

La clinique de Winnicott

En me proposant de traiter de « La Clinique de Winnicott », je pense que les organisateurs de ce colloque ont pensé aux titres des deux premiers livres que j'ai écrits sur son œuvre, *La clinique analytique de Winnicott* (Editions Erès, 2007) et *Développements de la clinique de Winnicott* (Editions Erès, 2006). Il n'est pas inutile, me semble-t-il, de préciser avant de développer ce que je pourrais dire dans la perspective « Du bébé à l'adolescent », ce que désigne pour moi, le terme « clinique ». J'entends par là, indiquer la manière selon laquelle un analyste rencontre une personne qui vient le consulter ou un jeune enfant qui lui est amené, ainsi que sa pratique quand il engage avec cette personne, adulte, adolescent ou enfant, soit une cure soit quelques entretiens à visée thérapeutique. Or tant cette manière que cette pratique, est soutenue et doit être soutenue par une théorie qui a grand intérêt à être assez clairement reconnue par le dit analyste. Le soutien de cette pratique par une théorie est, me semble-t-il, nécessaire à l'analyste pour lui épargner de trop errer dans les cas difficiles, et elle lui est fort utile quand elle ou il souhaite rendre compte de sa pratique à des collègues. J'ajouterai, de plus, que toute clinique qui se déclare « analytique » est une clinique du transfert et que concernant la clinique de Winnicott, il faut certainement souligner, qu'elle repose tout autant sur le contre-transfert, ou pour le dire en reprenant un de ses dires, sur la capacité de l'analyste à avoir la *sensitivity*, à être sensible aux affects de l'analysant, à les accueillir pour pouvoir aller à la rencontre de ses besoins.

Que la pratique de Winnicott ait été soutenue par sa théorie et que sa théorie ait été des plus clairement reconnue par lui, il en a témoigné dans l'introduction du livre *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Je le cite : « Ma seule compagne, au cours de cette exploration du territoire inconnu qui est un cas nouveau, est la théorie que je porte en moi, qui est devenue partie de moi-même et à laquelle je ne suis pas obligé de me référer délibérément. C'est la théorie du développement affectif de l'individu qui comporte pour moi l'histoire complète de la relation individuelle de l'enfant à son environnement particulier. » S'il a écrit ceci dans un volume consacré à la psychiatrie de l'enfance, il faut bien entendre que cela s'appliquait à toute personne qui était un cas nouveau pour lui, bébé, enfant, adolescent ou adulte. Ce qui me semble devoir être particulièrement souligné dans le cadre de ce colloque, concerne les liens que Winnicott a toujours établis entre la clinique des adolescents et celle des *infans*. Je voudrais, pour le mettre en évidence, évoquer quelques passages d'une conférence de février 1961 *Adolescence : Struggling through the Doldrums* (Se sortir du Pot au Noir) où mettant en relation ce qui se passait au temps de l'adolescence, avec l'époque de la prime enfance, il disait que c'était comme si l'on mettait du vin nouveau dans de vieilles outres.

Il avait rappelé tout d'abord que garçons et filles devant affronter les modifications dues à la puberté, y parviennent avec un passé qui comprend entre autres, un système personnel d'organisations des défenses contre l'angoisse et notamment l'expérience d'avoir vécu, avant la période de latence, un complexe d'Œdipe. Et il avait immédiatement ajouté que certaines caractéristiques et tendances personnelles, innées ou acquises, provenaient aussi « des expériences de l'enfance et du premier âge ; il en est de même des fixations à des types de vie pulsionnelle prégénitaux, des résidus de la dépendance infantile et de la cruauté (*ruthlessness* : état sans pitié) infantile... Aussi le garçon ou la fille parvient à la puberté avec des schèmes prédéterminés en raison de ses expériences d'*infans* et d'enfant. Une bonne partie en est inconsciente et il y a une partie qu'il ignore parce qu'il ne l'a pas encore ressentie. » Si le problème qui en résulte peut être d'une gravité variable et d'une forme très différente, le fond est le même : « Comment cette organisation du moi fera-t-elle face à cette nouvelle poussée du ça ? Comment les modifications de la puberté s'intégreront-elles dans le schéma particulier à l'individu en question ? Comment chacun traitera-t-il

ce nouveau pouvoir de destruction ou même de mort, ce pouvoir qui ne venait pas compliquer les sentiments de haine de la petite enfance ? » C'est après avoir dit cela, qu'il avait fait allusion aux paroles du Christ rapportées par les trois premiers évangélistes : « C'est comme si l'on mettait du vin nouveau dans de vieilles outres. »

Et il avait enchaîné en insistant sur deux points qui sont significatifs du rapprochement qu'il faisait entre l'adolescence et la prime enfance : le rôle du milieu et l'isolement de l'individu. « Une grande part des ennuis pour lesquels on consulte, avait-il déclaré, sont dus à une carence du milieu ; ce fait souligne l'importance essentielle de l'environnement et du cadre familial chez la plupart des adolescents... Chez ces jeunes alternent rapidement l'indépendance qui défie et la dépendance régressive ; parfois même les deux extrêmes coexistent pour un temps. » Et concernant l'isolement propre à l'adolescent, il l'avait décrit en ces termes : « C'est d'une position d'isolement qu'il se lance dans ce qui peut aboutir à des relations entre individus, et éventuellement à la socialisation. De ce point de vue, on retrouve dans l'adolescence une phase essentielle de la petite enfance, car le petit enfant est un isolé, au moins jusqu'au moment où il a renoncé au non-moi et s'est établi comme un individu bien distinct et séparé - c'est-à-dire un individu qui peut former des relations avec des objets extérieurs au *self* et en dehors du champ de la toute-puissance. En d'autres termes, avant que le principe plaisir-déplaisir cède au principe de réalité, l'enfant est isolé par la nature subjective de son milieu. » Quant aux jeunes adolescents, Winnicott les voyait comme « des isolés rassemblés, qui s'efforcent par divers moyens de former un agrégat en adoptant une identité de goûts. Ils peuvent se grouper s'ils sont attaqués en tant que groupe, mais c'est là une organisation paranoïde en réaction à l'attaque : si la persécution cesse, les individus redeviennent un agrégat d'isolés. »

Et plus tard, au cours de sa conférence, il avait dit que ceux qui s'occupent d'adolescents sont déconcertés par l'attitude exagérément provocante du garçon ou de la fille qui se montre en même temps dépendant au point d'en être infantile. « On retrouve alors des schémas de dépendance infantile qui remontent très loin dans leur enfance. » A ce point, il nous faut, je pense, nous arrêter quelque peu sur les conceptions que Winnicott a développées, au sujet de la dépendance. Il en a traité dans de nombreux textes que je vais tenter de résumer brièvement. Il a presque toujours évoqué trois phases, la dépendance absolue, la dépendance relative et la voie qui mène à l'indépendance. La dépendance absolue est celle des tout débuts au cours desquels l'*infans* n'a aucune conscience du fait qu'il dépend entièrement du milieu physique et affectif, c'est-à-dire des soins de la mère qui, grâce à sa « préoccupation maternelle primaire » est capable de s'identifier beaucoup à lui. Je viens d'employer le terme *infans* pour traduire le terme *infant* utilisé par Winnicott qui précisait « *Infant implies « not talking » (infans), Infant implique « ne parlant pas », c'est-à-dire un stade antérieur à la représentation de mot et à l'utilisation des symboles verbaux. Ce qui soulignait l'importance à ce stade, de l'empathie de la mère. Une carence de l'environnement, en ces temps, peut être à l'origine de troubles psychotiques, de schizophrénie infantile.*

Fait suite à la dépendance absolue, la dépendance relative : l'enfant commence à être, d'une certaine manière, conscient de sa dépendance. Le premier signal en est l'apparition de l'angoisse lorsque la mère s'absente pendant une période excédant la durée au cours de laquelle il peut croire à sa survie. La compréhension du langage de la mère qui lui a dit « Je sors pour acheter du pain » a pu lui suffire pour conserver, affectivement, la représentation de la mère vivante, si son absence n'a pas été excessive. Il devient capable de se rendre compte du besoin qu'il a des détails des soins maternels et les relier à ses impulsions personnelles. Il existe déjà là une personne qui peut être traumatisée par des carences de l'environnement : plus tard au cours d'une analyse, elle pourra les reproduire dans le transfert. Il y a un progrès très graduel vers l'indépendance avec des réapparitions continuelles de dépendance.

La troisième phase, celle de l'indépendance implique que l'environnement a été intériorisé. L'enfant acquiert le moyen de se passer de soins en emmagasinant les souvenirs de ces soins, en les

introjectant grâce à sa confiance en l'environnement et sa compréhension intellectuelle. Il devient progressivement capable d'affronter le monde et ses complexités. En guise d'illustration du passage de la dépendance absolue à l'indépendance, Winnicott avait rapporté l'histoire de trois petits garçons au moment de la mort soudaine de leur mère. Une amie de la mère qui connaissait bien les garçons les prit en charge et au bout d'un certain temps, devint leur belle-mère. Le plus jeune avait quatre mois lorsque sa mère mourut. Il n'y eut pas de signe clinique indiquant une réaction. Selon Winnicott, la mère était pour l'*infans* un « objet subjectif » et l'amie de la mère avait pris la place de la mère. Toutefois lorsqu'il eut quatre ans, il commença à manifester quelques difficultés. Winnicott le vit alors : l'enfant inventa un jeu qui devait être répété de très nombreuses fois. Il se cachait et Winnicott modifiait très légèrement la place d'un crayon sur la table. Revenant et découvrant la légère modification, il se mettait dans une grande colère et tuait Winnicott. Ce dernier conseilla à sa belle-mère de se préparer à lui parler de la mort. Ce même soir, le petit garçon lui donna l'occasion d'aborder ce sujet et cela conduisit à un désir de savoir exactement tout au sujet de la mère dont il était né et de sa mort. Au cours des jours suivants, il n'eut de cesse que tout lui fut répété inlassablement. Sa bonne relation avec sa belle-mère persista et il continua à l'appeler maman.

Le plus âgé des trois avait six ans lorsque sa mère mourut. Il la pleura simplement, comme on pleure une personne aimée. Le processus de deuil prit environ deux ans et lorsqu'il en sortit, il y eut une crise de vols. Il accepta sa belle-mère comme une belle-mère et il se souvenait de sa vraie mère comme d'une personne tristement perdue.

Le garçon entre les deux avait trois ans au moment du décès. Il se trouvait alors dans une très forte relation avec son père. Une psychothérapie fut pour lui nécessaire (environ sept séances sur une période de huit ans). Parlant de lui à Winnicott, l'aîné avait dit : « Nous ne lui avons pas parlé du remariage de Papa parce qu'il pense que mariage signifie « tuer ». » Ce garçon était dans la confusion et incapable d'affronter la culpabilité qu'il avait besoin de vivre, parce que la mort de sa mère était survenue au moment où il traversait une phase homosexuelle où il était particulièrement attaché à son père. Il avait dit à Winnicott : « Ca m'est égal, c'était Paul (le frère aîné) qui l'aimait. » Cliniquement il devint hypomane. Sa nervosité extrême dura longtemps et il était clair qu'il risquait une dépression. Son jeu témoignait d'un certain degré de confusion, mais il fut capable de l'organiser suffisamment pour faire comprendre à son thérapeute au cours des séances, la nature des angoisses spécifiques qui l'agitaient. Dix ans après le traumatisme, il existait encore quelques signes du trouble psychiatrique résiduel¹. Dans une conférence de 1968 qui traitait des *Concepts actuels du développement de l'adolescent*, le thème de la dépendance-indépendance était formulé en ces termes : « Au moment de l'adolescence, garçons et filles émergent de l'enfance de façon gauche et désordonnée, s'éloignant de la dépendance où ils étaient pour s'avancer à tâtons vers le statut d'adulte. La croissance n'est pas seulement l'effet d'une tendance héritée, mais d'intrication avec un environnement facilitant. Si la famille est encore là, prête à être utilisée, elle le sera sur une large échelle. Si elle n'est plus disponible ou si elle est mise à l'écart (utilisation négative), le besoin se fait alors sentir de petites unités sociales qui contiendront le processus de croissance des adolescents. Les problèmes qui se dessinent à la puberté sont identiques à ceux des premiers stades de la vie, quand ces mêmes enfants étaient des tout petits, relativement inoffensifs, ou des *infans*... » Mais si dans les fantasmes de la première croissance est contenue la mort, dans ceux de l'adolescent c'est le meurtre. Dans le fantasme inconscient, grandir est, par nature, un acte agressif. Et Winnicott de rappeler que si cela rend la tâche difficile pour l'entourage, parents et éducateurs, les choses sont aussi difficiles pour l'adolescent qui s'achemine vers le meurtre et le triomphe qui sont, à ce stade crucial, le propre de la maturation. L'adolescent engagé dans le processus de croissance, en proie au changement sexuel mais également à l'acquisition d'une force physique réelle, ne peut pas encore assumer la responsabilité de la cruauté et de la souffrance, de tuer et d'être tué, que lui offre la scène du monde.

Une dernière remarque : Winnicott, comme bien d'autres, avait pointé qu'au cours de l'adolescence

on peut avoir affaire à toutes sortes de *disorders*, de troubles psychiques, mais, avait-il souligné, lors de cette période, il peut être difficile de faire la différence entre la maladie et la normalité. Il avait, de plus, pointé le fait que l'environnement où un adolescent peut être placé, peut parfois modifier le tableau clinique à tel point qu'il égare le diagnostic. Pour le montrer il avait évoqué le cas d'un garçon qui lui avait été envoyé à l'âge de huit ans. Winnicott avait décelé qu'il avait, au cours de son enfance, subi un tort lié à la maladie mentale grave de la mère. Une thérapie avait été tentée mais avait échoué, en partie à cause de la maladie de la mère. Le garçon lui avait été à nouveau envoyé à l'âge de quinze ans. Il avait risqué de tuer son père. Un rêve que l'adolescent illustra par un dessin éclaira Winnicott sur la nature de ses accès de violence. Le dessin montrait sa main cherchant à atteindre celle de sa petite amie. Dans le rêve, entre les deux mains, se trouvait une barrière faite de verre. La violence dont il avait peur était en rapport avec l'effort pour briser la barrière entre lui et le monde réel, barrière qui devenait d'autant plus réelle que ses pulsions étaient impliquées dans une relation objectale. Winnicott ayant formulé un diagnostic de schizophrénie, envoya le garçon à un confrère qui l'admit dans son service hospitalier psychiatrique. Temporairement à l'abri de la maladie de sa mère, dans ce service où on s'occupa bien de lui, il s'améliora après avoir renoncé à son attachement envers son amie dont il avait eu besoin pour évincer la mère malade mais dont il était devenu dépendant de manière excessive. Il s'améliora tellement et fut tellement heureux de la nouvelle relation avec le monde qu'il établit dans la petite communauté hospitalière que les médecins modifièrent le diagnostic. Ils décidèrent alors qu'il était hystérique et quelque peu antisocial et que le facteur extérieur, constitué par les conditions prévalant au foyer, était la cause principale de sa maladie. Sa sortie fut donc décidée et le médecin lui trouva une bonne école où toutes ses difficultés furent expliquées au directeur. Au bout de quelques mois passés à l'école, il recommença à montrer les symptômes pour lesquels il avait été envoyé à l'hôpital. Il devint violent, destructeur et incapable de se mettre au travail. Le diagnostic de schizophrénie fut à nouveau porté et il fut vite retiré de l'école. Winnicott en rapportant cette histoire lors d'une conférence faite à des soignants en octobre 1963² avait souhaité que ses interlocuteurs soient conscients de ces dangers et qu'ils ne soient pas dupés.

Notes

1. Winnicott « Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu » in *Processus de maturation chez l'enfant*.
2. Winnicott « Les soins hospitaliers en complément d'une psychothérapie intensive au cours de l'adolescence. » in *Processus de maturation chez l'enfant*.