

Winnicott : Jeu et Observation

Thierry Simonelli

1. De la pédiatrie à la psychanalyse

Entre 1928 et 1942, Winnicott publie une vingtaine d'articles et son premier livre (*Clinical Notes on Disorders of Childhood*, en 1931). On pourrait répartir ces travaux en trois grandes catégories : les articles médicaux à proprement parler, les articles psychologiques ou psychiatriques et les articles traitant des rapports entre psyché et soma. Les premiers articles de psychologie ou de psychiatrie, de même que ceux qui relèvent de la problématique du rapport entre troubles psychiques et affections corporelles mentionnent assez rarement le terme de psychanalyse, et la citation du nom de Sigmund Freud ou de ses oeuvres y est tout aussi rare. Anna Freud y est évoquée presque aussi souvent que Sigmund Freud et Mélanie Klein.

L'image générale que l'on peut esquisser à partir des textes psychologiques et psychosomatiques de cette période semble néanmoins nettement kleinienne. Mélanie Klein elle-même déterminait la question fondamentale de son approche comme étant celle de l'angoisse et des destins de l'angoisse. Et à l'instar de Mélanie Klein, Winnicott semble d'abord s'intéresser aux questions de l'angoisse dans les troubles psychiques et les affections psychosomatiques des enfants. Le fait de gigoter (la bougeotte), de même que les désordres de l'appétit, de la digestion, du sommeil et les difficultés des rapports avec les parents, les sœurs et frères et les autres enfants représentent, aux yeux de Winnicott, autant de phénomènes dus à l'angoisse consciente ou inconsciente. Dans leur ensemble, ces textes témoignent donc d'une démarche qui, sur le plan théorique, pourrait aisément être attribuée à l'orientation kleinienne.

Toutefois, sur le plan clinique, une différence manifeste se fait déjà ressentir. La pratique de Winnicott se caractérise d'emblée par une sorte d'abstentionnisme. Bien que dans la plupart de ces textes, Winnicott esquisse des vignettes cliniques, l'intervention thérapeutique semble presque hésitante, aussi bien sur le plan médical que sur le plan psychologique. La raison en est que Winnicott voit dans la plupart des symptômes décrits, des caractéristiques de processus qui n'ont rien de pathologique en eux-mêmes. Ainsi, aux yeux de Winnicott, il n'y a rien de particulièrement anormal à ce que les enfants se montrent angoissés, ne parviennent pas à dormir, perdent leur appétit ou se mettent à gigoter. Selon Winnicott, il s'agit là de phénomènes simplement transitoires qui accompagnent tout développement naturel, et par rapport auxquels il vaut mieux s'abstenir de toute forme d'intervention. Inversement, un traitement hâtif pourrait, dans ces cas, contribuer à fixer, à développer ou à installer des problèmes qui se résolvent mieux et plus rapidement en n'y touchant point. On cherchera en vain de telles réflexions chez Mélanie Klein qui, contrairement à Winnicott, semble pencher vers une activité interprétative plus importante, plus aisément interventionniste.

2. La clinique des enfants

La profonde inspiration kleinienne de Winnicott est patente. Et c'est moins dans les considérations théoriques, que dans son travail clinique où se manifestent les premières différences entre Winnicott et Mélanie Klein. Quelques exemples tirés des textes de Winnicott permettront de mesurer cette proximité et cette différence.

2.1. L'angoisse

Il est normal, remarque Winnicott dans son article de 1931 sur « la normalité et l'angoisse », qu'un enfant de deux ou trois ans soit très ému ou agité à la naissance d'une petite sœur ou d'un petit frère. Ainsi, il arrive fréquemment qu'un enfant, tout à fait sain et « robuste » jusqu'à ce moment, tombe malade, se sente malheureux, pique des crises de colère, et réagisse par de l'énurésie, de la constipation, de la congestion nasale. Si une maladie physique s'y rajoute – coqueluche, pneumonie, gastro-entérite – cette dernière mettra un temps beaucoup plus long à guérir.

Il est important pour le médecin, écrit alors Winnicott, de se rendre compte de ces causes psychiques. À ces moments, l'enfant vit des expériences très importantes – des frustrations, des déceptions, des pertes de l'amour, la réalisation de la propre faiblesse, du propre manque d'importance – et qui lui seront d'une aide indispensable plus tard, quand il s'agira de vivre tout seul, par ses propres moyens.

Une intervention thérapeutique intempestive ou déplacée aurait comme effet de masquer l'importance de ces expériences ou alors de les apparenter elles-mêmes à une sorte de maladie.

La notion de normalité, que sous-tendent les réflexions de Winnicott, n'est pas celle du fonctionnement infaillible, du bonheur parfait ou de la beauté sans tâches. La normalité à laquelle s'intéresse Winnicott semble bien plus tenir de la capacité ou la faculté qu'à l'enfant de vivre et d'élaborer des expériences, les bonnes aussi bien que les mauvaises. L'angoisse, la frustration, la déception, la tristesse ou même la maladie font partie de la normalité, pour peu qu'elles puissent faire l'objet d'une expérience et donc d'un processus de maturation. À ce moment, il ne s'agit pas d'intervenir, mais d'accompagner, en cas de besoin.

Quelques descriptions cliniques permettent de mieux voir que, ce qu'avec Winnicott on pourrait désigner de « troubles de la normalité », ne se limite pas à de subtiles gênes :

Joan a un an et cinq mois quand sa maman l'emmène voir le docteur Winnicott. Elle était parfaitement saine jusqu'à l'âge de 13 mois, jusqu'au moment de la naissance de son frère. À la suite de cet événement, elle perd son appétit, mange moins, devient maigre et pâle et sait, si on ne la force pas, ne rien manger pendant presque toute une semaine. Elle devient irritable et n'arrive pas à supporter l'absence de sa mère sans être sujette à de graves crises d'angoisse. Elle pince et mord le bébé, et se montre effrayée par les animaux. Il ne faut pas parler de son frère en sa présence, et quand elle se trouve dans une pièce avec des garçons, elle s'excite jusqu'au vomissement. Quand on lui donne du chocolat, elle le met dans sa bouche, l'emmène ainsi jusqu'à la maison et l'y recrache.

Joan est une fille parfaitement saine, note Winnicott, et qui a des parents d'une gentillesse exceptionnelle. Une autre scène d'hôpital : un mère entre au cabinet avec dans ses bras un bébé de deux mois. Les deux se font devancer par une petite fille de

trois ans. La maman est là pour le bébé, mais la petite fille se montre de plus en plus angoissée. Jusqu'au moment où elle s'écrie : « Il ne va pas lui couper la gorge n'est-ce pas ? » Son petit frère souffre d'un ulcère du palais en raison d'un usage intensif de sa sucette. Winnicott avait demandé à la mère de la lui interdire jusqu'à la disparition de l'ulcère. La petite fille elle-même avait manifesté un attachement très fort à sa sucette, et l'y déshabituer n'avait pas été une mince affaire. Ainsi, il arrivait à la mère exténuée de lui dire : si tu reprends ta sucette, on te coupera la gorge. Et la petite fille d'en tirer la conclusion logique, écrit Winnicott, que le docteur désire ardemment [to long for] couper la gorge du petit frère. Le docteur l'assure que rien de tel ne lui arriverait, mais l'angoisse refait jour rapidement avec les questions insistantes : il ne va pas lui couper la gorge n'est-ce pas ?, il ne va pas lui couper la gorge ? Jusqu'à ce que la mère, enragée, lui lance : non, il ne va pas lui couper la gorge, mais si tu ne t'arrêtes pas, c'est à toi qu'il va couper la gorge ! La petite fille n'en semble pas particulièrement affectée sur le moment, mais quelques instants plus tard, elle est saisie par un violent désir de faire pipi, et doit être amenée aux toilettes d'urgence. Un autre exemple d'angoisse, bien plus mystérieux. Un beau matin, Lilian, âgée de deux ans et six mois se réveille en criant « il n'y a pas de bicyclette dans la chambre ». Elle reste saisie, depuis lors, d'une anxiété et d'une nervosité dont elle ne parvient plus à se libérer. Jusqu'à ce jour là, Lilian était une fille parfaitement saine qui adorait ses parents et qui avait un sommeil parfait ; ce dont les parents n'étaient pas peu fiers. Mais depuis ce matin, elle dort très mal, doit souvent passer ses nuits dans le lit de ses parents, et ne supporte plus que sa mère la quitte, même à l'intérieur de la maison. Pendant quelque temps, elle avait perdu son appétit, et elle semble avoir perdu tout intérêt en général. Elle n'arrive plus à s'occuper ou à jouer longtemps sans se fatiguer. Physiquement, elle n'a aucun signe de maladie et s'avère être en parfaite santé après l'examen physique.

La tâche du pédiatre est donc extrêmement difficile, précise Winnicott. D'un côté, il doit faire de son mieux pour ne pas intervenir en cas de troubles liés à l'angoisse, et de l'autre côté, il ne doit jamais perdre de vue que quelque part, il pourrait tout de même y avoir une cause physique.

Le fait que dans le cas de l'angoisse, la distinction entre troubles psychiques et troubles physiques n'est pas toujours aussi claire et nette que la distinction conceptuelle entre corps et âme, complique la situation davantage. Car l'angoisse peut très bien se manifester par des symptômes physiques. Voici un cas intéressant qui, au départ, aurait pu paraître du même ordre que les autres, mais qui connaît une suite moins optimiste :

Rosina a treize ans. Elle est une fille mince, grande et porte de longs cheveux bouclés. Elle est née un mois en avance. Sa mère raconte que les douleurs de l'accouchement ont duré trois jours, et ont commencé le jour du bombardement de Londres, en 1917. Elle pense que le problème de Rosina est dû à son accouchement angoissé. Rosina s'est mise à pleurer une demi-heure après sa naissance, et elle n'a pas vraiment cessé depuis. Toute jeune, elle connaissait de premières complications : des convulsions pendant le sommeil ou à l'état éveillé, ainsi que des attaques au cours desquelles elle devenait bleue. Pendant son enfance, elle souffrait de constipations qui occasionnaient de nombreuses injections de médicaments. Aussi est-elle systématiquement sujette à des effondrements que les médecins attribuent à l'épuisement causé par sa nervosité. Dans ces cas, elle reste allongée dans son lit sans se lever. Âgée de deux ans, Rosina commençait à vivre des terreurs nocturnes. Elle commençait l'école à 5 ans, et s'y débrouille plutôt bien. À

l'âge de 8 ans elle est envoyée en consultation chez le docteur Winnicott, pour la première fois, en vue d'un traitement contre la chorée. Winnicott reconnaît un faux diagnostic et se rend compte que l'agitation, la nervosité de Rosina, est due à son inquiétude et son anxiété intérieure. Son problème avait attiré l'attention parce qu'à l'école, elle ne cessait de renverser son encre et à la maison, elle ne cessait de laisser tomber ses assiettes. Rosina est également sujette à des spasmes occasionnels. De 8 à 13 ans, elle souffrait de toute une série de symptômes, dont la plupart s'exprimaient par la simulation de maladies physiques. Le père, un homme que Winnicott décrit comme atteint d'une sévère hystérie d'angoisse, accompagnée d'une psychose sous-jacente – il avait été hospitalisé trois fois pour cette raison –, exige que sa fille soit exclusivement traitée par voie médicamenteuse. C'est ce qui explique, selon Winnicott, la persistance de l'état de Rosina pendant ces 5 ans. Suite à un alitement forcé à l'âge de 10 ans, les choses semblent s'empirer. Rosina devient de plus en plus nerveuse, ses crises de terreur augmentent en nombre et il suffit que quelqu'un frappe à la porte de sa chambre ou froisse un papier pour les déclencher. Par ailleurs, dès cette époque, elle est rigoureusement incapable de rester seule à la maison. Elle développe soudainement un appétit pantagruélique et à partir de 11 ans, elle est sujette à des pertes de conscience. Elle souffre d'importantes douleurs au niveau du cœur qui auraient pu laisser penser à une angine de poitrine. La nuit, elle se réveille souvent avec tous les symptômes d'une maladie somatique – fièvre, froid, tremblements – mais, en règle générale, suite à des cauchemars. Quand elle vient voir Winnicott à 12 ans, elle souffre de maux de tête et d'une nervosité continue. Elle a contracté une habitude de mordre et de tousser. L'école lui est devenu trop difficile, insupportable. Elle fait des crises nerveuses et reste allongée dans son lit pendant des jours. La nuit, elle se réveille régulièrement terrifiée, voyant des serpents partout. Quand elle revient voir Winnicott à 13 ans, elle souffre de douleurs aiguës qui se répandent sur l'ensemble de son corps, et d'une hyperesthésie généralisée. Elle a des crampes dans les mains, se montre facilement excitée et s'insurge contre tout. Ses angoisses sont toujours aussi importantes, et comme elle voit des insectes partout, elle ne veut plus sortir dans le jardin. Un mercredi, elle avait dû vomir et depuis, elle craint les mercredis, parce qu'ils lui rappellent sa régurgitation. L'examen ne révèle toujours aucune maladie physique.

L'angoisse peut se manifester avec tout un éventail de symptômes physiques : la maigreur ou l'appétit démesuré, à l'occasion, le mauvais sommeil, la pâleur, la propension à la transpiration, à l'évanouissement, aux maux de tête, aux migraines, et aux douleurs physiques diffuses.

2.2. L'excitation

Le verbe « fidget » signifie, selon le Oxford Dictionary, faire de petits mouvements par nervosité ou impatience. Le nom « fidget » représente la personne caractérisée par ces mouvements ; une personne agitée, qui ne cesse de bouger. Cette hyperactivité ne s'exprime pas exclusivement par l'agitation physique, mais également par une agitation psychique ou idéationnelle. La concentration suppose la réunion, l'unicité, la focalisation en un point unique, et par se situe par conséquent aux antipodes de la dispersion, de la diffusion, de la dilution, de la dissolution, de l'éparpillement. C'est ce qui permet d'affirmer, rien que sur le plan sémantique et logique, le rapport intime entre l'agitation et les problèmes de concentration.

Si l'on adoptait le point de vue de Mélanie Klein, qui dans cette agitation hyperactive

voyait un symptôme plutôt hystérique, on pourrait également penser que la caractéristique psychologique est celle d'une défense de type plutôt schizoïde. L'enfant, la personne, répond à l'angoisse insupportable en distribuant sur attention sur de multiples objets, idées et sentiments à la fois, c'est à-dire, par un éparpillement (non-schizophrénique) de l'attention du moi.

Il semble important néanmoins d'insister sur la distinction relevée par Winnicott : il est des agitations qui sont dues à l'angoisse, dont la causalité est psychique, et des agitations qui sont dues à des affections proprement neurologiques. Winnicott y insiste : un bon diagnostic est de la plus haute importance.

En 1931, Winnicott écrit qu'il faut savoir distinguer entre trois choses : l'agitation angoissée, les tics et la chorée. La chorée se manifeste par des accès qui débutent entre cinq et quinze ans qui se caractérisent par des mouvements musculaires involontaires : grimaces soudaines, soulèvement de l'épaule, flexions-extensions de l'avant-bras, brusques déplacements des doigts, flexions subites des membres inférieurs qui rendent la marche dansante et difficile.

2.3. L'appétit, le fantasme et le monde intérieur

Manger n'est pas un acte aussi simple qu'il paraît. Manger se décline selon trois axes :

1. La reconnaissance de la pulsion : je veux sucer, mordre, manger. J'ai du plaisir à sucer, mordre, manger. Et enfin : je suis satisfait d'avoir sucé, mordu, mangé. 2. Le fantasme : quand j'ai faim, je pense à ce que j'aimerais manger, à ce que j'aimerais prendre en moi, dans mon corps et ce que j'aimerais laisser ou rejeter à l'extérieur. 3. Le rapport du fantasme au monde intérieur : le monde intérieur est ce qui se passe en moi, ce sont tous les objets et personnages, les situations et états en moi. Chez l'enfant, s'y rajoute le monde intérieur imaginé de la mère.^[1]

Pas de coliques, de vomissements, de diarrhée, de constipation, d'anorexie chez l'enfant sans référence au monde intérieur. Il suffit pour cela de s'en remettre aux dires des enfants. Chez certains, il y a une guerre dans le ventre où des soldats se battent aux épées. Chez d'autres, de petites personnes assises autour d'une table dans le ventre attendent que vienne la nourriture. D'où les bruits d'assiettes qu'on entend parfois dans le ventre.

3. Remarques générales sur la 'philosophie' de Winnicott

S'il l'on voulait trouver une marque distinctive de l'approche winnicottienne, ce serait d'abord cette attitude de « laisser-aller » particulière dans les premiers articles des années trente et quarante. En même temps, un terme tel que « laisser-aller » paraît excessivement ambigu et pourrait surtout prêter à tous les malentendus imaginables. L'un des plus importants malentendus consisterait certainement à penser que ce « laisser-aller » implique chez Winnicott une sorte de passivité ou même de désintérêt. Rien que sur ces deux points, il faudrait d'emblée penser le contraire : le « laisser-aller » représente une position plutôt active et un intérêt que l'on s'imaginera aussi fort que possible.

Le « laisser-aller » que met en avant Winnicott s'avérerait bien mieux décrit par l'idée de l'accompagnement. Cet accompagnement, quelle que soit l'activité qu'il côtoie, est assez différent, voire opposé à ce que l'on désigne couramment de « prise en charge ». Y a-t-il pire, en termes de liberté ou de dignité humaines, ou même en termes d'intelligence ou

d'existence autonome, que d'être « pris en charge » ?

Car la prise en charge correspond, la plupart du temps – non seulement sur le plan sémantique, mais également dans les actes – à un type de direction ou d'orientation. L'analysant, le patient, aurait-il vraiment besoin d'un psychanalyste pour le prendre par la main et lui montrer comment il faut penser, comment il faut agir ou ce qu'il faut faire ? Le concept du « traitement » a parfois un sens similaire. Nous allons chez le médecin, nous lui faisons part de nos douleurs et problèmes, nous répondons à ses questions et, en contrepartie de la somme que nous lui versons, il nous fournit des explications, des conseils et une prescription. Et pour la plupart, si nous suivons les conseils et les prescriptions, nos douleurs disparaissent et nos problèmes se résolvent à la manière et dans les délais qu'il nous a indiqués. C'est extrêmement rassurant, et souvent, on s'en sent presque guéri en sortant du cabinet du fait de savoir où en sont les choses et comment elles évolueront.

On ne s'étonnera pas, dès lors, que la psychanalyse soit parfois abordée de la même manière. Cela se remarque surtout d'ailleurs chez les personnes qui, sans trop savoir à quoi s'attendre, viennent chercher de l'aide en suivant le conseil de leur médecin. Souvent, ces personnes se retrouvent dans le cabinet de l'analyste, lui présentent leurs problèmes, leurs questions, leur souffrance et peut-être même un peu de leur histoire personnelle. Elles reviennent deux fois ou trois, elles ont l'impression qu'il se passe quelque chose, bien que ce 'psy' leur paraisse un peu par trop taciturne et quelque part, le traitement se fait attendre. Il n'y a ni prescription, ni conseil, ni même, en règle générale, de grandes explications du type : si vous êtes si malheureux aujourd'hui ce parce que quand vous étiez petit vous vouliez épouser maman et cuire papa sur le feu jusqu'à ce qu'il explose (cf. les enfants de Mélanie Klein), et que vous n'avez toujours pas admis le fait que maman soit restée avec papa.

Les grandes réponses, les solutions efficaces, les résolutions définitives se font attendre. Quand est-ce qu'il/elle va me guérir ? Qu'est-ce qu'il/elle attend ? Est-il/elle un peu obtus(e) de l'esprit ou simplement sourd(e) ? Un charlatan peut-être ?

L'on trouve chez Winnicott une sorte de philosophie, voire d'éthique sous-jacente à la perspective clinique à l'œuvre dans les différentes descriptions de cas. Ce que l'on pourrait alors désigner – avec toute la prudence qui s'impose - d'orientation philosophique de Winnicott porte quelques traits de ressemblance étonnants avec les développements de l'Émile de Rousseau. Sans doute, Winnicott n'avait-il aucune connaissance particulière de l'Émile, et il n'est pas question de relever les quelques similarités dans l'intention de déceler une quelconque influence, même cachée. La juxtaposition des citations ci-dessous a comme seule fin de mieux marquer ce qui, chez Winnicott, pourrait s'articuler comme orientation immanente à la pratique décrite dans les premiers textes.

« Votre bébé ne dépend pas de vous pour la croissance et le développement. [...] Chaque bébé est une étincelle vitale et cette impulsion [urge] à la vie et la croissance fait partie du bébé, quelque chose avec quoi le bébé est né et qui est développé d'une façon que nous n'avons pas besoin de comprendre. » (Winnicott, *The child the Family and the Outside World*, Penguin, 1957, 1991, p. 27)

« Par exemple, si vous venez de mettre un bulbe dans votre jardinière vous savez parfaitement bien que vous n'avez pas besoin de faire pousser le bulbe en une jonquille. Vous fournissez le bon type de terre ou fibre et vous maintenez le bulbe suffisamment

arrosé et le reste vient tout naturellement, parce que le bulbe a de la vie en lui. Le soin des enfants est beaucoup plus compliqué que le soin d'un bulbe de jonquille, mais l'illustration suffit à ma visée car avec le bulbe et l'enfant, il se passe quelque chose qui n'est pas de votre responsabilité. » (Winnicott, op. cit., p. 28)

« C'est à toi que je m'adresse, tendre et prévoyante mère, qui sus t'écarter de la grande route, et garantir l'arbrisseau naissant du choc des opinions humaines! Cultive, arrose la jeune plante avant qu'elle meure : ses fruits feront un jour tes délices. Forme de bonne heure une enceinte autour de l'âme de ton enfant ; un autre en peut marquer le circuit, mais toi seule y dois poser la barrière. » (Rousseau, Émile, Livre Premier)

« Dans le cours normal des événements, la mère essaye de ne pas introduire des complications au-delà de celles que l'enfant peut comprendre et admettre ; en particulier, elle essaye d'isoler son bébé d'accidents et d'autres phénomènes qui doivent se situer au-delà de la faculté de compréhension de l'enfant. D'une manière générale, elle essaye de maintenir le monde de l'enfant aussi simple que possible » (Winnicott, « Mind and it's Relation to the Psyche-Soma », Collected Papers, 245, London, Karnac Books, 1958 [Tavistock Publications],1984)

« Certains d'entre vous ont créé des œuvres d'art. Vous avez fait des dessins et des peintures, ou vous avez modelé à partir d'argile ou vous avez tricoté des pull-overs ou fait des habits. Quand vous faisiez ces choses, ce qui en résultait était fait par vous. Les bébés sont différents, et vous êtes la mère qui fournit un environnement adapté. Quelques personnes semblent concevoir l'enfant comme de l'argile dans les mains d'un potier. Ils commencent par modeler l'enfant et par se sentir responsables du résultat. Cela est plutôt faux. » (Winnicott, The child the Family and the Outside World, Penguin, 1957, 1991, p. 28)

« Tout est bien sortant des mains de l'Auteur des choses, tout dégénère entre les mains de l'homme. Il force une terre à nourrir les productions d'une autre, un arbre à porter les fruits d'un autre ; il mêle et confond les climats, les éléments, les saisons ; il mutile son chien, son cheval, son esclave ; il bouleverse tout, il défigure tout, il aime la difformité, les monstres ; il ne veut rien tel que l'a fait la nature, pas même l'homme ; il le faut dresser pour lui, comme un cheval de manège ; il le faut contourner à sa mode, comme un arbre de son jardin. » (Rousseau, Émile, Livre Premier)

Winnicott reviendra sur certains de ces remarques par la suite, notamment sur ce qu'elles pourraient laisser sous-entendre de l'indifférence de l'environnement dans le développement de l'enfant.

C'est dans le contexte de cette orientation que naît la première pratique du jeu. Ce jeu ne pourra dès lors être conçu comme l'application d'une méthode de traitement, comme une activité thérapeutique de la part du pédiatre, mais plutôt comme la mise en place d'un lieu où des processus peuvent se mettre en place sans l'intervention des adultes.

4. Le jeu de la spatule

Règle du jeu :

Lors d'un entretien avec la mère, il est convenu de laisser le bébé complètement libre de

ses actes, de ni l'empêcher, ni l'encourager. Au milieu de la table, se trouvent des spatules métalliques brillantes.

Stade 1 :

Le bébé qui a vu le petit objet brillant, après un certain temps, essaye d'y mettre sa main. Une fois que la main y est, il s'arrête. Qu'est-ce qu'il va faire désormais ? Va-t-il se saisir de la spatule, va-t-il la laisser ? Peut-être qu'il la laissera dans un premier temps. Aucun encouragement ou interdit ne doit intervenir à ce moment.

Winnicott remarque astucieusement que ce mode d'emploi permet en même temps d'avoir quelques informations sur la mère. Est-elle prête à laisser son enfant bouger librement, à le laisser saisir l'objet de son intérêt et le laisser balancer par terre, ou alors, le lui interdit-elle, ou se trouve-t-elle mal à l'aise, ou encore, tente-t-elle de l'y encourager tout de même, etc. On pourrait se demander néanmoins dans quelle mesure les résultats d'une telle observation sont significatifs du « comportement de la mère à la maison » (Winnicott, *Collected Papers*, p. 53). Car si l'enfant est en quelque sorte pris dans un cadre particulier, la mère l'est également. Plus que son enfant, elle se trouve dans une situation de transfert, à l'hôpital, face à un médecin dont elle risque de connaître la réputation, etc. À l'époque, Winnicott avait déjà acquis une solide réputation de pédiatre. Dans les années trente, il bénéficiait également d'une certaine célébrité du fait de ses discours aux mères à la radio.

Stade 2 :

Le stade de l'hésitation. Le bébé peut se tourner vers sa mère, puis vers ce Monsieur en face de lui avec un regard interrogateur. Il peut s'immobiliser complètement, ou alors cacher sa tête dans les bras ou la chemise de sa mère.

Puis lentement, le bébé commence à développer une certaine confiance dans son désir, dans son souhait de se saisir de la spatule. Au moment où il accepte son désir, l'image change. Son comportement devient plus assuré, il s'en faut de peu et il commence à mettre la spatule dans sa bouche, à la mordiller avec des sons de satisfaction ou à imiter le père fumant sa pipe etc.

Le bébé prend alors lentement possession de la spatule, et la lui enlever à ce moment, écrit Winnicott, est difficile sans l'application d'une force brutale (*brutal strength*). Une fois qu'il a complètement pris possession de la spatule, il commence à jouer avec. La spatule devient alors pour lui un moyen d'expression. Il l'utilise pour frapper sur la table, ou tout autre objet qu'il y trouve afin d'en faire autant de bruit que possible. Ou alors, il la tient à la bouche de sa mère ou du Monsieur et se réjouit si ceux-ci font semblant de la sucer. Ce faire semblant est important, car si jamais quiconque s'y met vraiment semble gâcher le plaisir du bébé. Il faudrait penser que le bébé, dans son jeu, attend qu'on fasse semblant. Et Winnicott de remarquer qu'il n'a jamais vu d'enfant, à ce moment du jeu, se montrer insatisfait ou déçu du fait que la spatule n'était pas vraiment comestible ou ne contenait pas vraiment de la nourriture.

Stade 3 :

Enfin, le bébé laisse tomber la spatule, comme par erreur. Si on la lui rend, il en joue un peu à nouveau, puis la jette à nouveau, mais de manière plus délibérée. Si l'on continue à la lui restituer, le jeu consistera pour lui à s'en débarrasser de manière de plus en plus agressive. Et il se réjouit particulièrement si, en tombant, la spatule fait plein de bruit.

La fin de cette expérience est atteinte quand le bébé manifeste son souhait d'être déposé par terre pour commencer d'autres jeux avec la spatule, ou au moment où il commence à s'intéresser à d'autres objets sur la table ou dans la pièce.

5. Le jeu - situation normale, variations

Les trois étapes du jeu décrites ci-dessus correspondent à ce que Winnicott désigne de « normal ». Avec une petite limitation supplémentaire : au-delà de l'âge de 13 mois, le jeu ne semble plus fonctionner de la même manière. Après 13 mois, remarque Winnicott, la situation se complique rapidement et témoigne des complexités d'une analyse d'enfants. En gros, ce jeu peut fonctionner suivant les conditions données entre 5 et 13 mois.

Tout ce qui s'écarte de la variante normale du jeu avec ses trois phases, toute prolongation exagérée de l'une des phases, tout arrêt en cours de route ou alors toute catastrophe émotionnelle causée par la situation établie est significatif, selon Winnicott. Le jeu sert à deux fins : d'une part, il permet d'identifier un certain nombre de problèmes psychiques chez l'enfant, et de l'autre, il devrait même permettre un certain travail thérapeutique. Winnicott ne semble pas particulièrement insister sur ce point. Dans le contexte kleinien persistait la limite approximative de 2 ans et demi, voire de 3 ans pour l'approche psychanalytique de l'enfant. L'idée d'une psychothérapie psychanalytique d'enfants de 5 mois représenterait alors une avancée « technique » considérable. Mais, d'une part, Winnicott ne semble pas particulièrement vouloir considérer son petit jeu comme une méthode proprement psychanalytique. Ce qui plus est, Winnicott semble se limiter d'en esquisser la possibilité, et en fait, s'il dit cette possibilité confirmée par son expérience, nous n'avons que deux cas qui viennent l'illustrer.

Voyons la description d'une variante du jeu :

Margaret, une petite fille de sept mois souffre d'asthme. La mère elle-même souffrait d'asthme quand alors qu'elle était enceinte de sa fille, et elle a reconnu le problème de sa fille à cause de sa respiration sifflante pendant le sommeil. Margaret a de bons rapports avec sa mère, et même avec sa sœur, plus âgée de 16 mois, bien que cette dernière ait été jalouse à sa naissance. Mais c'est son papa que Margaret préfère. C'est vers lui qu'elle se tourne quand elle a des problèmes, et c'est lui qui arrive à la faire dormir. Margaret sait déjà l'appeler par son nom, mais pas sa maman. L'asthme de Margaret s'est annoncé progressivement. D'abord, elle avait le sommeil agité, elle ne dormait que de courts moments pour se réveiller, crier, pleurer et trembler. Ensuite, elle a commencé à introduire son poing dans la bouche de manière de plus en plus compulsive. Puis, à la suite d'un rhume, le sifflement s'est manifesté. Au jeu de la spatule, Margaret se montre immédiatement saisie par le plus vif intérêt face au petit objet brillant qu'elle découvre à portée main. Elle se tourne vers le docteur, le regarde longuement avec de grands yeux en émettant de petits soupirs. Cette hésitation s'étend sur 5 minutes et Margaret ne semble pas à même de se décider. Elle finit tout de même par s'emparer du petit objet, mais seulement pour recommencer à hésiter. Le mettra-t-elle dans sa bouche ? Ce n'est pas l'envie qui semble lui manquer, mais à nouveau, elle ne parvient pas vraiment à se décider. Quoi qu'il en soit de la longueur de ces hésitations, Winnicott n'y voit rien qui se distingue de la situation normale. Plus significatif est le fait que pendant ces deux moments d'hésitation, Margaret manifeste tous les signes d'une petite crise d'asthme.

L'asthme cesse pour de bon le moment où elle réussit à mettre la spatule dans sa bouche, au moment où, selon la description de Winnicott, l'observation a pris fin et où elle se réjouit de son activité ludique. Winnicott ne fait que relever la simultanéité des deux phénomènes. À la deuxième consultation, même hésitation chez Margaret. Puis, après plusieurs visites, c'est la confiance qui l'emporte, Margaret se saisit de la spatule avec assurance, la met dans sa bouche et la mordille avec plaisir en faisant des bruits. Elle commence par laisser tomber la spatule, pour la jeter ensuite, et pour recommencer à en jouer avec le plus grand plaisir, et en faisant plein de bruits tout en regardant sa maman et le docteur avec des yeux remplis de joie. Lentement, elle se désintéresse de la spatule pour aller à la découverte d'autres objets dans la salle. Elle s'intéresse surtout à une petite écuelle, découverte sur la table, joue avec, puis la laisse tomber à son tour. Après cela, elle manifeste son souhait d'être déposée par terre, ce qui est fait. Le docteur lui met également la spatule et l'écuelle par terre. Margaret a l'air d'être content de vivre. Elle regarde sa maman, elle regarde le docteur, joue avec ses orteils, avec la spatule avec l'écuelle, mais jamais avec plusieurs objets à la fois. À un moment donné, elle se saisit de l'écuelle et de la spatule en même temps, mais seulement pour jeter la spatule. Quand, comme auparavant, le docteur la lui ramène, elle commence par la prendre en main et pour finir l'utiliser en tapant dessus en faisant le plus de bruit possible. À la prochaine consultation, deux semaines plus tard, Margaret n'a plus fait de crises d'asthme. Et bien qu'elle reste toujours susceptible d'en refaire, même 21 mois plus tard, elle semble en avoir été épargnée. Note intéressante : la mère remarque que pendant cette période, son asthme à elle s'est déclaré de nouveau. Interprétation : La variation la plus fréquente par rapport à la 'situation normale' se situe au moment de l'hésitation. C'est ici que les avis des bébés semblent différer de la manière la plus importante. Ce n'est pas le cas de Margaret.

Une première observation de Winnicott, somme toute assez évidente, est que les spasmes bronchiaux qui vont de pair avec les moments d'hésitation ont un rapport intime avec l'angoisse. L'angoisse, quant à elle, naît des événements du monde intérieur. Ce qui fournirait une orientation de base pour une approche psychanalytique de la composante psychique de l'asthme. Le rapport entre angoisse et asthme n'est néanmoins qu'une hypothèse de travail. Il se pourrait, selon Winnicott, qu'en l'occurrence, il ne s'agisse que d'un simple hasard.

L'observation des enfants ne permet néanmoins jamais de dépasser les hypothèses explicatives. Ces hypothèses peuvent être émises avec plus ou moins de probabilité, mais ne correspondent jamais au degré plus grand de certitude qui peut être acquis par le biais du travail analytique avec les enfants. La limite des deux ou trois ans reste. On remarque en effet que ce stade pose souvent des problèmes jusqu'à l'âge adulte. Qui ne connaît ces personnes ou, pourquoi pas, ces moments chez nous-mêmes, où le naît le sentiment de ne plus supporter le groupe, de ne plus supporter d'être avec plusieurs personnes à la fois. Un dîner en tête-à-tête semble parfaitement agréable, mais dès qu'on est à plusieurs, rien ne va plus. Selon Winnicott, cette étape du développement se décide avant la fin de la première année. En dépend la capacité pour l'enfant de participer à la vie familiale, et plus tard à la vie sociale.

L'articulation de deux ou plusieurs personnes ajoute une complication supplémentaire aux réalisations de la position dépressive. Si la perlaboration de la position dépressive donne lieu à la synthèse de l'amour et de la haine en un seul objet, de l'ambivalence à l'égard d'une personne qui n'a plus, dès lors, besoin d'être clivée en une partie absolument bonne et une partie tout aussi méchante, l'articulation de plusieurs personnes multiplie le phénomène et l'effort psychique pour le mettre en œuvre.

L'envie, l'avidité, la jalousie, la haine, l'angoisse persécutrice et l'angoisse de la culpabilité se distribuent alors selon l'articulation des personnes. Est-il possible de prendre la spatule, de laisser libre cours à son avidité, sans que l'une des personnes ne s'en offense ou devienne persécutrice ? Est-ce que ce sera maman qui se fâchera ou le docteur ? Ce qui est en question, par exemple, est le partage du sein maternel. Si l'avidité est assumée avec trop de plaisir, il ne restera rien du sein pour papa ou la sœur ou le frère. Ce serait les priver, et dans une certaine mesure, les détruire. Nous retrouvons là une variante du « retour des mauvais objets » (Fairbairn), dans une situation devenue plus complexe. Ma satisfaction complète comporte en même temps l'attaque fantasmatisque d'autres personnes. Quand je suis vraiment bien avec maman, je tue mes frères et sœurs et mon père. Il s'agit d'une pensée fantasmatisque que l'on retrouve tout autant chez les adultes. « Je ne puis pas goûter au bonheur parfait, alors que parfois, je le ressens », entend-on dire parfois. « Si je vis ce bonheur, il m'arrive toujours toutes sortes de malheurs. » C'est notamment la personne aimée qui ne pourra plus me supporter. Donc : il ne faut pas montrer son bonheur, car ma copine, mon épouse ou mon copain ou mon époux ne supportent pas. Qui sait ? L'idée de la castration transfigurée en morale est peut-être née de fantasmes de ce type ? Je ne dois pas « transgresser », c'est-à-dire laisser libre cours à mon avidité, à mon envie, à ma jalousie ou à ma haine, parce que sinon, j'attaque les autres, et il m'arrivera toutes sortes de malheurs en retour. Il faut donc que je me retienne, que je me bride, que je ne fasse pas à autrui ce que ne n'aimerais pas ce qu'ils me fassent. Ainsi, la Loi de la castration rejoint en effet les principes de la charité chrétienne.

6. Considérations théoriques générales

Spatule et fantasmes

Le moment de l'hésitation accompagnée d'angoisse ne répond, en règle générale, pas à une crainte de la réaction de la mère. L'angoisse est bien une angoisse de conscience, elle est endogène. (Dans le cas normal, c'est-à-dire quand la mère n'intervient pas.) Et Winnicott de remarquer que dans ce cas, c'est une angoisse issue du surmoi. Ce qui signifie aussi que Winnicott reprend l'idée kleinienne du surmoi précoce, du surmoi qui précède de loin la situation œdipienne, telle que conçue par Freud.

Si ce n'est pas de l'attitude de la mère que naît l'angoisse, c'est de l'image de la mère réprobatrice, sévère, etc. Le lieu d'origine de l'angoisse, c'est-à-dire l'attente ou l'anticipation angoissée de la part du bébé, est à l'origine d'un conflit que l'on pourrait certainement appeler « conflit de conscience ».

Et si, à l'instar de Winnicott, nous adoptons la perspective kleinienne, la mère de l'angoisse du bébé n'est pas simplement le décalque de la mère réelle. Elle peut tout aussi bien représenter l'expérience réelle mélangée aux divers fantasmes (oraux, anaux) sadiques. Winnicott remarque que l'idée du fantasme de l'enfant ne plait pas à tout le monde, mais qu'il faut la supposer pour expliquer les phénomènes psychiques de cet âge. Le mélange d'expérience réelle et de fantasme se conçoit comme un mélange de représentations d'objets, de personnes réelles, et de parties de personnes. Le monde intérieur correspond à la configuration de ces objets et il existe en relation permanente avec le monde extérieur.

Winnicott soutient donc avec Mélanie Klein que les enfants, même ceux de 7 mois, ont des fantasmes. Ce qui distingue ces fantasmes de ceux des adultes, c'est que les premiers ne sont pas encore « attachés à des représentations de mots » [2]. Ils n'en sont pas moins riches de contenu et d'émotions et peuvent constituer le fondement sur lequel toute la vie fantasmatique subséquente est construite. Que représente la spatule dans ce jeu ? La première réponse serait que la spatule peut représenter le sein. Le fait que l'enfant la porte à sa bouche, la suce, la mordille pointe dans cette direction. Qu'en est-il alors, demande Winnicott, de l'idée qu'il s'agirait d'un symbole du pénis ?

La réponse paraît désarmante dans sa simplicité, et en dit long sur l'impact que peuvent avoir les belles théories sur la manière d'épeler les phénomènes. Pour l'enfant, il ne peut s'agir d'un pénis ou d'un phallus parce qu'à ce stade, l'enfant ne sait rien ou pas grand chose du pénis, de sa fonction et de sa signification. Qu'est-ce que le pénis pour un bébé de sept mois ? Peut-être tout au plus quelque chose qui a plus à voir avec papa qu'avec maman. Si donc l'on voulait absolument maintenir le symbole du pénis, on pourrait dire : voilà quelque chose comme un sein, le seul objet que l'enfant connaisse vraiment, mais qui est peut-être plus du côté de papa que de maman. On aurait sauvé la théorie, mais pas gagné grand chose dans l'explication du phénomène.

Par ailleurs, remarque Winnicott, ce que le garçon apprendra à connaître plus tard comme pénis, il l'attribue d'abord à la mère et au sein : le fait d'être vivant, la ponctualité des moments de nutrition, la fiabilité, peut-être le fait de se pointer sur le corps, de la posture en érection du corps, etc. Ce qui fait qu'en fin de compte, le pénis lui-même, avant d'être pénis à proprement parler, est perçu à partir de l'expérience du sein, et l'expérience du sein elle-même se compose d'une synthèse de perceptions, de fantasmes (eux-mêmes issus de perceptions et d'expériences sensibles mélangés à des « pensées inconscientes ») et de « cent autres choses qui relèvent de la mère et qui ne sont pas essentiellement elle-même. » [3] Sinon, la spatule peut représenter d'autres personnes. Freud l'avait montré avec un garçon de 18 mois, identifiant une bobine à sa mère : le regard permet d'intérioriser des personnes entières. Winnicott pense qu'il en est ainsi dès l'âge de 4 mois, soit le début de la position dépressive selon Mélanie Klein.

Sur ce point, une différence nette se fait sentir entre l'approche freudienne et l'approche lacanienne. Cette différence porte sur la fonction et la place du langage dans le psychisme. Pour résumer cette opposition en une formule concise : dans les approches freudiennes (Abraham, Ferenczi, Klein, Winnicott, Bion, etc.), le langage relève toujours des processus secondaires – conscients ou préconscients – alors que l'inconscient précède le langage et y reste étranger. Dans les approches lacaniennes, le langage est conçu comme le milieu essentiel du psychisme en général.

Du point de vue freudien, cet absolu du langage ne parvient jamais à saisir l'inconscient, mais se voit contraint de rester « en surface ». Du point de vue lacanien, Freud se serait trompé dans sa conception de l'inconscient en raison de ses partis pris « scientifiques » et parce qu'il n'aurait pas eu accès aux « bonnes » ou « vraies » conceptions du langage. Dans cette mesure, Winnicott semble donc résolument freudien.

Remarques sur les effets thérapeutiques du jeu

Le jeu des enfants de Winnicott semble d'abord assez simple. Il permet néanmoins une observation assez fine de l'enfant. D'un certain point de vue, on pourrait même y voir comme une avancée dans l'abord psychanalytique des enfants, peut-être un modèle que l'on pourrait varier, développer, etc. Quoi qu'il en soit, le jeu s'avère surtout utile pour l'observation de l'enfant.

Ce qui reste bien plus obscur, c'est l'idée de l'effet thérapeutique du jeu. Pourquoi, le fait de laisser jouer un bébé avec une spatule serait-il thérapeutique ? Winnicott, n'exagère-t-il pas en affirmant que cette observation est en même temps thérapeutique ? Comment s'opère la thérapie ?

La réponse de Winnicott est la suivante :

L'expérience de l'enfant, qui consiste à souhaiter prendre la spatule, à oser la prendre, à la prendre et puis à la rejeter, même à l'utiliser pour en faire un bruit d'enfer, a des effets si elle peut s'effectuer dans un environnement stable. Un environnement qui tient le coup, quoi qu'il en soit de l'avidité qui puisse s'y développer. C'est ce que Bion désignera plus tard de « contenant ». Or, la répétition de cette expérience est à la base de l'effet thérapeutique du jeu de la spatule. La répétition permet à l'enfant de gagner confiance en soi, dans l'environnement, c'est-à-dire dans les personnes adultes. En résulte un « sentiment général de sécurité ». Ce qui plus est, grâce à cet environnement stable et amical, les personnages du monde intérieur trouvent également la paix et la conviction qu'à l'intérieur, les choses peuvent être aussi stables qu'à l'extérieur. S'il faut en croire Winnicott, Les répercussions de cette expérience ne sont pas seulement psychiques, mais apportent également quelques améliorations sur le plan de la santé physique. La sécurité intérieure et l'assurance, la possibilité de vivre et d'élaborer les pulsions agressives transforme le jeu en une expérience active et stabilisante.

L'effet thérapeutique vient donc de la possibilité de « l'expérience complète », d'une expérience faite de bout en bout, et non pas interrompue par une quelconque nécessité de castration ou d'imposition des limites. (Sur ce point, Winnicott sait toutefois nuancer. Il ne s'agit pas pour lui de soutenir qu'il ne faut jamais et nulle part mettre des limites. Dans certaines situations, notamment dans le cas de tendances asociales et criminelles ou même schizo-phréniques, l'adulte qui impose des « limites » peut libérer l'enfant d'une excitation – positive ou négative – dépourvue de tout frein et qui menace provoquer les angoisses les plus importantes. Ici la limite sert de protection contre un déchaînement ou une décompensation fantasmatique.) L'astuce du jeu consiste dans cette idée : fournir à l'enfant un environnement où il peut s'adonner une « expérience complète ». C'est ce qui distingue fondamentalement la notion de l'environnement de celle du cadre, à proprement parler. Car le cadre se caractérise justement d'imposer des limites, des lignes à ne pas franchir. L'environnement rassurant de Winnicott, au contraire, se caractérise par la suppression de ces lignes. On pourrait penser que le cadre importe ses limites depuis un 'extérieur' – des convictions morales, religieuses, philosophiques ou simplement névrotiques – alors que l'environnement doit permettre à l'enfant de créer ou de découvrir et de suivre ses propres lignes. La différence entre le « faux soi » et le « vrai soi » s'annonce déjà. (Le faux soi résulte de la soumission passive aux injonctions extérieures. Il est aux antipodes de la créativité.)

La psychanalyse comme jeu de spatules

Sur ce point, il vient une idée à Winnicott (1941), qui s'avérera fondamentale pour son approche de la psychanalyse. La psychanalyse, remarque Winnicott en passant, ressemble au jeu de la spatule. L'analyste laisse le patient imposer sa vitesse, son rythme, le laisse même, autant que faire se peut, décider de ses allées et venues et s'en tient aux horaires qui ont été fixés. À partir de là, il lui fournit un environnement où des processus d'élaboration et de maturation peuvent se mettre en place, au prix parfois de profondes régressions. La différence est que, contrairement au jeu de la spatule,

l'analyste tente de saisir, dans le matériel que lui fournit le patient, ce qui se passe sur le plan de l'inconscient. Dans cette mesure – même si c'est parfois difficile à croire – le psychanalyste est plus actif que le pédiatre du jeu de la spatule, qui peut se satisfaire de fournir un environnement pour des expériences complètes. Et parfois, quand l'analyste parvient à voir derrière tous les détails du matériel, il fournit une interprétation qui ressemble au petit objet étincelant, et qui stimule l'avidité du patient.

Rien ne nous empêche d'ailleurs d'inverser la perspective. L'idée qu'acquiert l'analyse au fil d'une séance peut tout aussi bien représenter un bel objet étincelant pour lui-même, un objet devant lequel il peut hésiter, qu'il peut faire sien, et jeter, etc.

Bibliographie

D.W. Winnicott, *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London, Tavistock Publications, 1958; New York: Basic Books, 1958; London: Hogarth Press and the Inst. of Psa, 1975; London: Inst of Psa and Karnac Books, 1992. Brunner/ Mazel, 1992

D.W. Winnicott, *The Child, the Family and the Outside World* (1964), Harmondsworth: Penguin; Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1987

D.W. Winnicott, *Psychoanalytic Explorations*, London, Karnac Books; Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1989/1944,

[1] D.W. Winnicott, « Appetite and Emotional Disorder », dans *Collected Papers*, p. 34.

[2] D.W. Winnicott, *Collected Papers* [1958], London, Karnac Books, 1975, 2002, p.61: « The idea that infants have fantasies is not acceptable to everyone, but probably all of us who have analysed children at two years have found it necessary to postulate that an infant, even an infant of seven months [...] has fantasies. These are not yet attached to word-presentations, but they are full of content and rich in emotion, and it can be said that they provide the foundation on which all later fantasy life is built. »

[3] *Collected papers*. p. 64