

Les contributions originales de Winnicott à la clinique psychanalytique des adultes¹

Vincenzo Bonaminio

Via Nomentana 256, I-00162 Roma – vincenzo.bonaminiomail.com

Ce travail sur l'utilisation d'un objet est né de mon expérience clinique et se situe dans le droit-fil d'un développement bien à moi. Je ne saurais prétendre que d'autres m'ont suivi sur cette voie, mais je voudrais rendre le lecteur attentif à la séquence dont l'ordre me paraît inhérent à l'évolution de mon travail.

(D.W. Winnicott, 1975, p. 162)

Le développement de la pensée de Winnicott au cours de sa carrière, reflété dans son *œuvre*² considérable, montre une cohérence interne extraordinaire. Dans cet article je me focaliserai seulement sur ce que j'ai appelé « le Winnicott clinique ». J'entends par là ces aspects ou ces domaines de la pensée de Winnicott qui nous ont conduits à estimer que sa contribution clinique spécifique est habituellement négligée et insuffisamment valorisée par rapport au Winnicott qui a apporté d'énormes contributions à la théorie psychanalytique du développement (Abram, 1996) ou au Winnicott qui n'est pris en compte qu'à la lumière de sa théorie monumentale de l'espace transitionnel, concept qui a fait largement école.

En contraste avec ce qui est souligné dans la littérature, j'ai la conviction que la pensée et la pratique cliniques de Winnicott constituent le socle sur lequel l'auteur a construit sa théorie du développement du bébé en relation avec son environnement ainsi que ses contributions majeures sur la naissance et le développement du self et sur l'espace transitionnel. Le concept d'espace transitionnel est révolutionnaire non seulement parce qu'il élargit le champ de la clinique psychanalytique mais aussi parce Winnicott l'a « inventé » dans le but de localiser ces objets qui, dans la théorie de son époque, n'existaient pas parce qu'il n'y avait pas d'espace où les situer ou les apercevoir. Ces objets sont ce que Winnicott voit et interprète, alors que d'autres analystes, qui ne sont pas munis de sa théorie, ne peuvent pas les atteindre (Bollas, 2007).

En me centrant sur le travail clinique de Winnicott je ferai ici référence à ce que je considère comme une sorte de noyau génératif dans les idées de Winnicott, un « objet » crucial dans sa pensée clinique que l'auteur lui-même pourrait avoir méconnu, et qui a été mis en évidence et n'est devenu compréhensible que plus tardivement.

Nous pouvons considérer son article de 1945, « Le développement affectif primaire » comme une sorte de « plan directeur » implicite d'où part et se développe sa pensée clinique (ce thème a été initialement traité par Ogden, 2001).

Vers la fin de sa carrière – comme le montre l'épigraphe - Winnicott devint conscient de sa propre contribution à la genèse du mouvement appelé Groupe des Indépendants (Kohon, 1992 ; Giannakuolas, 2010), qui formaient un fort courant dans le flux de la psychanalyse

1 Article paru sous le titre : « Winnicott's Clinical Innovations in the Analysis of Adults ». *Int. J. Psychoanal* (2012) **93** : 1475-1485, traduit par Maria Hovagemyan-Odone, relu par Luc Magnenat ainsi que par l'auteur. A la demande de l'auteur, nous avons repris en traduction française le titre original de la version italienne. Dans le cadre de la rubrique « Controverses psychanalytiques » de *The International Journal of Psychoanalysis*, Rachel Blass (*Int J Psychoanal* (2012) **93** : 1439-1448) a demandé à plusieurs auteurs spécialistes de Winnicott s'ils considèrent que le travail clinique de Winnicott avec les adultes s'inscrit dans la suite de l'œuvre freudienne ou s'il s'agit en réalité d'une rupture avec la psychanalyse classique..

2 NdT: En français dans le texte.

britannique. Cette école de pensée avait pris le meilleur de la formidable révolution kleinienne des années quarante, mais avait par la suite placé au premier plan le patient avec ses besoins psychiques et l'état de son self.

À la première page du chapitre 3 de *Human Nature* (1988), dans une petite note qui semble juste ébauchée dans l'attente d'être développée et qui ressemble presque à un vers hermétique d'un poème de Montale³, Winnicott écrit : « Note à revoir : la psychanalyse commence avec le patient + → développer thème du processus de coopération inconsciente, croissance et usage de l'intimité, révélation de soi-même, surprise » (p.88). Ces termes (dont chacun mériterait d'être traité séparément) commencent déjà à décrire un horizon de conceptualisation clinique étrangère à la psychanalyse de l'époque.

En fait, le patient est pour Winnicott le point de départ de la psychanalyse : l'analyse est une entreprise pratique : s'il n'y a pas de patient il n'y a pas de psychanalyse. Puis il y a ce « + » qui exprime de façon péremptoire tout ce qui vient après – et ce qui vient après ce ne sont pas les pulsions, les relations, les fantasmes mais la coopération inconsciente, la croissance et l'usage de l'intimité. *Avons-nous déjà entendu ce langage avant Winnicott ?*

C'est dans cette perspective que nous pouvons situer Winnicott dans une conception de la psychanalyse qui, par l'intermédiaire du transfert, est essentiellement *une relation entre deux personnes*.

Ce que le patient déprimé demande à son analyste : l'utilisation du concept de dépression chez Winnicott

Bien que l'on puisse l'inscrire dans la lignée des œuvres pionnières de Freud et de Klein, la marque spécifique de Winnicott est évidente dans le style argumentatif de ses premiers écrits – un ton absolument personnel dans le choix de ses mots qui différencie rapidement sa discussion de la dépression de celle de Klein. Simultanément il est toutefois possible de distinguer un autre aspect original dans les réflexions de Winnicott sur la dépression ; un aspect qui chevauche le premier et s'entrelace avec lui, mais que, conceptuellement, nous devons différencier afin de saisir pleinement son sens intrinsèque. Je me réfère ici à l'accent que met Winnicott sur *l'essence de la relation psychanalytique elle-même*, c'est-à-dire sur la structure intime des formes « texturales » de cette relation. Ce point de vue peut surprendre et désorienter parce qu'il semble incongru dans le contexte évoqué. Winnicott écrit :

Dans le cas du déprimé, il faut que l'analyste comprenne que son travail est dans une certaine mesure l'effort qu'il fait pour faire face à sa dépression à lui, analyste, ou, devrais-je dire, à la culpabilité et à la peine qui résultent des éléments destructifs au sein de son amour à lui, analyste.

(Winnicott, 1945, p. 59)

Cette dense observation concentre en elle de nombreuses lignes de pensées qui ne seront articulées qu'ultérieurement. Ce qui nous frappe, ce sont tout d'abord les liens étroits que Winnicott établit entre travail psychanalytique et travail personnel de l'analyste. Il souligne ses efforts pour faire face à sa propre dépression et c'est dans l'écart entre cet effort et la tâche d'analyser que se trouve la réponse de l'analyste à la demande du patient⁴.

3 NdT : Eugenio Montale (1896-1981), poète italien, prix Nobel 1975, dont les écrits se caractérisent par leur style anti-idéaliste et parfois hermétique.

4 Dans une autre perspective, Ogden (2001) a été le premier à souligner cette incroyable observation de Winnicott.

La perspective winnicottienne effectue un virage à 180 degrés en regard de la perspective classique, jusque-là incontestée. Selon lui, l'analyse est possible seulement si l'analyste est capable d'élaborer sa propre dépression au cours de sa relation avec le patient. Il doit travailler à la résolution de ses propres conflits psychiques afin de créer à l'intérieur de lui-même un espace où recevoir le vécu dépressif du patient. L'analyse commence avec le patient mais, paradoxalement, c'est d'abord à l'analyste de créer un espace en lui-même pour permettre à l'analyse de commencer.

Cela signifie aussi que, en présence du patient, l'analyste doit ramener à la vie cet objet interne mort qui est la « mère déprimée » de l'analyste afin de pouvoir vivre la dépression de l'objet-mère interne du patient.

Chez Winnicott, cette conception originale de la dépression comme introjection d'un objet interne mort, la mère déprimée, est spécifiquement différente de celle de Freud et de Klein – à laquelle il fait toutefois référence. C'est une conception unique qu'il ne développera complètement que plus tard, d'abord dans son article « La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression » (1948), puis, de façon plus détaillée dans « De la communication et de la non-communication » (1963a).

Dès le départ, dit Winnicott, c'est la réponse de l'analyste qui fait la différence dans la manière dont la dépression du patient se développe, se transforme et s'élabore (Bonaminio, 2008). Cette première intuition implicite se développe et trouve sa pleine expression dans l'article « L'usage de l'objet », où Winnicott déclare explicitement que c'est la réalité de l'analyste qui fait la différence : c'est en survivant aux attaques du patient que l'analyste devient un « objet objectif » et non en étant le réceptacle des identifications projectives attaquant le patient. Il faut noter ici qu'à ce stade du développement de ses idées, l'usage (très limité) que fait Winnicott du concept d'identification projective, est complètement différent de celui, (sur)extensif, fait par les Kleinien.

C'est la réponse de l'analyste, c'est-à-dire son effort pour être réel et vivant pour le patient, qui donne son empreinte unique à l'analyse de la dépression et ce également sur le plan technique.

Le concept de dépression de Winnicott dans le cadre de sa théorie du faux-self

Dans son article de 1948 « La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression », Winnicott a décrit la « fausse réparation » que nous rencontrons dans la pratique clinique : *fausse* parce qu'elle n'est pas spécifiquement liée à la culpabilité du patient, mais se réfère à un autre sujet. Ce concept qui s'avère radical lorsqu'il est comparé à la notion kleinienne de réparation, détermine ses découvertes cliniques sur la dissociation en relation avec le faux-self (1960b).

Au début de son article de 1948, Winnicott observe que « cette fausse réparation se manifeste au travers de l'identification du patient à sa mère, et le trait dominant n'en est pas la culpabilité du patient, mais la défense organisée par la mère contre sa dépression et contre sa culpabilité inconsciente personnelle ». Plus loin il note :

...la dépression chez l'enfant peut être le reflet de celle de la mère. Il se sert de la dépression de la mère pour échapper à la sienne propre, opérant ainsi une réparation et une restauration fausses qui sont en rapport avec la mère, et compromettant le développement de la capacité personnelle de restitution...

(Winnicott, 1948, p. 85)

Avec ces considérations, Winnicott commence à décrire, au sein du self, le travail psychique mené pour le compte d'un autre au moyen du processus d'identification. L'échelle de ce travail varie grandement mais peut aller jusqu'à l'occupation du self par l'autre.

Vers une nouvelle signification du travail d'interprétation

Dans un surprenant article de 1959 intitulé mystérieusement « Rien au centre », Winnicott donne une image saisissante de son travail clinique – une évocation vivante de sa manière de fantasmer et d'élaborer le matériel clinique :

L'évènement qui se produisit eut lieu après une interprétation. (...) J'interprétais que si rien ne se produisait qui lui permît de réagir, elle se retrouvait alors au centre d'elle-même où elle savait qu'il n'y avait rien. Je dis que ce néant au centre était son immense faim. (...) Ce n'était pourtant pas la première interprétation dans ce sens, mais à peine en eut-elle vu la direction qu'elle tomba dans un sommeil de plomb et resta endormie vingt minutes. Lorsqu'elle se réveilla et s'impacienta de s'être endormie et d'avoir raté la séance, je recommençai l'interprétation, sur quoi elle replongea soudainement dans un nouveau sommeil où elle demeura jusqu'à la fin de la séance. A son réveil, elle dit : « J'ai été collée au divan ». (...) Cette patiente s'endort souvent. Mais cette fois ce sommeil a une nouvelle qualité... Je considérais que le sommeil consistait en une forme particulière de résistance à l'interprétation. L'essence de l'interprétation était qu'il existe un self dissocié qui est un néant ; rien d'autre qu'un vide... C'était la première fois en quatre ans d'analyse qu'elle et moi avons trouvé ensemble une affirmation satisfaisante à propos de son vrai self et, concomitamment, de son appétit.

(Winnicott, 1959, p 57-58)

Ce passage offre un exemple in vivo de l'oscillation entre la communication et la non communication du patient dans l'ici et maintenant de la séance (Bonaminio, 2001). Il illustre aussi la capacité de l'analyste à se laisser aller, à tolérer de flotter, sans forcer le patient à communiquer mais en conservant par ailleurs son altérité.

En faisant de la psychanalyse, mon but est de:

Rester vivant;

Rester en bonne condition;

Rester éveillé.

Je vise à être moi-même et à me comporter comme il faut.

(1962, p. 133)

Ici, dans un article dont le titre classiquement technique est « Les visées du traitement psychanalytique », l'auteur commence de manière plutôt provocatrice. Il parle de lui-même et se réfère à ce qui n'est *pas* technique, mais au contraire très personnel, c'est-à-dire à la matrice de ce qu'est « être » avec le patient dans la séance.

Chose intéressante, la recommandation bien connue de Bion (1967) à l'analyste d'être « sans désir ni mémoire » est, à l'instar de la déclaration de Winnicott, tout sauf « technique ». Comme Winnicott, Bion met l'accent non sur une stratégie technique mais sur la position souhaitable de l'analyste en consultation, une position qui lui permet d'être à la fois avec lui-même et avec son patient.

Il est important de souligner une différence importante entre les positions de Winnicott et de Bion. Là où Bion se focalise sur le fonctionnement mental de l'analyste, c'est d'abord sur l'intégrité psyché-soma de l'analyste que Winnicott attire notre attention. L'activité de *pensée* est évoquée par l'image de Bion ; même lorsque l'analyste suspend sa pensée, c'est un analyste qui pense qui est convoqué par la lecture de Bion. Alors que l'analyste décrit par Winnicott nous le voyons avant tout *respirer*. Pour Winnicott l'esprit est une défense organisée, une pseudo-intégration qui remplace et essaie de maintenir une intégration somato-psychique vacillante ; il protège le self de la désintégration, du morcellement.

Ici Winnicott parle d'un analyste vivant, capable d'éprouver du désir pour ce que l'analysant apporte en séance et de se souvenir de ce qu'il a apporté dans le passé : un analyste avec un

appétit émotionnel pour le matériel clinique et qui se montre présent, comme nous le voyons dans son article non daté « Question de technique⁵ ».

À la suite de la tradition kleinienne, l'attention première de Bion porte sur les différentes parties de la personnalité et sur les objets internes. Inversement, Winnicott se concentre principalement sur la totalité du self avec ses oscillations entre non-intégration et intégration-personnalisation. Cette différence de « vertices » d'observation est non seulement mise en évidence par le contenu de la réflexion de ces deux auteurs mais aussi par leurs choix grammaticaux, comme leur usage opposé du « quoi » et du « qui » pour caractériser le discours psychanalytique.

« Contenant » et « holding » sont deux autres termes caractéristiques qui résument les points de vue spécifiques de Bion et Winnicott. Un contenant (c'est à partir de ce mot que Bion a construit le terme « contenance ») est une chose, un objet qui remplit la fonction qui correspondrait à encercler ou rassembler. Alors que « holding » se réfère à une posture corporelle qui, une fois encore, nous montre l'attention prévalente portée par Winnicott à la matrice psychosomatique.

La « fonction onirique » impliquée dans la description merveilleusement évocatrice de la rêverie maternelle se réfère à des opérations mentales qui sont des activités de pensée. La « préoccupation maternelle primaire » (1956) est généralement considérée, à mon avis à tort, comme la contrepartie à ce concept bionien ; elle évoque avant tout la respiration de la mère lorsqu'elle veille sur son enfant endormi et implique davantage une dimension affective, corporelle. Ici nous trouvons une autre expression de ce que privilégie Winnicott lorsqu'il parle de « rester vivant, rester en bonne condition, rester réveillé ».

Ainsi, comme indiqué, « holding » et « contenant » décrivent des fonctions et des processus différents.

La différence entre régression et repli

Dans le passage tiré de « Rien au centre », il existe d'autres éléments intéressants qui touchent à la fois à l'interprétation et à la question de la défense maniaque.

« J'interprétais que si rien ne se produisait qui lui permît de réagir, elle se retrouvait alors au centre d'elle-même où elle savait qu'il n'y avait rien » (1959/2000, p 57). Ici, l'interprétation de Winnicott est claire et précise, sans ménagements, et l'espace créé et dans lequel l'interprétation peut prendre place fonctionne comme l'élément « transitionnel ». De plus l'interprétation contient deux éléments significatifs.

Il y a d'abord l'analyse de la défense : « si rien ne se produisait qui lui permît de réagir ». Le concept winnicottien de la réaction à l'empiètement de l'environnement est présent en arrière-fond, mais ce passage se sert également d'éléments cliniques pour donner à voir *in vivo* comment fonctionne la théorie de Winnicott sur l'empiètement. Ensuite il y a une affirmation courageuse et directe sur le « vide » à l'intérieur de la patiente : « au centre » il n'y a « rien ». Paradoxalement cette interprétation donne à la patiente la sensation d'un self qui est d'une certaine manière « plein » puisqu'il transmet quelque chose d'important ; en effet, comme la patiente et l'analyste ont « trouvé ensemble une description satisfaisante de son vrai self et en même temps de son appétit », elle éprouve la plénitude de son self. L'interprétation est « satisfaisante » parce qu'elle a satisfait l'appétit de la patiente et l'a remplie. Le vide interne peut commencer à se transformer en une présence du fait qu'il est ressenti au lieu d'être dénié de façon maniaque. L'interprétation est également satisfaisante parce qu'elle satisfait l'appétit

5 NdT : In : *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard 2000.

de l'analyste Winnicott, c'est-à-dire son désir de donner à l'analysant une nourriture réellement significative.

Ce que l'analyste et la patiente ont « trouvé ensemble » (1959/2000) prend vie dans l'interprétation de l'analyste. Ce qui se déploie est le partage d'une « expérience illusoire » (1951/1975, p. 30) qui reste à la fois l'expérience privée et individuelle de l'analysant. Comme Winnicott le décrit dans son article de 1959, c'est dans le sommeil dans lequel plonge le patient, sommeil qui, comme le souligne Winnicott, a « une nouvelle qualité » et « représente un type particulier de résistance à l'interprétation », qu'il est possible d'identifier la face privée du vide qui est dénié par la défense maniaque. Dans cette situation clinique, le sommeil au cours de la séance devient une forme de repli clinique, une sorte d'indépendance pathologique. Grâce à la relation avec l'analyste et la capacité de ce dernier à comprendre et à tolérer ce sommeil, ce qui implique notamment de ne pas l'interpréter tout de suite comme une attaque ou un retrait du travail analytique, le sommeil devient une régression vers la dépendance.

Winnicott développe ce thème dans son article « Notes sur le repli et la régression » (1965/2000) :

Le mot juste pour la séance du mercredi était: repli (...) Avec cette patiente il est extrêmement important que je comprenne la différence entre régression et repli. Cliniquement les deux états sont pour ainsi dire identiques. On verra cependant que la différence est très grande. Dans la régression, il y a la dépendance ; dans le repli, il y a une indépendance pathologique. J'ai appris, à l'école de cette cure, que je fais bien d'autoriser le repli (...)

(p.69)

Dans « Les formes cliniques du transfert » (1956), Winnicott a déjà commencé à passer en revue cette thématique :

Dans ces phases du travail analytique, ce qu'on appellerait une résistance dans le travail avec un névrosé indique toujours que l'analyste a fait une erreur ou qu'il a commis quelque part une erreur d'attitude : en réalité, la résistance demeure jusqu'à ce que l'analyste découvre cette faute, essaye de l'expliquer, pour finir par s'en servir comme moyen thérapeutique (...) C'est ici que nous comprenons le sens de l'affirmation que toute analyse ratée est un fiasco non du patient mais de l'analyste (...) l'analyste se trouve ainsi dans l'obligation de chercher ses erreurs dès qu'apparaissent les résistances.

(p.283-284)

Pour revenir à la différence entre repli et régression, Winnicott discrimine ces deux phénomènes en se basant sur la fonction de l'analyste et notamment sa capacité à tolérer la résistance du patient. Ceci permet d'identifier précisément le lieu de l'expérience du patient qui fait écho à un échec de la part de l'analyste. Plus généralement, l'erreur de l'analyste peut être considérée comme un échec du holding de l'environnement précoce.

Ce qui est crucial ici est la distinction entre la *mère-objet* et la *mère-environnement* (1963b, p. 34-35). Ceci est important non seulement pour la théorie du développement du bébé mais avant tout pour ses implications techniques. Plus précisément les notions de *mère-objet* et de *mère-environnement* sont liées aux concepts winnicottiens d'*objet subjectif* et d'*objet objectif* qu'il introduit dans « La haine dans le contre-transfert » (1947) ; cette théorisation sera développée ultérieurement dans « L'utilisation de l'objet » (1969) que je discuterai plus loin.

Le commentaire suivant est particulièrement éclairant d'un point de vue technique :

Je dirais que lors d'un état de retrait le patient maintient le *self*, mais si l'analyste se montre capable de maintenir le patient dès que cet état apparaît, il y a régression, là où autrement il n'y aurait eu que repli. Une *régression* a l'avantage d'offrir l'occasion de corriger une adaptation aux besoins qui a été inadéquate dans le passé (...) Par contre l'état de *repli* n'est pas profitable, et lorsque le malade sort de l'état de repli, il n'est pas changé.

Une « affirmation très simple au sujet de l'interprétation »

L'interprétation de l'article de 1959 est maintenant plus claire : après l'interprétation par Winnicott de la défense maniaque par laquelle la patiente conservait un self dissocié, un self qui était « rien », l'état de sommeil indique le moment auquel le repli se *transforme* en régression. La situation clinique montre un patient qui dort et un analyste, Winnicott, qui « rêve » une interprétation au sujet du patient. Nous sommes confronté à un paradoxe génératif dans lequel un phénomène individuel, le repli défensif, est transformé dans un état défini par la contribution de l'analyste à une relation dans laquelle le patient est peu ou prou régressé et dépendant.

La situation psychanalytique est un lieu paradoxal où la relation intrapsychique entre le sommeil d'un côté, et le « rêve-comme-gardien-du-sommeil » de l'autre, évolue en une relation intersubjective dans laquelle chacun des participants assure une part de l'opération totale.

La nouvelle qualité de ce sommeil, (c'est cette prise de conscience qui transforme le repli en régression), a fait précédemment l'objet d'une « rêverie » par Winnicott, notamment lorsque la patiente dit qu'elle s'est sentie « collée au divan » (1959). Comme le rêve, la rêverie est enracinée dans les sensations somatiques et la manière de les ressentir, c'est-à-dire dans l'attention géniale de Winnicott pour la « matrice psychosomatique ».

La rêverie et la réflexion de Winnicott sont bien plus en relation avec le sentiment de la patiente d'être collée au divan qu'avec la simple interprétation de la situation. Lorsqu'il commente que le sentiment de la patiente est une « forme de résistance particulière à l'interprétation », il nous permet de saisir *in vivo* sa conception de l'interprétation psychanalytique qu'il élabore comme suit : « Il est de plus en plus évident qu'un des buts de l'interprétation est de marquer les limites de la compréhension de l'analyste » (1963c, p 65). Les limites de la compréhension incomplète de l'analyste (tellement incomplète qu'elle génère « une forme particulière de résistance »), devient, à ce moment précis, les limites somatiques du patient : dans sa manière de se sentir « collée au divan », elle a trouvé la limite de son omnipotence maniaque.

Chaque fois que Winnicott propose une interprétation au patient il semble conscient que l'aspect central de cette proposition n'est pas la révélation d'un fantasme inconscient qui aurait été perdu et d'une certaine manière enseveli à l'intérieur du patient. Au contraire, l'interprétation est un énoncé comportant un état de lieux du self du patient, un « élargissement » de la signification émotionnelle et relationnelle que l'interprétation génère chez le patient. Celui-ci, à son tour, les renvoie à l'analyste dans un processus de circularité sémantique (Bonaminio, 1993). Ceci est clairement énoncé dans « Interprétation en psychanalyse » :

La raison de l'interprétation doit répondre au sentiment qu'a l'analyste qu'une communication a été faite et qu'il faut la reconnaître (...) Renvoyer une interprétation donne au patient l'occasion de corriger les malentendus.

(1968, p.77-78)

Plus loin dans le même article Winnicott nous surprend en disant : « Le principe que je suis en train d'énoncer ici, c'est que l'analyste reflète ce que le patient a communiqué. Cet énoncé très simple relatif à l'interprétation peut être important du fait même qu'il est simple (...) »

6 C'est Winnicott qui souligne.

(1968, p 78). Dans l'expression « reflète », le paradoxe de la découverte du self à travers l'objet trouve son point virtuel de réfraction dans une interprétation « qui doit répondre au sentiment qu'a l'analyste qu'une communication a été faite et qu'il faut la reconnaître », comme le dit Winnicott (p 77).

Dans sa description d'une dialectique croisée dans le cabinet de consultation, ce qui vient à l'esprit, c'est naturellement son article sur le « rôle-miroir » de la mère (1967). « Que voit le bébé lorsqu'il tourne son regard vers le visage de sa mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » (p 205).

Dans la référence winnicottienne au « rôle de la mère de refléter à son bébé son propre self », sa conception de son rôle de reflet est très proche de celle qu'il décrit vis-à-vis du patient. Ainsi, le rôle de miroir de la mère constituerait une « matrice » métaphorique de toute la relation psychanalytique et de la fonction de l'interprétation.

Winnicott poursuit :

Ce coup d'œil sur le bébé et sur l'enfant qui voient leur soi d'abord dans le visage de la mère, puis dans le miroir, indique une voie permettant d'envisager sous un certain angle l'analyse et la tâche thérapeutique. La psychothérapie ne consiste pas à donner des interprétations astucieuses et en finesse ; à tout prendre, ce dont il s'agit, c'est de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte.

(1967, p. 213)

L'article de Winnicott sur l'interprétation n'élucide pas seulement l'articulation dialectique entre soi-même et l'autre à travers la référence à la fonction de l'analyste qui réfléchit au patient ce que ce dernier lui a communiqué. Nous pouvons ici discerner le déploiement d'une théorie clinique détaillée qui éclaire la fonction de l'interprétation dans le fragment d'analyse du patient décrit dans « Rien au centre ». Winnicott écrit :

(...) le patient peut être en train de donner à l'analyste une parcelle de vérité, c'est-à-dire de quelque chose qui est absolument vrai pour le patient : mais lorsque l'analyste le lui renvoie, l'interprétation est reçue par le patient qui a déjà émergé dans une certaine mesure de ce champ limité ou de cet état de dissociation.

(1968, p. 79)

Ici, la conception winnicottienne de la dissociation pathologique s'inscrit dans la trame très intime de la relation analytique ; ce qui appartient à un patient donné s'insère dans la relation formée par le *couple* de l'analyste et du patient. Néanmoins, exactement à ce moment, le patient « a déjà émergé dans une certaine mesure de ce champ limité ou de cet état de dissociation » (1968, p. 79). Je vois ici une version winnicottienne générative de la fameuse citation de Freud : « Wo Es war, soll Ich werden ».

Les développements psychanalytiques ultérieurs de Winnicott

L'article de Winnicott « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications » (1969) commence de façon provocante et révolutionnaire ainsi : « C'est l'idée d'utilisation d'un objet que j'avancerai dans ce chapitre. Le sujet connexe, la relation aux objets, me paraît avoir déjà retenu toute notre attention ; » (p. 162). C'est ici que Winnicott explicite la distinction qu'il fait entre un « objet subjectif » et un « objet objectif ». Winnicott introduit un *distinguo* peu mentionné dans l'œuvre d'autres auteurs et qui a parfois été l'objet de malentendus. Dans son article initialement présenté en 1968, il écrit :

Ce que j'ai à dire ici est extrêmement simple (...) Ce n'est que depuis ces dernières années que je suis capable d'attendre et d'attendre encore l'évolution naturelle du transfert que suscite l'accroissement de

la confiance du patient à l'égard de la technique et du cadre psychanalytiques, et aussi le souci d'éviter la rupture de ce processus naturel en faisant des interprétations (...) Je suis consterné quand je pense aux changements profonds que j'ai empêchés ou retardés chez des patients appartenant à une *certaine catégorie*⁷ par mon besoin personnel d'interpréter. Quand nous nous montrons capables d'attendre, le patient parvient alors à comprendre de manière créative, avec un plaisir intense. Et moi, maintenant, je prends du plaisir à ce plaisir plus que je n'en prenais à m'être montré intelligent.

(1968, p. 163)

Chaque phrase de cette citation pourrait être discutée en profondeur. Je ne m'attarderai que sur les points suivants :

- ≡ De manière cliniquement utile, Winnicott différencie les notions d' « interpréter » et de « faire une interprétation ». Là où la première est une forme spécifique d'activité intrapsychique de l'analyste, la deuxième constitue un commentaire verbal interprétatif adressé à l'analysant.
- ≡ L'issue positive du traitement dépend de façon cruciale de la capacité de l'analyste à attendre l'évolution naturelle du transfert qui, à son tour, ne peut naître que de la confiance de l'analysant dans la technique et dans le cadre psychanalytique.
- ≡ Winnicott nous met en garde au sujet des interprétations qui risqueraient d'interrompre un processus naturel. En effet le patient pourrait le vivre de façon traumatique si l'analyste manque de sensibilité (il n'est pas capable de discriminer *quoi* interpréter), de tact (pour savoir *comment* interpréter) ou d'à-propos (pour savoir *quand* interpréter).
- ≡ Remarquons le commentaire de Winnicott au sujet « des changements profonds » qui ont été « empêchés ou retardés » par « le besoin personnel d'interpréter » de l'analyste, c'est-à-dire par son propre narcissisme.

Puis Winnicott énonce l'affirmation fondatrice mentionnée précédemment. Il écrit :

Je pense que j'interprète surtout pour faire connaître au patient les limites de ma compréhension. Le principe est le suivant : c'est le patient, et le patient seul qui détient les réponses.

(1969 p.163)

Dans cette conception de l'interprétation, l'analyste abandonne tout semblant de connaissance omnipotente des sentiments, pulsions et désirs inconscients du patient. Au lieu de cela, l'analyste reconnaît les limites de sa compréhension et se présente au patient comme un objet réel que ce dernier peut utiliser pour son propre bénéfice.

Cela soulève des questions sur la nature de l'objet. Certains auteurs pensent que le cœur du problème traité par Winnicott dans son article de 1969 sur « l'utilisation de l'objet » est la question de l'introjection d'un objet qui survit de pair avec un objet qui ne survit pas. À mon avis, cet aspect suit une étape plus importante qui, elle, précède l'introjection. C'est à dire que Winnicott essaye d'élargir la conception du sujet par rapport à l'objet selon un parcours commencé en décrivant, déjà en 1942, la portée subjectivante de la période « d'hésitation ». Pour Winnicott, l'objet ici n'est pas seulement « l'objet interne » créé comme résultat des projections du bébé/patient, mais il est un objet réel, ce qui ne veut pas dire externe.

L'objet réel se définit par sa capacité à survivre aux attaques. Survivre aux attaques ne signifie pas simplement survivre, mais implique aussi que l'objet peut avoir été blessé par cette attaque. Il est toutefois capable d'y survivre. C'est cette dynamique qui rendra au bébé/patient en analyse le sentiment que l'objet qui survit est réel, dur, solide, capable de résister, qu'il est quelque chose contre quoi son omnipotence se brise et tombe.

En conclusion, dans cet article j'ai essayé de montrer que le travail de Winnicott avec les adultes a servi de loupe à travers laquelle il s'est trouvé en mesure de comprendre le développement précoce du self et ses altérations. Ceci s'inscrit en faux contre la croyance commune que c'est sa théorie pédiatrique révolutionnaire des relations entre le bébé et son environnement qui ont influencé le travail clinique de Winnicott.

7 L'italique est de Winnicott.

Bibliographie

- Abram J. (1996). *The Language of Winnicott*. London:Karnac
- Bion W.R. (1967). Notes sur la mémoire et le désir. *Forum psychanalytique*, vol II, n°3, pp 271-280.
- Bollas C. (2007). *Le Moment freudien*. Paris : Ithaque 2011
- Bonaminio V. (1993). Del non interpretare: alcuni spunti per una rivisitazione del contributo di M. Balint e due frammenti clinici [De la non-interprétation: notes préliminaires pour revisiter la contribution de M. Balint avec deux fragments cliniques]. *Rivista di psicoanalisi*, **39** :453-477.
- Bonaminio V. (2001). Through Winnicott to Winnicott. [Par Winnicott à Winnicott.] In: *Squiggles and Spaces: Volume 1, revisiting the work of D.W. Winnicott*. [Squiggles et espaces: volume 1, Revisiter l'oeuvre de D. W. Winnicott]. London/Philadelphia, PA; Whurr Publishers.
- Bonaminio V. (2008). The person of the analyst. [La personne de l'analyste.] *Psychanal. Q.*, **77**:1105-1146
- Freud S. (1933). Nouvelle suite des conférences d'introduction à la psychanalyse. *Œuvres complètes. Tome XIX*. Paris : PUF, 1995
- Giannakuolas A. (2010). La tradizione psicoanalitica Britannica indipendente [La tradition psychanalytique britannique indépendante]. Rome: Borla
- Kohon G. (1992). *The British School of Psychoanalysis: The Independent Tradition*. London: Free Association Books
- Winnicott D.W. (1945). Le développement affectif primaire. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot 1969
- Winnicott D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot 1969
- Winnicott D.W. (1948). La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot 1969
- Winnicott D.W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In : *Jeu et Réalité*. Paris : Gallimard 1975
- Winnicott D.W. (1954). Repli et régression. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot 1969
- Winnicott D.W. (1956). Les formes cliniques du transfert. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot 1969
- Winnicott D.W. (1959). Rien au centre. In : *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard 2000
- Winnicott D.W. (1962). Les visées du traitement psychanalytique I. In: *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris: Payot 1970
- Winnicott D.W. (1963a). De la communication et de la non-communication. In : *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris : Payot 1970
- Winnicott D.W. (1963b). Elaboration de la capacité de sollicitude. In : *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris : Payot 1970
- Winnicott D.W. (1963c). Deux notes sur l'usage du silence. In : *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard 2000
- Winnicott D.W. (1965). Notes sur le repli et la régression. In : *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard 2000
- Winnicott D.W. (1967). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In : *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard 1975
- Winnicott D.W. (1968). L'interprétation en psychanalyse. In : *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard 2000
- Winnicott D.W. (1969). L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications. In : *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard 1975

