, selon ma définition, des *acting out*, qu'ils proviennent du patient ou de l'analyste. En revanche, le contre-transfert dénote le niveau des sentiments que ressent le thérapeute au cours de la thérapie. Nous pourrions différer de façon significative sur la question de savoir si nous classons toutes les réactions du thérapeute sous la rubrique du contre-transfert, ou seulement celles que nous considérons comme étant suscitées par le patient. En d'autres termes, nous pourrions nous demander si les réactions du thérapeute sont une expression de son identification projective, ou si elles représentent une participation authentiquement basée sur sa propre personnalité. Nous pourrions aussi différer quant aux questions de tactique, mais je développerai cela plus tard.

La mise en acte implique, par définition, la mise en jeu, la transformation en comportement de quelque chose dont on parle (Jacobs, 1986). Elle se distingue du contre-transfert dans la mesure où elle n'est pas seulement un sentiment éprouvé par le thérapeute, mais un schéma de comportement entre lui et son patient, schéma souvent déguisé - comme Steiner le remarque fort à propos - en interprétation. Être en colère ou laisser paraître sa colère ne devient pas une mise en acte, sauf si cette colère est intégrée dans un schéma complexe d'interactions entre les deux protagonistes. Elle commence à devenir utile lorsque ce qui se rejoue est caractéristique des interactions du patient - dans le monde extérieur - et devient par conséquent une source d'informations très utiles sur la manière dont le patient se comporte dans le monde, et la façon dont le thérapeute s'y intègre. J'irai même bien plus loin en affirmant que la mise en acte est un processus continu et omniprésent, puisqu'il constitue la composante comportementale de ce dont on parle. En d'autres termes, ce qui est parlé est montré simultanément (Levenson, 1988). De plus, il s'agit simplement d'un fait sémiotique, qui ne se limite pas au cabinet de consultation. C'est la manière dont les gens entrent en relation. Comme l'a écrit Wittgenstein, les mots sont aussi des actions.

Je ne vois donc pas comment ces différents processus peuvent exister dans un continuum comportemental. Je ne vois pas comment, comme Steiner le dit, « beaucoup de violations grossières des limites, qui sont aisées à reconnaître à cause de leur nature extrême, ont des équivalents qui sont, en fait, des violations verbales des limites. » Ceci constitue-t-il la position idiosyncrasique de Steiner, ou bien est-ce une position plus largement répandue ? Il est difficile d'imaginer que le fait d'avoir un sentiment, ou un fantasme érotique envers un patient ouvre la voie à *l'acting out* (pas à la mise en acte - le sentiment lui-même fait partie d'une mise en acte autour de la séduction). Cela me paraît une position étrangement fondamentaliste que de condenser violations du cadre, contre-transfert, violations éthiques et mises en acte. Est-ce que cela ne revient pas à mettre en équation la pensée et l'action ?

En prenant cette position, Steiner semble croire au pouvoir, peut-être maléfique, des fantasmes du patient, et aussi au pouvoir de l'interprétation directe. Cette position exige que l'on reconnaisse méticuleusement et honnêtement les violations de non-participation, ainsi que les

intrusions dans l'autonomie de la vie du patient, et qu'on les extirpe. Il me semble que le thérapeute travaille alors à atteindre un idéal de non interférence, notant attentivement toute violation et cherchant, au minimum, à en réduire l'effet. Par contraste, si l'on croit que le contexte véridique de la vie du patient, sa matrice sociale et interpersonnelle, est un élément central de la pratique thérapeutique, alors les mises en acte offrent de merveilleuses occasions de voir comment se joue la vie du patient avec les autres - sa vie interpersonnelle. Pourquoi, dès lors, s'en débarrasser ? De mon point de vue, le fait de diaboliser les mises en acte *est*, en soi, une mise en acte. Cela concorde avec la description faite par Gill (1982), pour qui le transfert comme résistance à *l'insight* provient du transfert comme résistance au thérapeute.

Supposons, par exemple, une patiente qui fait pression sur son thérapeute pour que celui-ci prenne une décision à sa place. Le thérapeute se surprend précisément à le faire. Ceci est certainement très utile. Battre en retraite pourrait provoquer rage ou désespoir chez la patiente, ce qui peut être analysé. Mais qu'y a-t-il, chez cette patiente en particulier, qui rend cette demande si difficile à refuser ? Pourquoi le thérapeute, contre son propre jugement clinique, se surprend-il en train de se torturer les méninges en se demandant ce qu'il pourrait bien lui dire qui lui serait utile ? Contre-transfert ? Certainement. *Acting out* ? Certainement pas. Mise en acte ? Oui. Mais, mise en acte de quoi ? Si je comprends bien, Steiner s'intéresse davantage à la vie intrapsychique de son patient qu'à sa vie interpersonnelle, de sorte que des schémas de mise en acte peuvent bien lui apparaître comme des résistances moins significatives à une investigation plus profonde. Comme je vais le montrer à travers le matériel clinique, je peux voir le raisonnement, mais je ne peux pas être d'accord avec celui-ci.

Dans le premier exemple clinique - l'homme qui achète un costume sans consulter son amie - Steiner fait une interprétation qui me semble être une évaluation du caractère du patient - c'est-à-dire, qu'il est impulsif, qu'il dénie les faits, qu'il est avare et souffre d'une préoccupation « anale » concernant l'argent. Lorsque le patient réplique, Steiner relève très astucieusement que celui-ci s'est senti blessé par (ce que je pourrais entendre comme) une attaque de la part de Steiner. Dans sa réponse, Steiner bat en retraite, modifiant son approche, *de manière à n'être ni impatient ni critique*. Il a conscience de son contre-transfert, bien que, demeurant cohérent avec sa technique, il n'admette ni ne confirme auprès du patient qu'il s'est trouvé ennuyé. Il admet seulement que, peut-être, l'interprétation n'était pas orientée dans une direction très utile, se situant à un « niveau inadéquat », impliquant ainsi que le patient n'était pas prêt à entendre ce qui, par essence, était une interprétation correcte.

Cet étouffement de son contre-transfert ne permet pas à Steiner d'examiner ce que je considérerais comme l'essence même de la mise en acte, c'est-à-dire, comment cet homme semble parvenir à ce que tout le monde se montre méprisant et rejetant avec lui. Je ne pense pas qu'il suffise de reconnaître que l'on en est ennuyé et de changer son orientation pour corriger cela. On doit aussi se demander comment on se retrouve impliqué avec ce patient de façon telle qu'un ennui de ce genre puisse survenir - non pas parce que ce serait une faiblesse dangereuse de la part de l'analyste que de se sentir ennuyé, mais parce que c'est une source de données, tant à son propre sujet qu'au sujet du patient et du champ interactif (Renik 1998). On peut, raisonnablement, avoir des opinions différentes quant à savoir si l'on minimise cette déviation ou si on l'accepte et l'utilise, en fonction, selon moi, du lieu où l'on se place dans le continuum une-personne/deux-personnes. Mais il y a quelque chose d'excessif dans l'idée que l'échec à observer la première des deux attitudes invite au désastre.

J'ignore si Steiner ne présente pas les détails de l'expérience de cet homme parce qu'il les connaît et n'en voit pas la nécessité, ou parce qu'il avait des contraintes d'espace d'écriture : mais pour quelles raisons cet homme achète-t-il un costume ? Pourquoi son amie vient-elle avec lui ? Le pousse-t-elle à acheter un beau costume bleu en vue d'un entretien [professionnel], alors qu'il vit en jeans et en T-shirts déchirés ? Est-il daltonien ? Dans quelle sorte de magasin est-il allé ? Dans certains magasins pour hommes, on peut se fier au goût des vendeurs, dans

d'autres, non. S'agit-il d'un homme effacé, d'âge moyen, avec une amie plus jeune qui le dénigre ? Est-ce elle qui l'habille ? En un mot, de quoi avaient-ils convenu à ce sujet ? Qu'y a-t-il de mal à acheter « impulsivement » un costume ? Est-il dominé par elle ? Était-ce sa mère qui achetait ses vêtements ? Ou ceux de son père ? Il règne ici une sémiotique virtuelle du costume qui s'étend aux prédilections et aux préférences de l'analyste, et qui ouvre la porte à un contexte beaucoup plus riche en sens, quant à savoir qui est cet homme et comment c'est d'être avec lui. Tel que je le vois, le second exemple clinique reproduit exactement le même schéma. Le patient dit quelque chose, l'analyste riposte avec ce qui, à nouveau, me paraît être une interprétation de caractère ; c'est-à-dire : « vous êtes le genre de personne qui... ». Dans cet exemple, c'est « sa manie qui le faisait se sentir supérieur, triomphant et incapable de reconnaître ses besoins ». Le rêve du patinage devant un nombreux public est utilisé de la même manière, dans le but de corriger ce que Steiner appelle une mise en acte et que j'appellerais du contre-transfert. J'aurais tendance à penser que la mise en acte se trouve dans leur danse à deux devant un large public. Qu'est-ce que cela signifie ? Tout d'abord, dans la séance, ils se sont bagarrés l'un avec l'autre. Pourquoi, à la suite de cela, le patient rêve-t-il qu'ils collaborent étroitement ensemble ? Pourquoi rêve-t-il qu'ils ont du plaisir ? Ou, à propos de ce plaisir, pourquoi choisir le patinage ? Qui est le vaste public ? Steiner présentant son cas ? Ou l'écrivain dans un but de publication ? Le patient pense-t-il qu'il aide le thérapeute de quelque façon que ce soit ? Une enquête détaillée dans le contexte d'un événement agit souvent comme une déconstruction, de manière très analogue à l'association libre dans son fonctionnement le plus puissant (Bollas, 1999). Le matériel commence à se mouvoir dans des directions inattendues, et la conscience des implications transféro-contre-transférentielles s'impose presque d'elle-même au thérapeute. La conscience de sa propre participation émerge tout uniment de cette investigation, puisque ce que l'on choisit de demander, ce que l'on découvre au cours du questionnement et, plus important encore, ce que l'on ne pense pas à demander, tout cela commence à prendre forme et à donner un schéma. On commence alors à voir émerger les schémas d'interaction qui constituent la mise en acte redoutée. La manière dont on l'utilise est une question tactique, distincte de la théorie et de l'inclination personnelle de l'analyste. On peut le remarquer et n'en rien dire, laissant la conscience aiguïser tant ses propres perceptions que celles du patient ; on peut aussi, dans la tactique la plus radicale d'autorévélation, reconnaître sa participation devant le patient, s'incluant ainsi dans un champ d'interaction. Selon mon expérience, les patients peuvent se montrer étonnamment ouverts et généreux à propos d'une autorévélation de la part de l'analyste, pour autant que cela ne dégénère pas dans un harcèlement subtil du patient à qui l'on dirait ainsi : « Regardez ce que vous m'avez fait faire ».

Dans sa conclusion, Steiner termine avec une constatation beaucoup plus mesurée, lorsqu'il écrit : « Tout comme le contre-transfert, la mise en acte peut être utile, mais, également comme le contre-transfert, elle peut être surestimée et mal utilisée ». Je suis tout à fait d'accord avec cela. Bateson écrit : « L'épistémologie est toujours et inévitablement *personnelle*. Le but de la preuve est toujours dans le cœur de l'explorateur » (1979, p. 87). En réalité, nous devenons toujours et inévitablement la maladie que nous entreprenons de soigner. Le fait que cela puisse se transformer en un puissant levier thérapeutique était, après tout, la découverte fondatrice de Freud à propos du transfert et de la résistance. Il est certain que chaque analyste doit s'en méfier et travailler contre les limitations dans sa propre position.

Je remercie à nouveau le Dr. Steiner pour son article si franc et provocant, et pour cette occasion de le discuter. Je me réjouis de lire sa réponse.

## Bibliographie

- Bateson G (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York, NY: Dutton. 238 p.  
Bollas C (1999). *The mystery of things*. New York, NY: Routledge. 203 p.

- Gabbard G (1995). Countertransference: The emerging common ground. *Int J Psychoanal* **76**:475–85.
- Gill M (1982). *Analysis of transference*, Vol I: *Theory and technique*. New York, NY: International UP. 193 p.
- Hirsch E (1996). Observing-participation, mutual enactment, and the new classical models. *Contemp Psychoanal* **32**:359–83.
- Jacobs T (1986). On countertransference enactments. *J Am Psychoanal Assoc* **34**:289–307.
- Levenson E (1988). Show and tell: The recursive order of transference. In: Rothstein A, editor. *How does treatment help?*, p. 135–43. Madison, CT: International UP. 232 p.
- Levenson E (1991). *The purloined self: Interpersonal perspective in psychoanalysis*. New York, NY: Contemporary Psychoanalysis Books. 266 p.
- Lionells M, Fiscalini J, Mann C, Stern D, editors (1995). *Handbook of interpersonal psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 914 p.
- Renik O (1998). The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. *Int J Psychoanal* **7**: 487–97.

## Réponse au Dr. Levenson

JOHN STEINER

28 Park Dr, London, NW11 7SP, UK – [john@jsteiner.co.uk](mailto:john@jsteiner.co.uk)

La réaction du Dr. Levenson à mon article sur la mise en acte me donne la possibilité de clarifier mon point de vue, de rectifier quelques malentendus, et de prendre note des domaines d'accord et de désaccord entre nous. Je commencerai par poser comme prémisses le fait que la méthode psychanalytique, jointe à l'attitude analytique qui la rend possible, représente une occasion unique de s'engager avec une autre personne dans le but d'explorer la manière dont fonctionne son psychisme, et de fournir une situation où les capacités psychiques du patient peuvent croître et se développer. Cette occasion entraîne la responsabilité de faciliter la qualité spécifique d'attention qui est propre à la psychanalyse, c'est-à-dire, une attention où la priorité est donnée à l'activité de comprendre. Bien entendu, cette attitude doit être en cohérence avec notre devoir envers le patient, et le fait de donner une place privilégiée à l'activité de comprendre ne se justifie que parce que nous croyons que c'est précisément cette dernière qui a une valeur thérapeutique pour le patient.

Les développements de Freud sur la méthode psychanalytique, et particulièrement la découverte du transfert et de la résistance, nous ont aidés à reconnaître que l'analyste doit s'impliquer avec son patient à un niveau humain. Il doit maintenir ses émotions à sa disposition et être prêt à observer et à se confronter à des vérités inconfortables, à propos de son patient, mais également à propos de lui-même. En même temps, je considère que l'analyste doit garder le contrôle sur ses sentiments ; il doit s'impliquer, mais en même temps, il doit demeurer séparé du patient ; il doit s'engager pleinement dans la relation, mais il doit aussi observer et évaluer celle-là.

Le développement de nos connaissances concernant la projection, l'introjection et l'identification a encore élargi davantage notre compréhension du transfert et nous a permis de considérer la relation patient/analyste comme étant véritablement interpersonnelle. Notre intérêt pour le psychisme du patient et notre connaissance de celui-là, de son monde intérieur, des méthodes qu'il utilise pour entrer en relation avec autrui, de ses croyances, de ses sentiments et de ses pensées, sont rendus possibles du fait que tout cela est externalisé dans le transfert et affecte les réactions émotionnelles de l'analyste. Je considère que cette extension vers la relation

interpersonnelle est centrale dans l'œuvre de Klein, qui a vu le transfert comme le résultat de la projection des objets internes et de leurs relations, tant dans l'analyste que dans la situation analytique. Bion (1962) y a ajouté le concept de contenance, qui implique l'abstention de toute action pour donner la priorité à l'activité de comprendre, ce qui, à son tour, permet au patient de réintrojecter des projections qui ont été modifiées par le travail analytique. Heiman (1950) a observé que la relation entre l'identification projective du patient et le contre-transfert de l'analyste nous donne une source potentielle supplémentaire d'information sur le patient, et Sandler (1976, 1977) et Joseph (1989, 2003) ont élargi cette approche en suggérant l'idée que les relations des objets internes entre eux s'actualisent dans le transfert, ce qui, à nouveau, peut fournir une information utile sur le patient. Lorsque j'ai écrit mon article, je pensais que tout ceci était entendu de façon générale, et je n'ai pas prévu qu'on allait me considérer comme prônant la suppression du contre-transfert.

Toutefois, le contre-transfert nous en dit souvent davantage sur l'analyste que sur le patient ou, plutôt, ce n'est que lorsque l'analyste est prêt à regarder ses propres réactions qu'il peut apprendre quelque chose à propos de la contribution du patient à ces dernières. La situation privilégiée que nous avons, en tant qu'analystes, entraîne une préoccupation naturelle à exercer correctement notre rôle, et cela signifie qu'une habitude constante d'auto-observation finit par devenir partie intégrante de l'attitude analytique. Cette nécessité devient évidente dès lors que nous reconnaissons que la résistance est une réponse naturelle au processus analytique, et que cette résistance ne prend pas seulement naissance dans le patient, mais également dans l'analyste, et qu'elle vise, chez chacun d'eux, les restrictions imposées par la situation analytique.

Je trouve difficile, mais nécessaire, de concilier le besoin, pour l'analyste, de se sentir vivant, réactif et émotionnellement disponible, avec le besoin de demeurer conscient de ce que nous pouvons faire du mal, autant que du bien, à nos patients, et faciliter, autant qu'entraver, la création d'une atmosphère productive. Je considère que la situation analytique se définit principalement par l'attitude de l'analyste, et que l'essentiel de cette attitude vise à la contenance, c'est-à-dire, que des sentiments et des réactions peuvent surgir à l'intérieur de l'analyste, mais que son action doit être réfrénée. Je considère la disponibilité émotionnelle et intellectuelle comme constituant le contre-transfert, et leur transformation en action comme constituant la mise en acte.

Cependant, en accord avec Joseph et Sandler, j'avance l'opinion qu'il existe toujours une certaine traduction en action, et qu'en outre celle-ci ne devrait pas non plus être supprimée, mais qu'elle devrait s'exprimer sous la forme d'une réactivité librement flottante. Je pense que c'est cela qui a intrigué le Dr. Levenson. Comment peut-on cultiver une réactivité librement flottante, tout en considérant que les mises en acte sont nocives ? C'est pourtant ce que je considère comme possible et souhaitable. Je ne vois pas cela comme une contradiction, une fois reconnu le fait que, tandis que la mise en acte est nocive - et je prétends qu'à des degrés divers, elle est toujours nocive - les dangers de celle-ci doivent néanmoins être acceptés. On ne peut pas les éviter en supprimant la réactivité librement flottante et, même si cela était possible, il ne serait pas souhaitable de le tenter. Ce qui fournit un contrôle *sur* nos réactions, plutôt qu'un contrôle *de* celles-ci, c'est notre habitude d'observation, qui exerce un contrôle *sur* notre interprétation, avec la mise en acte qui l'accompagne, une fois qu'elle a été formulée.

Je suis d'accord avec Gabbard (1993) sur le fait que nous sommes tous vulnérables à diverses sortes de transgressions réelles des limites, y compris des transgressions sexuelles, mais, pour la plupart des analystes, ce danger ne constitue pas un souci quotidien, parce qu'ils en considèrent sérieusement la possibilité et qu'ils sont bouleversés par les rapports concernant les collègues qui ont abusé de la confiance de leurs patients. Ce qui me paraît une préoccupation constante est de prendre au sérieux et de pouvoir observer et reconnaître les mises en acte qui sont des expressions plus subtiles de l'échec de l'analyste à donner priorité à l'activité de

comprendre le patient. Il s'agit souvent d'une expression de sa résistance à la méthode analytique et à la situation analytique, et je pense que ces mises en acte se produisent principalement sous deux formes. Premièrement, il y a la difficulté à répondre de façon appropriée lorsqu'un patient veut mettre à l'épreuve la situation analytique, par exemple, le nombre de séances, les modifications d'horaire ou d'honoraires, l'utilisation du divan, la tendance à inciter l'analyste au bavardage, ou l'utilisation du prénom, et ainsi de suite. Ici, il est difficile de trouver l'équilibre entre les besoins réels du patient et la nécessité de soutenir et de protéger les limites de la situation analytique. Cela est largement reconnu, mais, pour moi, il existe un domaine encore plus difficile, c'est celui des mises en acte dans l'interprétation. Ici, nos attitudes se déguisent et se fondent dans les interprétations et peuvent, pour un temps, nous paraître une expression parfaitement adéquate de notre travail. Ce sont souvent les collègues - et tout particulièrement nos patients - qui peuvent nous aider à reconnaître que quelque chose ne va pas, et j'ai proposé les deux vignettes cliniques pour illustrer cette possibilité.

Je considère que le fait d'être conscient des dangers de la mise en acte augmente, en réalité, notre sentiment de sécurité et de liberté. Cette attitude est quasiment à l'opposé de celle qu'exprime la plaisanterie rapportée par le Dr. Levenson, selon laquelle la mise en acte est tout ce qui rend l'analyste nerveux. Pour moi, les mises en acte les plus préoccupantes surviennent lorsque l'analyste ratifie, voire idéalise les mises en acte, sans que cela le rende nerveux. Bien entendu, le doute de soi et l'auto-examen peuvent aisément devenir persécuteurs et nous sommes tous, à l'occasion, soumis à ce type de surmoi fondamentaliste, qui persécute et qui condamne, ce que le Dr. Levenson redoute à juste titre. Il est parfois difficile de résister à cette réaction persécutrice dans l'auto-observation, mais, normalement, il est possible de nous confronter à notre préoccupation et de tirer un enseignement de nos erreurs, de façon à ce que notre travail s'enrichisse, lorsque nous regardons en face notre doute et les sentiments dépressifs qui l'accompagnent.

Parvenu à ce point, il doit apparaître clairement qu'il existe des domaines dans lesquels je suis d'accord avec le Dr. Levenson, et il doit être évident pour la plupart des lecteurs que le genre de questions qui l'ont intéressé en ce qui concerne les fantasmes et les motivations de mes patients dans les situations cliniques que j'ai décrites m'ont également intéressé et ont surgi dans le cours de l'analyse. Je suis également en accord avec le Dr. Levenson lorsqu'il affirme que la mise en acte est continue et omniprésente. Cependant, je ne suis pas d'accord sur le fait de considérer la mise en acte comme la composante comportementale de ce dont il est parlé dans la cure analytique. Elle représente plus souvent ce dont il n'est *pas* parlé, ce qui est refoulé ou clivé et projeté parce qu'il est trop troublant d'en parler. C'est lorsqu'elle aide l'analyste à échapper à une situation inacceptable, soit à l'intérieur de lui, soit entre lui et le patient, que la mise en acte est la plus préoccupante.

L'occasion exceptionnelle que fournit la situation analytique, et la vulnérabilité du patient qui apporte ses sentiments et ses pensées les plus intimes, facilitent le surgissement, chez l'analyste, de sentiments de pouvoir et de supériorité. Dans le même temps, la résistance au changement chez le patient, et ses attaques contre la situation analytique et contre l'attitude analytique en général peuvent faire surgir des frustrations chez l'analyste. La mise en acte de ces tensions peut provoquer des confrontations avec le patient qui risquent d'être destructrices, en particulier si celles-ci persistent sans être reconnues. Elles sont atténuées dans une certaine mesure si nous reconnaissons combien il est difficile de comprendre l'âme humaine et combien nous avons encore à apprendre à propos de nos patients et de nous-mêmes.

## **Bibliographie**

Bion WR (1961). *Aux sources de l'expérience*. Paris, PUF, 1979.

Gabbard GO (1993). *On hate in love relationships : The narcissism of minor differences*

revisited. *Psychoanal Q*, **62** : 229-38.

Heimann P (1950). On counter-transference. *Int J Psychoanal*, **31** : 81-4.

Joseph B (1981). Defence mechanisms and phantasy in the psycho-analytic process. *Psychoanal Eur*, **17** : 11-28, reprinted in Joseph (1989).

Joseph B (1989). *Psychic equilibrium and psychic change. Selected papers of Betty Joseph*, Feldman M, Bott Spillius E, éditeurs. Londres : Routledge (*New Library of Psychoanalysis*, Vol. 9), 240 p.

Joseph B (2003). Ethics and enactment. *Psychoanal Eur*, **57** : 147-53.

Sandler J (1976). Countertransference and role-responsiveness. *Int Rev Psychoanal*, **3** : 43-7.

Sandler J (1977). Actualization and object relationships. *J Phila Assoc Psychoanal*, **50** : 79-90.