

Les conceptualisations du corps dans les travaux de D.W. Winnicott, et leurs prolongements
dans les travaux de R. Roussillon

Introduction

Winnicott était et est resté tout au long de sa carrière professionnelle un pédiatre, et, même alors qu'il était un psychanalyste très reconnu, il continuait à recevoir des enfants dans une pratique de consultation. Diplômé en médecine en 1920, il occupe divers postes non spécifiquement pédiatriques avant d'être nommé en 1923 à Paddington Green Children's Hospital¹, où il restera jusqu'à sa retraite en 1963. Son premier livre, paru en 1931, *Clinical notes on disorders of childhood*, traite de troubles pédiatriques courants et est destiné aux médecins généralistes. Tout au long de sa carrière, Winnicott a dû voir plusieurs milliers d'enfants. C'est à partir de ses observations cliniques d'enfants « tout-venant », de son expérience des enfants placés, acquise au cours de la seconde guerre mondiale, autant que de ses analyses d'enfants et d'adultes – notamment borderline et psychotiques -, qu'il a élaboré ses théories du développement psychique.

Chronologie de sa formation psychanalytique

Winnicott entreprend une analyse en 1923, à l'âge de 27 ans, en même temps qu'il est engagé dans trois services hospitaliers à Londres (dont Paddington Green Children's Hospital, qu'il ne quittera qu'à sa retraite en 1963) et se marie avec Alica Taylor.

Adressé par Jones à James Strachey. Il commence la formation à la British Society en 1927, termine son analyse avec Strachey en 1933, et fait en 1935 un exposé sur *La défense*

¹ C'est cette même année qu'il épouse sa première femme, Alice Taylor, et décide d'entreprendre sa première analyse (avec J. Strachey)

maniaque qui lui permet de devenir « full member » de la British Society (pour plus de détails concernant la vie et l'œuvre de Winnicott, cf. Rodman, 2004²). En supervision chez M. Klein, il reprend une analyse en 1936 avec Joan Riviere (aucun de ses deux analystes n'était médecin, J. Riviere n'avait pas fait d'études universitaires) ; celle-ci avait présenté en 1935 son travail sur la réaction thérapeutique négative. Elle se poursuivra jusque vers 1941-1942, dans des conditions rendues difficiles tant par la guerre que par la mauvaise santé de J. Riviere.

Au cours des dix années suivant son exposé de 1935, son seul exposé dans le cadre de la Société britannique de psychanalyse fut *L'observation des jeunes enfants dans une situation établie*, en 1941. Cet article est une parfaite illustration de la manière dont la construction théorique de Winnicott est en prise directe avec ses observations très fines du comportement de l'enfant et de ses interactions. En cela, il est plus proche de la démarche d'Anna Freud, observant les enfants dès l'âge de 6 mois dans les crèches dont elle s'occupait avec sa compagne Dorothy Burlingham, que de Mélanie Klein qui construisait ses théories du développement précoce en extrapolant à partir du matériel de ses analyses d'enfants et adultes.

Cette période de dix années de silence relatif, de 1935 à 1945, a probablement été nécessaire à Winnicott pour développer suffisamment ses propres idées avant de les soumettre à l'épreuve de l'institution. C'est ainsi que peut être entendu ce passage de la lettre qu'il adresse en janvier 1940 à sa collègue K. Friedlander³: « *il n'y a rien de nouveau dans le fait que les gens ont des opinions qu'ils doivent avancer et qu'ils ne peuvent pas discuter* ». Au cours de ces dix années, il met à l'épreuve de sa clinique les avancées théoriques kleinienne, en prenant en traitement psychanalytique une douzaine d'adultes psychotiques.

Et en novembre 1945, après la fin de la guerre et un an après la fin des Controverses entre M. Klein et A. Freud qui ont déchiré la Société Britannique de Psychanalyse, lorsqu'il

² *Winnicott, sa vie, son œuvre*. Erès, Toulouse, 2008

³ *Lettres vives* (1987). Gallimard, Paris, 1989

présente devant cette Société son travail intitulé *Le développement affectif primaire*, il introduit d'un seul coup, comme le souligne à juste titre J-P. Lehmann⁴ (2009), la plupart des concepts qu'il développera dans ses travaux ultérieurs. Outre les grands axes du développement précoce, il aborde dans cet article le concept de Self, celui de l'illusion, et la notion d'une période « sans pitié » (« ruthlessness »), avant la période de sollicitude pour l'objet (« pre-concern »), mais aussi ses conceptions des principaux champs des traitements psychanalytiques et de leurs implications au niveau de la technique analytique. Comme il l'écrit lui-même, il s'agit d' « *un exposé préliminaire très personnel, analogue au chapitre d'introduction d'un livre* »⁵

Toute tentative de synthèse des théories de Winnicott se heurte à la fois à son allergie aux systèmes (dont il fera un des axes majeurs de sa critique du mouvement kleinien) et à son mode de pensée, aussi peu enclin à la définition des concepts que peu sensible aux contradictions et aux imprécisions qu'il semble cultiver à dessein.

Par rapport au thème du corps, je vais donc vous proposer un parcours de l'œuvre de Winnicott, qui part de cet « article-programme » de 1945, *Le développement affectif primaire*, jusqu'à l'article de 1970, *Le corps et le self*, en passant par deux articles, essentiels pour notre propos qu'il écrit en 1949, *Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse* et *L'esprit et ses rapports avec le psyche-soma*. Un autre article, daté de 1964, que je n'ai pas pu me procurer, *Les aspects positifs et négatifs de la maladie psychosomatique*, est paru en français en 1969 dans la Revue de Médecine psychosomatique.

La question du corps chez Winnicott est, comme nous le verrons, étroitement liée à celle de la constitution du Self, mais elle est également en rapport étroit avec ses élaborations sur le rêve d'une part, et sur la technique du *squiggle*, d'autre part. Concernant le rêve, je

⁴ *op. cité*

⁵ Rodman (2004) relève que cet article de « début », outre qu'il ouvre la période de l'après-guerre, est également contemporain du début de la liaison de Winnicott avec celle qui allait, après la mort de son père en 1948, le divorce de sa seconde épouse Alice Taylor et deux infarctus en 1949, devenir sa deuxième épouse en 1952.

reprendrai notamment celui qu'il décrit dans l'article de *La haine dans le contre-transfert*. Pour le *squiggle*, toutes les observations reprises dans *La consultation thérapeutique et l'enfant*, publié en 1971, sont instructives.

Le corps du bébé et les soins maternels comme fondements du développement de l'individu

Dans *Le développement affectif* primaire, Winnicott décrit le développement précoce comme occupé par trois processus principaux :

- l'intégration (qui mène à la constitution d'une perception unitaire du Self),
- la personnalisation (le fait que le Self soit situé à l'intérieur du corps du bébé),
- et la réalisation (le fait de se ressentir, et de ressentir le monde, comme réels).

Winnicott souligne que ces processus résultent de la conjonction des soins maternels⁶ et des expériences pulsionnelles propres au bébé⁷.

Plusieurs autres remarques sont importantes :

- ces processus s'établissent avec une importante variabilité dans le temps : « *si un nourrisson de trois mois, ou même de deux mois ou moins, atteignait le stade de développement qu'il est commode dans une description générale de placer à cinq mois, il n'y aurait pas de mal* » ;
- partant d'un état de non-intégration, le bébé expérimente des successions d'états différents, sans être en mesure au début de concevoir une continuité de son *self* entre ces différents états, ce que Winnicott qualifie de dissociation : « *A mon avis on ne peut dire qu'au début le petit enfant se rende compte qu'en éprouvant tel ou tel sentiment au berceau ou en prenant plaisir aux stimulations de la peau dans le bain, il*

⁶ Dans *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant* (1962), Winnicott précise que « *l'intégration correspond à la façon de porter, de maintenir (holding) ; la personnalisation correspond à la façon de soigner (handling) ; la relation d'objet correspond à la présentation des objets* » ; dans *La crainte de l'effondrement* (vers 1964-65), « *l'environnement facilitateur* » est décrit comme « *un holding qui évolue en handling auquel s'ajoute la présentation d'objet* »

⁷ Dans *La théorie de la relation parent-nourrisson* (1960) se trouvent énumérés les processus psychiques décrits classiquement dans la théorie psychanalytique qui prennent place (« *qui sont des réalités vivantes* ») au cours de ce stade précoce : le processus primaire, l'identification primaire, l'auto-érotisme, le narcissisme primaire.

est le même individu que lorsqu'il crie pour demander satisfaction immédiate, possédé par le besoin de s'en prendre à quelque chose et de détruire si le lait ne vient pas le satisfaire » ... « De même, j'estime qu'il n'y a pas nécessairement intégration entre un enfant endormi et un enfant éveillé » ;

- dans cette « dissociation » première, qui correspond donc à la situation normale de non-intégration ou d'intégration partielle du début de la vie, le bébé ne sait pas non plus *« que la mère qu'il édifie par l'intermédiaire de ses expériences tranquilles est la même que la puissance derrière les seins qu'il a envie de détruire » ; « dans son environnement, c'est peu à peu que des parcelles de la technique des soins, des visages vus, des sons entendus et des odeurs senties seront juxtaposés pour composer un seul être qu'on appellera la mère » ;*
- l'intégration est facilitée par le caractère répétitif, prévisible, reproductible, *« monotone »*, dit même Winnicott, des expériences des soins maternels : le fait que ce soit une seule et même personne qui assure habituellement les soins est donc un facteur d'intégration pour le bébé. *« Ce n'est qu'en se fondant sur la monotonie qu'une mère peut réussir à enrichir le monde de son enfant »*. Dans l'article *La préoccupation maternelle primaire* (1956), Winnicott souligne à cet égard l'importance des rythmes dans les soins maternels.

En 1952, dans l'article intitulé *L'angoisse associée à l'insécurité*, Winnicott mentionne que *« la technique de soins suffisamment bonne (good enough) neutralise les persécutions extérieures, et prévient les sentiments de désintégration et de perte de contact entre la psyché et le soma »* ; il identifie *« trois principaux types d'angoisses résultant d'une carence dans la technique des soins infantiles (...) : la non-intégration, se transformant en sentiment de désintégration, le manque de relation de la psyché au soma, qui engendre le sens de la dépersonnalisation, et enfin, le sentiment que le centre de gravité de la conscience (consciousness) est transféré du noyau à l'enveloppe, de l'individu aux soins, à la technique »*.

Il est important de souligner que pour Winnicott, *« la désintégration est effrayante alors que la non-intégration ne l'est pas »* (1945). Dans le court article intitulé *L'angoisse associée à*

l'insécurité (1952), il précise, à propos de l'état de non-intégration, que « *dans un climat de bons soins infantiles, cet état est naturel et nul ne s'en préoccupe ... tout au début de son existence, il est normal que le petit enfant puisse se trouver dans un état de non-intégration, ou perdre le contact avec son corps, ou bien devenir le contenant au lieu d'être le contenu sans en souffrir le moins du monde* ». Davis et Wallbridge (1992)⁸ soulignent que l'expérience de la non-intégration apparaît dans la pensée de Winnicott comme un précurseur de la capacité d'être seul.

Par contre, « *le défaut de soins conduit donc à la désintégration au lieu d'amener un retour à la non-intégration. La désintégration est ressentie comme une menace, parce que (par définition) il y a quelqu'un pour ressentir cette menace. C'est également une défense* » (1945). Cet aspect est précisé dans l'article *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant* (1962) : « *une défense qui est la production active du chaos pour se protéger contre la non-intégration en l'absence d'un soutien du moi maternel, c'est-à-dire contre l'angoisse archaïque ou inimaginable qui résulte d'une carence dans la manière de porter le nourrisson au stade de dépendance absolue. Le chaos de la désintégration peut être aussi « mauvais » que le manque de fiabilité de l'environnement, mais il a l'avantage d'être produit par l'enfant et donc de ne pas dépendre de l'environnement. Il est dans la sphère de l'omnipotence du nourrisson* ».

La pensée psychanalytique doit à Winnicott d'avoir rompu avec une perspective théorique centrée uniquement sur les processus intrapsychiques individuels, qui faisait l'impasse sur la contribution décisive des soins maternels, lesquels n'étaient certes pas ignorés – on cite toujours les mêmes quelques passages - la petite note de bas de page de Freud dans l'Esquisse (1895) sur « *la personne secourable* », la « *fiction* » du principe de plaisir « *pour peu qu'on tienne compte aussi des soins qu'il reçoit de sa mère* » dans « *Formulations sur les deux principes du cours des évènements psychiques* » (1911) - mais n'avaient pas fait l'objet d'une intégration dans la théorie du développement psychique. Comme Winnicott l'écrit en 1960, « *La moitié de la théorie de la relation parent-nourrisson concerne le nourrisson ... L'autre moitié ... concerne les soins maternels* ». Toutefois, Winnicott précise ailleurs que

⁸ *Winnicott, introduction à son œuvre*. P.U.F, Paris, 1992

L'environnement « *ne façonne pas l'enfant. Au mieux, il permet à l'enfant de réaliser un potentiel* » (1963).

Dans sa conférence de 1952 à la Société Britannique de Psychanalyse, *L'angoisse associée à l'insécurité*, Winnicott précise que « *la situation qui précède les relations à l'objet se présente de la façon suivante : ce n'est pas l'individu qui est la cellule, mais une structure (set up) constituée par l'environnement et l'individu. Le centre de gravité de l'être ne se constitue pas à partir de l'individu : il se trouve dans la structure environnement-individu. Une bonne technique de soins appropriés (good enough) à l'enfant, y compris un maintien (holding) et l'aménagement de la situation générale (general management), se substituera graduellement à la coquille, et le noyau – qui, pour nous, n'a pas cessé de ressembler à un petit enfant d'homme – pourra commencer à devenir un individu ... L'être humain – dont l'entité se développe maintenant à partir du centre – se localise dans le corps de l'enfant, commençant ainsi à créer un monde extérieur, en même temps qu'il acquiert une membrane frontière et un « dedans ». D'après cette théorie, le monde extérieur n'existait pas au début, bien que nous, les observateurs, ayons vu un petit enfant dans un environnement. Les apparences sont trompeuses : là où nous avons souvent cru voir un petit enfant, nous constatons, grâce à une analyse ultérieure, que ce que nous aurions dû voir, c'était un environnement devenant selon toute apparence un être humain, mais masquant en fait dans son sein un individu en puissance* ». Dans *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant* (1962), Winnicott écrit que « *le moi s'enracine dans un moi corporel, mais ce n'est que lorsque tout va bien que le bébé en tant que personne commence à être relié à son corps et aux fonctions de son corps, la peau en tant que membrane servant de limite* »

Dans l'article *Nosographie : y-a-t-il une contribution de la psychanalyse à la classification psychiatrique ?* (1959-1964), Winnicott définit ainsi l'émergence simultanée du self et de l'objet : « *nous voyons au commencement une concentration de phénomènes de l'environnement à partir desquels se cristallise une personne, une mère* ».

Pour Winnicott, la préoccupation maternelle primaire et le *holding* maternel sont des prolongements des transformations de l'unité psychosomatique maternelle opérées par la grossesse. Dans l'article *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma* (1949), Winnicott écrit que « à ses débuts, le bon environnement (psychologique) est un environnement physique, que l'enfant se trouve dans l'utérus, qu'il soit porté (hold) ou plus généralement soigné ; c'est seulement au bout de quelque temps que l'environnement acquiert une qualité nouvelle ... De là émerge la bonne mère ordinaire avec son aptitude à s'adapter activement aux besoins de son bébé ... adaptation facilitée par son narcissisme, son imagination et ses souvenirs qui lui permettent de savoir, par identification, quels sont les besoins de son bébé ».

Concernant l'impact des « anomalies » de l'enfant sur l'intégration, il écrit dans *Le corps et le self* (1970) qu' « une mère avec son bébé présente sans cesse l'un à l'autre le corps de l'enfant et sa psyché, et on voit facilement que cette tâche, aisée mais importante, devient malaisée si le petit enfant a une anomalie dont la mère est honteuse, dont elle se sent coupable, qui l'effraie, l'impatiente ou la désespère »

La question des affections psychosomatiques

L'article princeps sur cette question est *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma* (1949).

Dans cet article, Winnicott précise que « le terme psychisme signifie l'élaboration imaginaire de parties du corps, de sensations et de fonctions somatiques ». Après un premier stade d'interrelation psyché-soma, « le corps vivant, avec ses limites, son intérieur et son extérieur, est ressenti par l'individu comme le noyau de son self imaginaire ».

C'est dans un autre article de la même année, *Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse* (1949) que Winnicott situe le fonctionnement intellectuel comme une protection contre les empiètements subis par le Self. Dans ces commencements, l'empiètement excessif de l'environnement provoque « une fausse intégration ... : dans un cas, il y a un développement intellectuel précoce ; dans l'autre cas, il y a échec du

développement intellectuel ». Dans le premier cas, « *ce développement intellectuel est une gêne puisqu'il est issu d'un stade trop précoce dans l'histoire de l'individu, de sorte qu'il reste pathologiquement sans rapport au corps avec ses fonctions et aux sentiments et aux pulsions et aux sensations du moi total* ». Il généralise les choses à la fin de l'article en posant que le fonctionnement intellectuel émerge comme fonction de protection de la psyché face aux réactions déterminées par les empiètements : « *c'est comme si l'intellect rassemblait les empiètements auxquels il fallait qu'il y ait réaction pour les retenir avec leurs particularités et leur ordre exact, protégeant ainsi la psyché jusqu'à ce qu'il y ait un retour de l'état de la continuité d'existence. Dans une situation un peu plus traumatique, l'intellect se développe de façon excessive et peut même paraître devenir plus important que la psyché. Après la naissance, l'intellect peut continuer à s'attendre aux persécutions et même aller au-devant d'elles afin de les rassembler et de les contenir, toujours dans le but de préserver la psyché ... dans la paranoïa, des persécutions éparses peuvent s'intégrer et s'organiser ... c'est l'intellect de l'individu qui met cette organisation en œuvre pour défendre la psyché et c'est la raison pour laquelle l'organisation des persécutions éparses est elle-même âprement défendue ... dans certains cas, la persécution est si confuse que l'intellect ne parvient pas à relier et à contenir la séquence, c'est alors qu'au lieu d'un intellect renforcé on trouve cliniquement l'apparence d'une déficience mentale* ».

Il reformule la même idée dans *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma*, mais de façon plus elliptique : « *L'esprit a donc pour origine un fonctionnement variable du psyché-soma en rapport avec la menace pesant sur la continuité d'être consécutive à tout échec de l'adaptation (active) de l'environnement* ».

Pour Winnicott, le développement intellectuel est étroitement lié aux vicissitudes de la préoccupation maternelle primaire : « *La bonne mère ordinaire est suffisamment bonne. Si elle est suffisamment bonne, le nourrisson devient capable, par son activité mentale, de pallier les déficiences de sa mère ... L'activité mentale de l'enfant transforme un environnement suffisamment bon en un environnement parfait, c'est-à-dire qu'elle transforme un défaut relatif d'adaptation en un succès de l'adaptation. C'est la faculté de comprendre du nourrisson qui libère la mère de la nécessité qu'elle avait d'être quasi-parfaite ...* ». Il émet même une hypothèse quelque peu hasardeuse : « *Peut-être serait-il possible de montrer que des mères libérées lentement ont des nourrissons dont le QI se révélera faible* ».

ultérieurement, alors qu'un nourrisson qui aura une intelligence exceptionnelle et dont le QI sera élevé par la suite libèrera sa mère plus tôt. »

Quoiqu'il en soit, lorsque les empiètements sont excessifs, il peut en résulter un clivage entre le psychisme et l'intellect, et un « faux self » utilisant l'intellectualisation. Dans ce cas écrit-il, « *la psyché est séduite par l'esprit avec lequel elle se fond et rompt sa relation intime primitive avec le soma. Il en résulte une association psyché-esprit qui est pathologique* ».

En résumé, l'unité fonctionnelle psyché-soma se trouve compromise du fait de certaines défaillances de l'environnement, auxquelles l'enfant fait face en surinvestissant le fonctionnement intellectuel, qui prend une fonction de protection au prix d'un clivage entre l'esprit (l'intellect) et le psychisme

La conception que propose Winnicott de la maladie psychosomatique est caractéristique de la manière générale dont il envisage les productions symptomatiques, comme des modalités qui à la fois indiquent une faillite des processus de développement, mais tout autant offrent « une deuxième chance » pour une reprise évolutive. Toute sa conception de la régression à la dépendance se situe dans cette perspective. C'est ainsi que pour lui, « *l'un des buts de la maladie psychosomatique est de retirer le psychisme (psyche) de l'esprit (mind) et de le faire revenir à son association intime et primitive avec les corps (soma) ... On doit aussi être capable de voir la valeur positive du trouble somatique qui compense une séduction du psychisme qui a pénétré l'esprit* ». C'est une autre manière d'envisager le rapport entre les fonctionnements opératoires décrits par les psychosomaticiens de l'École de Paris et la maladie psychosomatique : celle-ci en serait une tentative de guérison, et non à proprement parler une conséquence (Winnicott fait d'ailleurs référence à plusieurs reprises aux travaux de P. Marty).

Dans l'article *Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse* (1949), plusieurs exemples de troubles psychosomatiques (céphalées, troubles respiratoires) sont rapportés à l'expérience de la naissance. Winnicott y introduit aussi l'idée d'une « mémoire du corps ».

Dans *L'angoisse associée à l'insécurité* (1952), Winnicott évoque rapidement l'hyperactivité, : « *il se pourrait ... que dans l'étiologie de l'agitation, de l'hyperkinésie et de l'inattention (appelée plus tard inaptitude à se concentrer), il y ait un facteur très ancien (datant des premiers jours ou des premières heures de la vie)* » lié à des solutions de continuité du self du fait des réactions aux empiètements maternels par adaptation primaire insuffisante aux besoins du bébé.

Il faut se souvenir, à propos de la question de l'excitation corporelle, que Winnicott différencie très clairement ce qui relève du registre des pulsions sexuelles et des désirs, et ce qui appartient au champ des besoins⁹ (rappelons aussi qu'il écarte les hypothèses tant de Freud que de M. Klein concernant une « pulsion de mort » innée, la destructivité étant pour lui toujours liée à une inadéquation de l'environnement face à l'agressivité vitale du bébé). Pour lui, les pulsions sexuelles, qu'il identifie au Ça freudien, n'apparaissent que dans un temps second, à partir du moment où il existe l'ébauche d'un psychisme localisé dans le corps pour les vivre, le registre primaire étant celui de la localisation de la psyché dans le corps. Il différencie ainsi ce qu'il appelle d'abord (dans *La position dépressive dans le développement affectif normal*, 1954-1955) la mère des périodes de calme et celle des périodes d'excitation, puis, (dans *Elaboration de la capacité de sollicitude*, 1963) la « mère-environnement » et la « mère-objet », l'intégration des deux étant un enjeu du développement.

Dans l'article princeps de 1956 *La préoccupation maternelle primaire*, Winnicott déclare d'emblée se « *ranger aux côtés d'Anna Freud* » pour souligner l'existence, avant la relation à la mère organisée sous le primat de l'oralité, d' « *une phase plus primitive* » où ce qui importe est la manière dont la mère rencontre les besoins du bébé, à un moment où ce qui est en jeu n'est pas l'équilibre pulsionnel satisfaction/frustration (« *il ne s'agit pas tant de satisfaire le nourrisson que de le laisser trouver l'objet et s'en accommoder* » écrit Winnicott en 1962 dans *Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant*), mais la possibilité même d'un développement précoce préservé des distorsions majeures et durables que produisent les *empiètements* de l'environnement maternel. Il y a en effet des manières de « satisfaire » le bébé qui constituent des empiètements, notamment lors du nourrissage. Ce

⁹ p. ex. dans *Entre la mère et l'enfant : expérience de l'échange* (1969, dans : *la crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard, 2000)

n'est que dans un second temps que le *Self primitif* du bébé pourra s'enrichir, et non pas être désintégré, par « *les expériences du Ça* ». Notons en passant que pour Winnicott, comme il l'indique sans ambiguïté dans *Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant* (1962, in : *Processus de maturation chez l'enfant*), « *le Ça n'existe pas avant le Moi* » : c'est-à-dire qu'une certaine organisation du Moi est nécessaire de son point de vue pour que les expériences pulsionnelles, qui constituent le Ça, puissent être vécues en tant que telles. La même idée a déjà été formulée dans d'autres termes dans *La capacité d'être seul* (1958) : « *les relations instinctuelles fortifient le moi lorsqu'elles s'inscrivent dans le cadre d'une relation au moi* », par quoi Winnicott entend la sécurité d'une continuité du sentiment d'exister que procure la fiabilité d'une « mère-environnement » s'adaptant suffisamment aux besoins du bébé.

Dans *La capacité d'être seul* (1958), Winnicott défend l'idée que la capacité d'être seul, phénomène élaboré qui fait suite à l'intégration de la position dépressive puis de la triangulation oedipienne (et de la présence-absence impliquée par le fantasme de la scène primitive), s'origine cependant très précocement, et de manière paradoxale, dans « *l'expérience d'être seul, en tant que nourrisson et petit enfant, en présence de la mère* ». C'est cette expérience que Winnicott qualifie de « *relation au moi (ego-relatedness)* » pour dire qu'elle survient dans un état calme (qu'il compare de manière assez paradoxale à l'expérience post-coïtale) où l'enfant n'est pas pris dans une relation pulsionnelle (« *id-relationship* »), « *à un stade très primitif, au moment où l'immaturation du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère* ». Ce stade est décrit par Winnicott comme celui où l'ébauche d'un noyau du moi unifié, le « Je », devenu un « Je suis » qui se sent exister grâce à l'adéquation de l'environnement maternant, peut passer au stade « Je suis seul » du fait de la sécurité assurée par « *l'existence ininterrompue de la mère* », qu'il appelle « *relation au moi* » pour la distinguer de la relation pulsionnelle à « l'objet-mère ». Il propose même la formule d'« *orgasme du moi* » pour qualifier l'acmé d'une telle relation à la « mère-environnement ».

Dans un article ultérieur (*Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu*, 1963), Winnicott écrit que « *la mère qui a atteint cet état que j'ai nommé « préoccupation maternelle primaire » fournit un cadre (setting) dans lequel la constitution de l'enfant pourra commencer à se manifester, ses tendances au développement*

à se déployer, et où lui, l'enfant, pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des sensations particulières à cette période primitive de sa vie. Il n'est pas nécessaire de parler ici de vie instinctuelle, car ce que je décris là est antérieur à l'installation des schémas instinctuels ». Tous les termes employés par Winnicott sont importants pour saisir sa pensée : la « constitution » et « le mouvement spontané » sont ce qui pour lui est le plus précieux et la source même de la créativité de base de tout individu, celle qui permet à chacun de « vivre en propre ». L'organisation pulsionnelle (Winnicott comme beaucoup d'auteurs anglo-saxons emploie indifféremment les termes d'instinct et de pulsion) ne vient que dans un second temps colorer voire réorganiser cette créativité de base et « renforcer le moi » ; vécues prématurément au contraire, « les expériences instinctuelles démembrant le moi ».

Vers la fin de son œuvre, quand il aura construit sa théorie du jeu sur les fondements des phénomènes transitionnels, Winnicott soulignera que l'excitation corporelle, lorsqu'elle dépasse un certain seuil, a un effet « détransitionnalisant » : « L'excitation corporelle dans les zones érogènes ne cesse de menacer le jeu et du même coup menace le sentiment qu'a l'enfant d'exister en tant que personne. Les pulsions constituent la plus grande menace pour le jeu et pour le moi. Dans la séduction, un agent extérieur quelconque exploite les pulsions de l'enfant, favorise chez lui l'annihilation du sentiment qu'il a d'exister en tant qu'unité autonome et par là rend le jeu impossible » (*Jouer. Proposition théorique* ; in : *Jeu et réalité*, 1971)

Le corps, le rêve, le jeu et l'hallucination

La place des représentations du corps dans les rêves, tant de l'analyste que des patients, est importante dans l'approche clinique de Winnicott.

Ainsi, dans *La haine dans le contre-transfert* (1947), Winnicott rapporte un rêve dont il va se servir pour comprendre le matériel des séances d'une patiente dans un moment difficile.

« Récemment, au cours d'une période qui s'est étendue sur quelques jours, je trouvais que mon travail était mauvais. Je faisais des erreurs à l'égard de chacun de mes malades. La difficulté résidait en moi et m'était personnelle pour une part ; mais elle était principalement en rapport avec un point extrême atteint dans ma relation avec une patiente psychotique particulière (travail de recherche). La difficulté fut élucidée lorsque j'eus ce qu'on appelle parfois un rêve « curatif ».

Cette fois-là, je me suis rendu compte de la signification du rêve en m'éveillant et même avant de m'éveiller. Le rêve avait deux phases. Dans la première, je me trouvais au « poulailler » dans un théâtre et regardais au-dessous de moi les gens à l'orchestre. Je me sentais très angoissé, comme si je pouvais perdre un membre. J'y associai le sentiment que j'avais éprouvé en haut de la tour Eiffel, le sentiment que ma main se détacherait et tomberait en bas si je la passais par-dessus la rambarde. Ce serait là une angoisse de castration ordinaire.

Dans la phase suivante du rêve, je me rendais compte que les gens à l'orchestre regardaient une pièce et à travers eux, j'étais maintenant en rapport avec ce qui se passait sur la scène. Une angoisse d'un autre type apparut. Je sus que mon corps était complètement dépourvu de côté droit. Ce n'était pas un rêve de castration. C'était le sentiment de ne pas avoir cette partie du corps.

Comme je m'éveillais, je me rendis compte que j'avais compris à un niveau très profond quelle était ma difficulté à ce moment-là. La première partie du rêve représentait les angoisses ordinaires qui peuvent surgir devant les fantasmes inconscients de mes patients névrosés. Je serais en danger de perdre la main ou les doigts si ces malades s'y intéressaient. J'étais familiarisé avec ce type d'angoisse et elle m'était relativement tolérable.

La seconde partie du rêve se rapportait toutefois à ma relation avec la patiente psychotique. Cette patiente me demandait de n'avoir aucune relation avec son corps, même pas une relation imaginaire ; il n'y avait pas de corps qu'elle reconnut pour sien et si elle existait le moins du monde, elle ne pouvait se sentir que comme esprit. Toute référence à son corps produisait des angoisses paranoïdes, parce que prétendre qu'elle avait un corps c'était la persécuter. Ce qu'elle voulait de moi, c'était que je n'aie qu'un esprit s'adressant à son esprit. Au point culminant de mes difficultés, le soir qui précédait le rêve, je m'étais irrité et lui avais

dit que ce qu'elle voulait de moi, ne valait guère mieux que de couper un cheveu en quatre. Cela avait eu un effet désastreux et il fallut des semaines avant que l'analyse surmonte mon erreur. Pourtant, l'essentiel était que je comprenne mon angoisse, ce qui était représenté dans le rêve par l'absence du côté droit de mon corps, lorsque j'essayais d'entrer en relation avec la pièce de théâtre que regardaient les gens aux fauteuils d'orchestre. Ce côté droit de mon corps était le côté en rapport avec cette patiente là et était donc affecté par son besoin de nier absolument une relation même imaginaire de nos corps. Cette dénégation produisait en moi ce type d'angoisse psychotique, bien moins tolérable que l'angoisse de castration ordinaire. Quelles qu'aient été les autres interprétations possibles à partir de ce rêve, le fait que je l'avais rêvé et que je me l'étais remémoré me permit de reprendre cette analyse et même de guérir le mal causé par mon irritabilité. L'origine de cette irritabilité se trouvait donc dans une angoisse réactionnelle d'une qualité propre à mon contact avec une patiente qui n'avait pas de corps ».

Si l'on cherche à extraire de ce passage la théorie implicite, deux déterminants se conjuguent : Winnicott est dans une mauvaise passe, ce qui perturbe son travail avec ses patients ; le rêve figure à un niveau corporel des angoisses qu'il qualifie d'angoisses de castration, mais qui nous apparaissent tout de même comme très infiltrées d'angoisses de chute et de morcellement. L'autre déterminant, c'est l'emprise de cette patiente dont on pourrait supposer, en suivant Winnicott, qu'elle se protège de la menace d'une dissolution dans le corps maternel par l'hallucination négative de son propre corps et du corps de son analyste. La conjonction de ces deux déterminants, celui qui vient de l'analyste et celui que l'analyse met en tension chez la patiente, produit d'abord un acting verbal chez l'analyste qui, persécuté par la patiente, l'accuse de couper un cheveu en quatre ; je pense que cette formule ne doit pas être entendue ici comme métaphorique, mais bien comme la réalité d'un acte sadique dans lequel un corps unique, celui de la fusion mère-bébé menaçante, est sauvagement découpé en quatre. Le rêve permet à l'analyste une mise en représentations de choses au niveau du corps de l'acte de découpage halluciné : la main qui découpe est perdue, puis l'hémicorps tout entier. Cette figuration permet à l'analyste de retrouver l'usage de son corps dans le contact avec sa patiente.

Dans un article de 1963 *L'état de dépendance dans le cadre des soins maternels et infantiles et dans la situation analytique*, Winnicott aborde la place des manifestations corporelles dans les effractions liées à la discontinuité des soins maternels dans les situations de dépendance. Il établit un parallèle avec les réactions de certains analysants à l'interruption des séances pendant les vacances, lorsque la régression installe une dépendance dans le transfert, en particulier en début de traitement. Il illustre son propos par le cas d'une patiente, qui avait déjà eu une autre expérience d'analyse antérieurement, mais, écrit Winnicott, avec un analyste ne permettant pas la régression. Le traitement avec Winnicott commence à raison d'une séance par semaine seulement, pour raisons de disponibilités, puis les séances deviennent journalières peu avant un voyage d'un mois de l'analyste. La dépendance de la patiente fut alors figurée dans ses rêves : *« dans un rêve, elle avait une tortue, mais sa coquille était molle, si bien que l'animal n'était pas protégé et en souffrirait certainement. C'est ainsi que, dans le rêve, elle tuait la tortue pour lui éviter la douleur insupportable dont elle allait souffrir »*. Winnicott considère que le rêve exprime une tendance au suicide chez la patiente. La patiente tombe ensuite malade juste avant l'interruption : Winnicott pense qu'elle s'est sentie tenue, puis lâchée, l'analyste se préoccupant d'autre chose, et la patiente se sentant anéantie. Se tuer représente alors un contrôle de l'anéantissement. Dans un second temps, *« la maladie physique (représente) une localisation, dans un organe de son corps, de ce besoin absolu de mourir »*.

Plus loin dans l'article, Winnicott attribue la somatisation à l'incapacité du moi de s'adapter à une émotion forte : *« la haine, l'excitation, la peur, chacun de ces sentiments se détache de la même manière, tel un corps étranger, et ne se localise que trop facilement dans un organe physique qui a des spasmes et qui tend à se détruire par une perversion de son fonctionnement physiologique »*.

Si l'analyste, poursuit Winnicott, *« n'est pas capable de satisfaire (la) dépendance (de la patiente) de telle sorte que la régression devienne une expérience thérapeutique, elle sombrera dans la maladie psychosomatique qui entraînera le maternage dont elle a le plus grand besoin, mais non la compréhension ou les soins mentaux qui peuvent faire toute la différence »*.

Winnicott ne dit cependant pas grand-chose de ses hypothèses concernant les processus qui sont en jeu dans l'émergence psychosomatique. Il semble considérer que le recours au corps vient pallier à une réponse inadéquate de l'environnement lorsque la régression ramène le patient à des besoins de holding et de handling. Mais par quelles voies passe-t-on de la souffrance occasionnée par la réponse inadéquate de l'environnement à l'expression somatique ? Une piste me semble se trouver dans l'article de 1945 *Le développement affectif primaire*. Winnicott évoque le partage émotionnel lié à un bon accordage mère-bébé : « *l'enfant a des pulsions instinctuelles et des idées prédatrices. La mère a un sein et le pouvoir de produire le lait et l'idée qu'elle aimerait être attaquée par un bébé affamé. Ces deux phénomènes ne viennent en relation l'un avec l'autre qu'au moment où la mère et l'enfant ont un vécu commun ... il y a un moment d'illusion – une parcelle de vécu que l'enfant peut prendre soit comme son hallucination, soit comme une chose qui appartient à la réalité extérieure ... Ainsi, ses idées s'enrichissent de détails réels dus à la vue, au toucher, à l'odorat, et à la fois suivante, ce matériel est utilisé dans l'hallucination* ».

L'hypothèse qui se présente à nous – et qui sera largement reprise par R. Roussillon, est que l'enfant confronté à une défaillance de l'environnement, a recours à l'hallucination. Comme Winnicott l'exposera dans l'article *La localisation de l'expérience culturelle* (1971), le « *facteur temps* » est déterminant à cet égard : « *le sentiment d'existence de la mère dure x minutes. Si la mère s'absente plus de x minutes, l'imgo s'efface et, dans un même temps, cesse la capacité qu'a le bébé d'utiliser le symbole de l'union. Le bébé est désemparé, mais il est bientôt remis de son désarroi, si la mère revient après x+y minutes. En x+y minutes, le bébé n'a pas subi d'altération, mais en x+y+z minutes, il devient traumatisé. Après x+y+z minutes, le retour de la mère ne répare pas l'altération de l'état du bébé. Le traumatisme implique que le bébé a éprouvé une coupure dans la continuité de son existence, de sorte que les défenses primitives vont dès lors s'organiser de manière à opérer une protection contre la répétition d'une « angoisse impensable » ou contre le retour de l'état confusionnel aigu qui accompagne la désintégration d'une structure naissante du moi* ».

La solution hallucinatoire qui va s'exprimer dans le rêve relève sans doute d'une carence d'une durée limitée, de type « x+y », suffisante pour avoir laissé une trace qui peut cependant encore être « traitée » par l'activité hallucinatoire onirique. Si la carence est d'une durée plus longue, de type « x+y+z », la trace prend une dimension traumatique, le

traitement par l'activité onirique n'est plus suffisant, et une autre modalité hallucinatoire est sollicitée, qui passe par le corps : les manifestations psychosomatiques, dans cette conception, sont de l'ordre d'une activité hallucinatoire impliquant le soma.

Pour compléter cette description des idées de Winnicott relatives aux rapports entre le corps, le rêve, l'hallucinatoire et le jeu, il apparaît clairement que pour lui, le jeu de l'enfant a une fonction proche du rêve. En 1971, dans l'article *Jouer. Proposition théorique* (dans *Jeu et réalité*), parlant de la nature transitionnelle de « cette aire où l'on joue », qui « n'est pas la réalité psychique interne (...) est en dehors de l'individu, mais (...) n'appartient pas non plus au monde extérieur », il écrit ceci : « Dans cette aire, l'enfant rassemble des objets ou des phénomènes appartenant à la réalité extérieure et les utilise en les mettant au service de ce qu'il a pu prélever de la réalité interne ou personnelle. Sans halluciner, l'enfant extériorise un échantillon de rêve potentiel et il vit, avec cet échantillon, dans un assemblage de fragments empruntés à la réalité extérieure. En jouant, l'enfant manipule les phénomènes extérieurs, il les met au service du rêve et il investit les phénomènes extérieurs choisis en leur conférant la signification et le sentiment du rêve ».

Notons aussi que dans la dernière partie de son œuvre, Winnicott introduit l'idée que l'activité « rêvante » ne se limite pas au rêve. Le rêve nocturne n'est qu'une expression achevée d'un processus continu, qui est « l'activité rêvante » du psychisme au cours du sommeil. Bion développera et systématisera cette notion en l'étendant au fonctionnement psychique vigile, et un analyste comme A. Ferro l'utilisera largement dans son travail clinique avec les enfants comme avec les adultes.

Ainsi Winnicott écrit-il dans *Rêver, fantasmer, vivre* (1971) : « dans le rêve qui accompagne le sommeil, l'esprit est hors d'un foyer d'attention, parce que lui-même ne se fixe sur rien tant qu'il n'a pas rencontré un rêve qui puisse être ramené jusqu'à la vie éveillée et qui puisse être rapporté ».

Ce point est important car il permet de comprendre la profonde similitude, en termes de processus, entre l'activité « rêvante » et l'activité « jouante » ; le jeu est au rêve ce que

l'activité « jouante » est à l'activité « rêvante ». C'est ce que nous indique Winnicott lorsqu'il écrit qu'il établit « *une distinction marquante entre la signification du substantif « play » (le jeu) et la forme verbale « playing » (l'activité de jeu, jouer) » (Jouer, proposition théorique ; 1971).*

Le corps et le Squiggle

Nous en venons ainsi au rapport entre le corps et le jeu. Winnicott ne le théorise guère, mais il l'expose dans son utilisation des *squiggle* dans ses consultations, non seulement avec des enfants, mais également avec de grands adolescents.

Ainsi, dans un de ses derniers articles, *Le corps et le self* (1970, dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard, 2000), après avoir repris des éléments du très beau cas de l'iro, cet enfant qui « ouvre » le recueil des *Consultations thérapeutiques chez l'enfant*, Winnicott expose le cas de Jill, une adolescente de 17 ans, vue en 1967.

Plusieurs événements anamnestiques avaient été communiqués à Winnicott avant qu'il ne reçoive la jeune patiente : le décès de son père (de 30 ans plus âgé que la mère) lorsqu'elle avait 3 ans ; la dépression et l'hospitalisation pendant 10 mois de sa mère, lorsqu'elle avait 12 ans. Et, par ailleurs, Winnicott signale qu'il avait vu 1 fois son frère adoptif, de deux ans son cadet, lorsqu'elle avait 8 ans.

L'adolescente se plaint de difficultés scolaires, elle n'arrive pas à rassembler les éléments d'une histoire ou d'un ensemble, ce qui la met en échec. Elle met elle-même ces problèmes en rapport avec l'idée d'un accident à partir duquel elle aurait perdu confiance dans l'efficacité d'une défense consistant à se mettre en boule. Il semble, à travers l'exposé du cas, qu'elle ne souhaite pas en dire davantage à ce moment. Winnicott n'insiste pas et lui propose alors de jouer au *squiggle* : ils vont dessiner et identifier successivement un cygne – une fille – un chien – un poulain – rien, il y a « trop de choses dedans » dit Jill – un vase – une chaise moderne – un petit chien – l'architecture d'une salle de concert – des lunettes. Tout en jouant ainsi, l'adolescente, incitée par Winnicott, parle de ses rêves, en fait des

cauchemars : des rêves angoissants où elle a les jambes qui fléchissent ... elle signale que dans la réalité elle a une jambe plus courte que l'autre ... vient ensuite l'évocation d'un rêve où il lui manque un membre ... réapparaissent ensuite dans la conversation les difficultés de concentration : Winnicott lui propose alors une interprétation : si elle rassemblait effectivement tous les éléments, elle prendrait le risque de constater qu'il en manque un ... et il fait le rapprochement avec le fait qu'elle a dû vivre sa vie d'enfant et d'adolescente avec un père qui manquait.

C'est alors que Jill parle de l'accident : elle vidait une brouette, son chien s'est mis à aboyer, elle s'est retournée pour l'engueuler, lâchant la brouette qui, déséquilibrée, se renverse, et dont un bras lui casse des dents : Winnicott pense l'accident en termes d'un « facteur externe réel, analogue à la mort de son père ».

Il explore ensuite avec sa patiente, sans grand succès, le thème garçon-fille, la relation au frère cadet ... « *puis, écrit-il, ce fut la partie significative de la consultation* » : Jill dessine le membre amputé d'un souvenir de rêve. Elle en parle comme d'un « membre arraché par un animal sauvage », et Winnicott interprète : la mort du père à la fois comme amputation d'une part d'elle-même, et comme conséquence de ses fantasmes de dévoration orale. L'adolescente se montre intéressée. Pour terminer la consultation, Winnicott formule les choses de la manière suivante : « *si elle pouvait se libérer de l'angoisse attachée à l'idée que quelque chose manquait, elle serait alors en mesure de trouver, à juste titre, que ce qu'on pouvait dire à son sujet, c'est qu'il est triste pour une fille de perdre son père lorsqu'elle a trois ans* ». C'est donc ici un Winnicott d'une certaine manière très kleinien dans sa théorie de la clinique, mais extrêmement winnicottien dans sa façon de procéder et dans ses formulations : certes il pointe l'obstacle que la prégnance des angoisses schizo-paranoïdes oppose à l'accès à la position dépressive ... mais en centrant les choses sur le vécu affectif de sa patiente en tant que personne entière, et non sur une dynamique d'objets partiels.

Le commentaire de Winnicott est le suivant : la perte du père est reprise dans le rêve à travers un fantasme d'arrachement de la jambe ; ainsi, le rêve utilise pour représenter la perte à la fois un élément de réalité - le fait que l'adolescente ait une jambe plus courte que l'autre – mais cet élément de réalité est aussi un écho des angoisses hypocondriaques de la mère. Cette représentation du rêve est un équivalent de l'amputation que vit cette jeune

fille dans sa vie mentale et affective, et sa mobilisation puis son interprétation sont rendus possibles par le travail conjoint du *squiggle* et du rêve.

Le corps de l'analyste et la question du toucher

Il nous reste encore à examiner rapidement un autre aspect des conceptions de Winnicott sur la place du corps dans la régression et dans certains traitements psychanalytiques où elle est particulièrement engagée : la question de toucher physiquement un patient dans certaines phases d'un traitement.

Dans un article de 1969 *Entre la mère et l'infans : expérience de l'échange* (dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard, 2000), Winnicott défend la position selon laquelle le fait de toucher le patient peut être une réponse adéquate à des moments de régression. Il expose le cas d'une patiente dont il dit qu'elle avait, « *de temps en temps* », un « *besoin absolu ... d'être en contact physique* » avec lui, et il précise que cette patiente qui avait précédemment en analyse chez une femme n'avait pas pu alors « *franchir ce pas* » « *en raison des implications homosexuelles de ce contact* ». Voici comment il décrit les choses :

« Elle a tenté de se montrer familière avec moi dans des situations qui évoquent le nourrissage et la prise en charge d'un bébé. Il y a eu des épisodes violents. Nous nous sommes bientôt touchés : je me suis retrouvé avec sa tête dans mes mains.

Spontanément un bercement rythmé s'est instauré. Ce bercement plutôt rapide avait une fréquence de 70 périodes par minute environ (ce qui correspond au rythme cardiaque). J'ai dû effectuer un certain travail pour m'adapter à cette vitesse. Notre échange s'exprimait néanmoins au moyen de ce bercement léger mais persistant. Nous communiquions sans mots l'un avec l'autre. Cet échange n'a pas nécessité un niveau de maturité supérieur à celui qu'elle avait lorsqu'elle a régressé vers la dépendance au cours de son analyse.

Cette expérience, souvent répétée, a été d'une importance cruciale pour la thérapie : la violence qui y a conduit a été considérée après coup comme une préparation et comme une

mise à l'épreuve complexe des capacités de l'analyste d'entrer en contact avec les techniques variées que possède le tout petit bébé pour communiquer ».

Le contact physique avec des patients n'était donc pas exceptionnel dans le travail clinique de Winnicott, et il apparaît dans nombre des cas auxquels il fait allusion. Par exemple, dans *La communication entre le nourrisson et sa mère, et la mère et le nourrisson : comparaisons et contrastes* (1968), il relève comme en passant qu' « *une patiente a enfoncé ses ongles dans la peau de ma main à un moment de ressenti intense. Mon interprétation a été « Aïe ! ». Cela n'a presque pas fait appel à mon équipement intellectuel ; cela fut tout à fait utile parce que cela a surgi immédiatement, et parce que cela a signifié à la patiente que ma main était vivante, qu'elle était une partie de moi, et que j'étais là pour être utilisé. Je dirais aussi : je peux être utilisé si je survis ».*

René Roussillon et la place des expressions somatiques dans la symbolisation primaire

Dans son ouvrage de 1999, *Agonie, clivage et symbolisation*, son 4^e livre, après *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse* (1991), *Du baquet de Mesmer au « baquet » de S. Freud* (1992), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique* (1995), R. Roussillon centre son propos sur les pathologies « narcissiques identitaires » qu'il fait découler de traumatismes précoces, dans la lignée des perspectives introduites par Winnicott.

Dans le premier chapitre de ce livre, il propose « un modèle alternatif et complémentaire de celui proposé par Freud », « fondé sur l'hypothèse d'une organisation défensive contre les effets d'un traumatisme primaire clivé, et la menace que celui-ci, soumis à la contrainte de répétition, continue de faire courir à l'organisation de la psyché et de la subjectivité ».

Ce modèle du traumatisme primaire est un développement du modèle freudien du « traumatisme 1920 » par effraction du pare-excitation, complété par la conception de Winnicott des trois temps X, Y et Z de l'empiètement que j'ai évoqué plus haut. L'état

traumatique primaire résulte d'un échec de l'objet à transformer la détresse de manière à permettre l'organisation d'un état de manque et d'une ambivalence. Il se caractérise par un état d'agonie, état de tension douloureuse sans représentation (défaillance totale des ressources internes et externes).

Pour survivre à l'agonie, le sujet a dû se cliver de ses vécus subjectifs : clivage du moi dans la lignée des conceptions freudiennes tardives (1937-38 : *Constructions ...*, *Abrégé ...*). Clivage paradoxal puisque concernant une expérience éprouvée mais qui n'a pas pu être constituée comme expérience vécue, qui n'a pas pu être symbolisée, et est restée à l'état de « traces », soumises à la contrainte de répétition qui reproduit l'état traumatique lui-même, ce qui suscite un ensemble de défenses.

Au transfert par déplacement se substitue un transfert par retournement, paradoxal, où le patient vient faire vivre à l'autre ce qu'il n'a pas pu vivre de son histoire (problématiques de la négativité : le non-advenu et le désespoir, au lieu de la perte et du deuil). Perception et sensation se substituent à la représentation, l'utilisation de l'objet prime sur la relation à l'objet. L'idéal du moi et la contrainte de répétition relèguent au second plan le surmoi et le désir/plaisir.

Les clivages déterminent un appauvrissement du moi, accentué par les défenses secondaires qui peuvent prendre la forme d'un recours à l'objet, pactes narcissiques, pervers, incestueux, masochiques (défenses par retournement où « le sujet préfère se sentir coupable, mais donc « responsable » et actif, maître, que de retrouver l'impuissance et la détresse du vécu agonistique) ou fétichistes (lieu de suture pseudo-sexuelle d'un traumatisme primaire antérieur) ; ou venir infiltrer de « boursouflures hallucinatoires » des symptômes névrotiques dès lors résistants aux traitements.

L'appauvrissement du moi peut aboutir à un mode d'organisation de la vie psychique visant à éviter tout ce qui est susceptible de réactiver la zone traumatique : gel ou neutralisation de la vie psychique (défenses schizoïdes ? Exemple de Norbert Hanold dans la Gradiva).

Les liens entre la « neutralisation » et le fonctionnement opératoire sont évoqués. Les symptômes psychosomatiques peuvent être des expressions hallucinatoires d'origine

traumatique. Il en va de même de certains fonctionnements groupaux, de productions délirantes (infiltration de la réalité perceptive par les traces traumatiques).

L'issue hallucinatoire dans le corps est développée dans le chapitre 8 du même livre, *Hallucination « somatique » et solution « bio »-logique du clivage*, avec l'exposé de deux vignettes cliniques de patients adultes se caractérisant par l'apparition de douleurs corporelles en cours de séance d'analyse.

L'hallucination corporelle se comporte comme une perception actuelle, constituant l'équivalent d'une formation délirante corporelle. Pour Roussillon, « *l'envahissement perceptif et moteur de la conscience « contient » des traces de la zone traumatique historique réactivée hallucinatoirement* ».