

## APPORT DE WINNICOTT AU TRAVAIL PSYCHANALYTIQUE A LA MATERNITE

C'est avec plaisir que j'ai accepté de participer à un hommage à D.Winnicott qu'organisait FRIPSI car j'y trouvais l'occasion d'exprimer ma dette à l'égard de cet auteur. Winnicott est un homme que je n'ai jamais rencontré personnellement. Il est décédé en 1971, avant même que je ne commence à m'intéresser au travail en maternité, mais la lecture de ses textes a été d'une aide considérable dans l'isolement de mes débuts.

Lorsque j'ai commencé à l'Hôpital Antoine-Béclère à Clamart, dans le service du Professeur Papiernik, mes collègues psychanalystes pour la plupart trouvaient baroque l'idée d'exporter la pensée psychanalytique sur un terrain aussi naturel que celui de la naissance. Faute de trouver écho et soutien auprès de mes pairs, j'ai cherché l'appui des textes dans différentes directions. Il y a eu la lecture des élèves de Freud, comme Hélène Deutsch qui avait appliqué à la lettre la théorie de l'Oedipe aux avatars de la vie génitale féminine. Il y a eu surtout la lecture des anthropologues et des poètes qui à travers les cultures se sont penchés sur l'enfantement. Et surtout il y a eu Winnicott qui justement écrivait : "Si ce que je dis comporte une parcelle de vérité, les poètes en auront déjà traité." Il m'était proche aussi au départ, en raison de son intérêt pour les tout débuts de la vie humaine. Sa réputation de pédiatre capable, comme on a pu le dire ici, de faire de façon psychanalytique quelque chose qui n'était pas de la psychanalyse : écouter, privilégier la réalité psychique, le monde intérieur et contenir sans interpréter en direct. Il me semblait que ce qu'il avait fait dans le champ de la pédiatrie pouvait être repensé et exporté dans le champ médical prénatal.

Enfin la lecture de Winnicott a toujours eu pour moi un effet "soignant" dans les moments difficiles et en particulier dans l'ambiance quasi traumatique du quotidien de la Maternité, effet traumatique pour le "psy" débutant, que je trouve relaté par ceux qui font la même expérience que moi et qu'il m'arrive de superviser.

C'est donc mon Winnicott privé, celui qui m'a aidée à travailler et à penser que je vais vous présenter.

J'ai choisi de développer les principaux concepts qui m'ont permis d'élaborer cette clinique psychologique tellement particulière de cette période de la vie. Nous envisagerons ainsi successivement : d'abord le concept de "continuité d'existence" tel qu'il était développé dans "La capacité d'être seul" (1) et autres articles de cette veine. Deuxièmement, le concept d'unité fonctionnelle bébé-soins maternels (2). Troisièmement, le concept de "préoccupation maternelle primaire" (3) ou d'états psychiatriques normaux chez la femme enceinte et chez la jeune mère. Quatrièmement, l'usage que Winnicott fait du concept de faux self, dans l'article de 1960 (4). Enfin, le concept "d'agonie primitive" et défaillance de l'organisation défensive, tel qu'il est formulé dans l'article de 1974 "La crainte de l'effondrement", dernier article de cet auteur (5).

### **1. La continuité d'existence.**

Dans "la capacité d'être seul", Winnicott décrit ce phénomène des premiers moments de la vie, "le sentiment d'une continuité d'existence", base à partir de laquelle peut s'élaborer la capacité de solitude. Ce fondement est paradoxal car il s'agit de l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un d'autre, de la solitude du nourrisson en présence de sa mère. Il nous parle de "relation à soi" (ego relatedness), d'une relation en parallèle à une autre personne également seule. Relation de solitude partagée, d'absence de tension pulsionnelle permettant d'attendre calmement le retour de la tension. En terme kleinien, on parlerait de relation de confiance en un bon objet intériorisé. Il s'agit de ce moment où l'immaturation du moi du nourrisson est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la

mère. C'est quand il est seul que le petit enfant peut parvenir à un état de non intégration, de non orientation, où il peut se permettre d'exister sans être soit en réaction contre une immixtion extérieure, soit en intérêt ou en mouvements dirigés vers l'extérieur aussi.

Dans ces moments de solitude, ce qui arrive alors, qu'il s'agisse d'une perception ou d'une pulsion, sera ressenti comme "réel". Ce sentiment de réel sera la base d'une vie riche en choses réelles et non futiles. Winnicott fait l'analogie de ces moments avec le bonheur que l'on peut éprouver au concert ou bien en amitié, moments de solitude partagée sans excitation physique. Dans ces moments-là, toujours quelqu'un est présent intérieurement, quelqu'un d'inconsciemment assimilé à la mère, celle pour qui temporairement rien n'a compté, rien ne compte encore que les soins à apporter à son enfant.

Si l'on va maintenant du côté de la clinique périnatale, on peut admettre que ce concept de continuité d'existence est très précieux. Si l'on en reprend chacun des termes, on obtient la description de l'état psychique de la fin de la grossesse saine et heureuse, période nirvanique, d'absence de tension, d'extase du Moi (d'orgasme du Moi dirait Winnicott). Ces moments heureux de la grossesse se situent vers la fin et avant que l'angoisse inévitable de l'approche de l'accouchement comme rupture ne vienne submerger la future mère. Pour les femmes saines, ayant vécu sans rupture grave les moments précoces de leur propre vie de nourrisson, la fin de la grossesse, lorsqu'elles deviennent adultes, peut être un nirvana où rien de contingent ne compte plus. La qualité d'authenticité de ces femmes n'a été évidente dès les débuts à la Maternité ; qualité d'une relation réelle, d'une proximité avec les moments humains essentiels. On peut comparer ces moments à d'autres, ceux qui sont à l'autre bout de la vie, lorsque la mort est bien accompagnée. A la fin de la grossesse et temporairement, l'enfant porté est assimilé à un bon objet interne, à la bonne mère des débuts de la vie, en présence de laquelle la solitude n'est pas le vide, mais une plénitude chargée de réalité.

## **2. Concept d'unité duelle nourrisson-soins maternels**

L'idée d'un stade primitif nourrisson-soins maternels était déjà introduite par Freud dans "Les deux principes du fonctionnement mental" (6). A propos d'une.... "organisation esclave du principe de plaisir... le petit enfant, pour peu qu'on tienne compte des soins qu'il reçoit de sa mère, réalise presque un système mental de ce type". Winnicott relève et développe cette référence freudienne et décrit ce stade primitif où les soins maternels et le bébé dépendent l'un de l'autre et ne peuvent pas être démêlés. Ils ne se démêlent et ne se désassocient qu'au cours de l'évolution normale, ce démêlage progressif étant à la base de la santé mentale.

A l'époque où Winnicott formule cette idée, ce concept est tout à fait novateur pour les pédiatres et pour le milieu médical en général. C'est cette idée de continuité, de disjonction impossible entre le bébé et les soins maternels, qui est souvent illustrée par la célèbre formule de Winnicott "un bébé ça n'existe pas", formule d'ailleurs mal traduite.

Dans l'expérience de la clinique périnatale, il me semble que pour devenir "soignante", la nouvelle mère elle-même doit retrouver, remémorer ce stade où elle était le nourrisson, associé, mêlé aux soins maternels de sa propre mère. Il s'agit d'une remémoration dans les gestes spontanés, dans les conduites les plus instinctuelles venues d'une époque antérieure au langage. On peut peut-être trouver là l'explication de la fatalité des conduites d'attachement décrites par les élèves de Bowlby, Mary Main (7) en particulier, qui soutient que la qualité d'attachement d'une petite fille a reçue lorsqu'elle était nourrisson conditionne la qualité d'attachement qu'elle va pouvoir développer avec son propre enfant. A l'occasion de sa grossesse, la femme saine retrouve ce stade primitif expérimenté pendant sa petite enfance, l'ancien nourrisson qu'elle a été, lié aux soins, et dont le souvenir direct peut être considéré comme perdu du fait du refoulement primaire. La réminiscence de ce stade d'unité à deux va donner le ton de la relation que la femme va développer avec sa grossesse, puis avec son bébé.

Cette évolution du bébé de la dépendance absolue vers l'indépendance relative, parallèlement du principe de plaisir au principe de réalité, de l'autoérotisme aux relations objectales, la femme va la parcourir de la grossesse aux premières interactions avec son enfant. Il s'agit d'une remémoration par empathie, c'est à dire avant les représentations de mots et de symboles. Grâce aux soins maternels, grâce à l'empathie maternelle et à l'identification projective (ce sentiment fort de ce dont l'enfant a besoin), le bébé pourra développer une continuité d'être.

Si on considère que ce processus débute dès la vie intra-utérine, on peut mesurer le poids des traumatismes échographiques que Winnicott n'a pas su soupçonner de son vivant. Par traumatismes échographiques, j'entends les blessures narcissiques que la mère peut subir du fait de déclarations liées à des constatations échographiques plus ou moins pathologiques, blessures narcissiques qui attaquent l'empathie naturelle à un stade où la jeune mère ne peut pas se réparer par les autres perceptions sensorielles (comme prendre l'enfant dans ses bras, réagir à sa voix, à son odeur, etc...). On voit là les dangers potentiels du diagnostic anténatal.

**3. Le concept d'"état psychiatrique normal"** chez la jeune mère apparaît dans l'article "La préoccupation maternelle primaire" (1956). Winnicott dit : "n'était la grossesse et la naissance, cet état serait une véritable maladie". En effet, il s'agit d'un état de repli, de dissociation, un véritable épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité de la jeune mère prend le dessus.

Dans le domaine péri et prénatal, j'ai eu la chance de constater que cet état se développe précocement pendant la grossesse, et de réfléchir à son sens métapsychologique. On peut qualifier de transparence psychique (8) cet état relationnel particulier de la femme enceinte, fait d'un appel à l'aide permanent à l'égard de référents conditionnant une grande aptitude au transfert, d'une part. D'autre part, des corrélations se font facilement entre la situation actuelle, la grossesse, et les remémorations infantiles. En effet, fantasmes, affects anciens, réminiscences, affleurent à la conscience de la femme enceinte, sans rencontrer la barrière habituelle du refoulement. On peut souligner l'intensité de l'invasion du psychisme de la future mère par ce nouvel investissement : l'enfant. Il s'agit d'une invasion purement narcissique qui conduit à désinvestir les thématiques psychiques qui lui sont étrangères. Détachées du fond de l'inconscient où elles étaient maintenues au secret par le contre-investissement, ces thématiques étrangères à la grossesse sont alors "flottantes" et peuvent être livrées sans retenue dans le discours spontané, à condition bien sûr qu'une oreille disponible soit là pour les recueillir. En dehors de la grossesse, ces fantasmes régressifs ou ces souvenirs indicibles de douleur ancienne, voire d'agonie primitive, seraient maintenus secrets.

En outre, fantasmes et représentations maternelles prénatales risquent d'acquérir une matérialité avec l'arrivée de l'enfant. Une alliance thérapeutique est alors possible et nécessaire au cours de la grossesse avec le narcissisme maternel. Il suffit parfois, à peu de frais, pour restaurer l'enfant qu'elle porte, de réparer celui qu'elle a été. Cela ouvre sur la question de la prévention et toujours Winnicott : "je pense que la prévention des psychoses est du ressort des pédiatres, si seulement ils le savaient !". On peut ajouter : elle est peut-être aussi du ressort de l'équipe périnatale.

#### **4. Le concept de faux self.**

Ce concept avait été formulé avant Winnicott, mais il y apporte du nouveau : le faux self du bébé serait construit comme une défense précoce contre la non reconnaissance de l'authenticité de ses gestes. Les gestes précoces, ou les ensembles sensori-moteurs du nouveau-né, du nourrisson, traduisent l'émergence du vrai self potentiel de ce bébé. La mère suffisamment bonne sera celle qui saura répondre à l'omnipotence de son bébé et lui donner une signification, et ce maintes et maintes fois. A l'opposé, la mère sera non suffisamment bonne lorsqu'elle est inapte à ressentir les besoins réels du bébé et qu'à la place de la prise

en compte des mouvements spontanés de celui-ci, elle impose ses gestes à elle qui entraînent la soumission du nourrisson.

En clinique néonatale on rencontre ainsi des dysharmonies d'adaptation au sein et tous les troubles précoces de l'alimentation qui sont de fréquents motifs de consultation. Ces dysharmonies installées et rigidifiées peuvent contribuer à la constitution précoce d'un faux self.

## 5. Le concept d'agonie primitive.

Ce concept apparaît dans l'article ultime de Winnicott, article ébauché mais d'une synthèse fulgurante : "La crainte de l'effondrement."

Winnicott parle de ce symptôme, la crainte de l'effondrement, en clinique adulte et conduisant souvent à des demandes de thérapie ; crainte de l'effondrement dans la réalité présente, mais en relation avec des expériences anciennes de la vie de nourrisson, et l'incohérence de son environnement. Par effondrement (breakdown), Winnicott entend des choses impensables qui sous-tendent l'organisation défensive. En effet, à un stade très précoce où le bébé n'a pas encore fait la différence entre Moi et non Moi, peut survenir une angoisse tellement intense que Winnicott la qualifie "d'agonie" (par exemple, l'angoisse de ne pas cesser de tomber dont la défense est alors l'auto-maintien et on pense à ces nouveaux hypertoniques, voire adversifs à l'égard de leur mère ; on les remarque bien à la passation de l'épreuve de Brazelton). Ce peut être l'angoisse d'un retour à un état non intégré ou de la perte de la collusion psyché-soma.

Pour Winnicott, la crainte majeure de cet adulte serait celle d'un "breakdown" qui en fait a déjà eu lieu lorsqu'il était nourrisson, de la réapparition d'une expérience agonique ancienne qui a provoqué l'organisation défensive actuelle. Ce risque d'effondrement date d'une époque où le Moi du bébé était trop immature pour rassembler ce qui lui arrivait dans le champ de sa toute puissance. Pour que, devenu adulte, le sujet puisse mettre cette expérience au passé, il doit la faire entrer dans son expérience au présent. Le modèle thérapeutique en est le revécu de cette expérience d'angoisse ancienne dans le transfert de la cure analytique.

Dans le domaine périnatal, il n'est pas rare de se trouver face à des femmes qui craignent de s'effondrer à l'occasion d'une maternité.

- L'effondrement peut être rapporté à la crainte de l'accouchement. C'est là une cause fréquente de consultation en milieu obstétrical : l'idée d'une panique à venir au moment de l'accouchement. Et on observe le va et vient de la femme enceinte entre son état adulte actuel et la réminiscence de son état d'autrefois de dépendance, état initial réanimé par la transparence psychique qui l'affecte. A ce moment de sa vie, la femme, par identification anticipée au bébé qu'elle n'a pas encore, et du fait de l'attente et de la transparence psychique, revit le bébé qu'elle a été et les agonies que celui-ci a éventuellement traversées. Ces agonies peuvent être en relation avec la confrontation ancienne à une détresse maternelle liée à une psychose puerpérale ou à un deuil périnatal par exemple. Le ressort de la peur actuelle (accoucher) est moins l'identification à la mère qu'elle a eue, qu'au bébé qu'elle a été ; bébé en détresse, c'est à dire bébé dont la continuité d'existence a été interrompue par l'empiètement d'un environnement maternel inadéquat.

- En clinique de l'infertilité, la crainte de l'effondrement habite souvent ces femmes qui ont une infertilité incompréhensible et qui finissent par découvrir que la grossesse pour elles, et l'expérience de la maternité, leur font craindre un "breakdown" décisif. Et plutôt la stérilité que cette expérience car au moins la vie continue ! (9).

En conclusion, l'apport de Winnicott est extrêmement précieux car il nous a permis de développer cette idée centrale du retour par la grossesse au revécu de stades très primitifs

de l'organisation psychique, ou même antérieurs à cette organisation ; retour possible à des agonies qui ont pu être vécues sans être éprouvées comme telles. La grossesse, comme la cure analytique, par la transparence psychique et la crise du refoulement habituel qui l'accompagnent, peut faire revivre ces stades primitifs de l'organisation. Cette façon de voir a en plus le mérite de conduire à des gestes thérapeutiques simples, mais supposant une empathie particulière qui permette de jouer un rôle de Moi auxiliaire pour ces femmes. Et c'est ce rôle qu'il est important de susciter et d'encourager auprès des équipes soignantes qui s'occupent de femmes enceintes.

## Références

- (1). Winnicott, D.W. (1969). *La capacité d'être seul*. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot.
- (2). Winnicott, D.W. (1969). *La théorie de la relation parent-nourrisson*. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot.
- (3). Winnicott, D.W. (1969). *La préoccupation maternelle primaire*. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot.
- (4). Winnicott, D.W. (1980). *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self*. In : Les processus de maturation chez l'enfant. Paris, PB Payot.
- (5). Winnicott, D.W. (1975). *La crainte de l'effondrement*. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 11, 35-44.
- (6). Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes du fonctionnement psychique.
- (7). Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J.C. (1985). *Security in infancy, childhood and adulthood : A move to the level of representation*. In : I.Bretherton & E.Waters (eds), Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development 50 (1-2, série N° 209), 66-104.
- (8). Bydlowsky, M. (1997). *La transparence psychique due à la grossesse*. In : M.Bydlowski (ed.), La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris, PUF, Le fil rouge, 91-100.
- (9). Bydlowski, M. (1997). *Désir d'enfant et infertilité*. In : M.Bydlowski (ed.), La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris, PUF, Le fil rouge, 135-149.