

## La « nouvelle topique » de Winnicott et ses incidences sur la technique de la cure.

S.P.R.F. le 7 mars 2012

### Conférence d'Yvonne Gutierrez Suivie du commentaire d'Alice Buras

D'abord, quelques mots de présentation d'Alice Buras, puisque tous ne la connaissent pas. Comme indiqué dans l'annonce de cette conférence, Alice est membre titulaire d'une société de psychanalyse israélienne qu'elle a, avec d'autres, fondée. Il serait intéressant pour nous, SPRF, de connaître l'histoire de cette fondation et l'évolution de cette société. Nous n'en aurons sans doute pas le temps aujourd'hui. Pour l'heure, je voudrais plutôt évoquer ce qui a fait lien entre nous en dépit de nos différences. Nous nous sommes connues à Nanterre alors que, l'une et l'autre, nous entreprenions un second cursus universitaire, un cursus de psychologie. C'était en 1968, nous nous sommes donc trouvées en plein cœur de la contestation de l'orthodoxie et de l'enseignement dogmatique (en écrivant ces lignes je me suis dit que le climat particulier de ces débuts n'avait peut-être pas été sans effet sur la suite). Nous avons en même temps reçu nos premiers patients en institution et en privé. Toujours à la même époque, nous commençons à fréquenter une institution analytique, mais... ce n'était pas la même (le Quatrième Groupe pour Alice, l'Ecole Freudienne pour moi) ! Or - et cela me plonge aujourd'hui dans un profond étonnement - je ne me souviens absolument pas que cette différence « d'appartenance » ait eu la moindre conséquence non seulement sur notre amitié, mais sur nos échanges concernant notre pratique débutante et les questions pourtant passionnantes et passionnées qu'elle nous posait. Mais une des raisons en est peut-être que précisément, il n'était pas question « d'appartenance ». C'était l'époque bénie des « commencements » (cf. Pontalis et *L'amour des commencements*) où de fait, nous faisons feu de tout bois pour parvenir à « nous inventer psychanalyste », comme dirait Winnicott. Je pense en effet que je n'ai jamais retrouvé, par la suite, l'efficacité formatrice de ces groupes hors institution que nous réunissions sur des critères d'affinités ou de curiosités, constitués d'analystes débutants fréquentant telle ou telle société - ou n'en fréquentant aucune - groupes où nous évoquions librement nos pratiques, nos questions, nos embarras et nos erreurs. Ensuite, mais beaucoup plus tard, nous nous sommes séparées géographiquement. Notre amitié n'en a pas davantage souffert et nos échanges sur notre pratique analytique pas davantage. Pourtant j'ai eu la surprise de constater que partant de la même conception de la cure analytique, nous luttions l'une et l'autre contre des dérives de la psychanalyse qui se trouvaient être à l'opposé. C'est ce qui m'est apparu intéressant dans nos échanges sur Winnicott.

Je vous « transfère » donc les réflexions telles que je les ai soumises à Alice par-delà les mers.

Ma chère Alice,

Voici le résultat, très provisoire et surtout très incomplet de mes réflexions sur le sujet. Je me suis en effet peu à peu rendu compte qu'il manquait à l'énoncé du thème proposé un point d'interrogation. Il s'agit bien d'une question : les travaux de Winnicott ont-ils eu une

incidence notable sur la technique de la cure et, si oui, ce que je suppose, lesquelles ? La réponse est bien plus compliquée que je ne l'imaginai lorsque je me suis hasardée à proposer cette intervention.

Mon intention n'est pas de faire un exposé sur l'œuvre de Winnicott ; d'autres, nombreux, l'ont fait, très bien. En outre il est évident que pour connaître un auteur il vaut mieux d'abord le lire en direct. Enfin mon questionnement concerne la place de Winnicott dans la psychanalyse française. C'est bien l'une des raisons, outre notre déjà longue amitié et nos débuts dans un temps et un espace communs – ou presque – qui m'a incitée à faire appel à toi pour une réflexion à deux voix. J'imaginai que nos cheminements différents et un peu d'air venu d'ailleurs pourraient éclairer mon questionnement.

Winnicott occupe une place particulière dans le monde analytique français. Il est estimé sans être annexé par telle ou telle « école » ou rejeté par d'autres, il bénéficie d'une sorte de respect unanime (ou presque). Ce qui est assez rare dans l'univers analytique (français ?) où les divergences et désaccords prennent la plupart du temps une tournure violente, source de rejet et de rupture. Néanmoins, il ne semble pas entraîner véritablement la conviction. Plus précisément on peut, en tout cas, constater que ses effets sur la technique de la cure ne sont pas officiellement pris en compte (par exemple par les standards de la formation du psychanalyste). Il est très difficile donc de cerner la part qui lui revient dans l'évolution de la théorie et de la clinique psychanalytique françaises. Une chose est sûre : il n'a pas « fait école », tout au moins officiellement. Peut-être est-ce « tant mieux » comme l'écrivait Pontalis<sup>1</sup>, ajoutant à ce « tant mieux » une formule qui me convient tout à fait : « Avec des maîtres la psychanalyse peut survivre quelque temps. Sans marteau ni maître, elle a une chance de vivre indéfiniment ». Peut-on faire l'hypothèse que c'est là, précisément, n'être pas un maître, ne pas avoir d'élève, ce qui lui aurait donné une influence particulièrement importante sans qu'on puisse nettement la repérer ? Une influence « subreptice », comme l'écrit Green, dans *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* où il se demande si « sans qu'on s'en soit douté » ne s'était pas « subrepticement » installée dans la pensée psychanalytique une sorte de troisième topique dont les pôles seraient le soi et l'objet.

Avant de se demander pourquoi les effets des inventions de Winnicott sont ainsi demeurés, en quelque sorte, officieux, j'aimerais m'arrêter un instant sur l'hypothèse de Green concernant les raisons de cette pénétration – si insidieuse soit-elle – des idées winnicottiennes. Selon A. Green, ce serait sous la pression qui a fait aspirer les psychanalystes au besoin d'une construction théorique plus fortement ancrée dans la clinique. A. Green met ainsi l'accent sur le clivage théorie/clinique et la survalorisation de la théorie, propres à la psychanalyse française. Je tendrais, pour ma part, à voir dans cette caractéristique un défaut, voire même une résistance. Dans un ouvrage ancien sur Winnicott (Ed. de l'ARC, 1977), J.B. Pontalis dans son article « Aller/retour » (un week-end à Londres) met très sérieusement en question les critiques faites sur ce point à Winnicott. Les Français d'alors (mais je ne suis pas certaine qu'ils aient beaucoup changé depuis) se plaisaient en effet à considérer nos collègues

---

<sup>1</sup> N° sur D.W. Winnicott, Ed. de l'ARC, 1977.

d'outre-manche, comme de piètres théoriciens, repérant la racine de ce « défaut » dans leur pragmatisme bien connu. Mais ils méconnaissaient ainsi leur propre inclination vers l'intellectualisme qui risquait de les rendre un peu sourd à la logique déroutante du fonctionnement inconscient. « Non, écrit Pontalis, l'insistance sur la clinique ne témoigne pas d'une incapacité théorique. » Personnellement je m'étonne qu'il soit nécessaire d'énoncer une telle évidence ! Si d'aucuns estiment encore aujourd'hui que les récits cliniques ne prouvent rien car leur côté anecdotique permet de leur faire dire ce que l'on veut (ce qui n'est pas faux), on pourrait faire exactement le même reproche aux savantes théorisations lorsqu'elles ne sont pas « fortement ancrées dans la clinique » et ressemblent alors à de purs exercices intellectuels qu'on pourrait qualifier de logomachies (« bataille de mots », « se payer de mots » disait Valabrega). Rappelons qu'à l'Ecole Freudienne la survalorisation de la théorie était institutionnalisée : ceux qui étaient au sommet de la hiérarchie, les AE (Analystes de l'Ecole), étaient reconnus en tant que théoriciens dominant de leur savoir ces besogneux qu'étaient les AME (Analystes Membres de l'Ecole). Je ne suis pas certaine que ce qui était ainsi « réglementé » sans équivoque à l'Ecole Freudienne ne continue pas de sévir, sans que cela soit dit clairement, dans les autres institutions françaises.

Or donc, selon Green, les travaux de Winnicott auraient peut-être eu cet heureux effet d'atténuer le clivage théorie/clinique et la survalorisation de la théorie. Notons que Green considère que les psychanalystes français se seraient laissé atteindre par les propositions de Winnicott sous la pression de l'expérience. Qu'est-ce à dire ? Sinon qu'il s'agit de la pression des difficultés et des obstacles rencontrés dans les cures ?

Cela peut être le cas, « si tout se passe bien », comme dirait Winnicott, les difficultés rencontrées dans la pratique, voire les échecs, peuvent avoir pour effet de pousser les analystes à s'ouvrir à de nouvelles conceptions et à poursuivre la recherche théorico-clinique. Freud lui-même lorsqu'il élabore la deuxième topique, le fait aussi sous la pression des difficultés qu'il rencontre dans la clinique. Mais il est vrai que sa place de fondateur lui permet d'accepter cette pression en ne mettant en cause que sa propre découverte et ne lui fait pas courir le risque d'être considéré comme un renégat.

La mise en cause de l'orthodoxie est sans doute une des raisons de l'aspect subreptice de l'influence de Winnicott. Cette mise en cause, en effet, n'est pas sans risque : outre celui de jeter le bébé avec l'eau du bain, soit celui de dérives qui pourraient édulcorer les fondamentaux de la psychanalyse, il y a à contrario celui d'un raidissement qui, au nom de la défense de la cause, transforme ces fondamentaux en dogme inattaquable. Cf. le cas de Ferenczi qui illustre ce double risque : son souci justifié d'une implication plus forte de l'analyste l'a conduit aux excès de l'analyse mutuelle qui faisait peu de cas de la nécessaire dissymétrie du couple analyste/analysant. Du coup, tout ce qu'il apportait néanmoins de nouveau à la technique et la théorie psychanalytique, et qui est aujourd'hui pris en compte et étudié, quels qu'en soient les excès, n'a eu droit de cité dans les références psychanalytiques que trente ans après sa mort.

Mais l'ambivalence dont font l'objet les positions de Winnicott a d'autres sources. Il en est une que je crois particulièrement importante : c'est que, contrairement à ce que l'on dit

parfois, la pensée de Winnicott est extrêmement complexe, de par la place essentielle qu'y occupe le paradoxe. Green écrit que Winnicott est l'analyste qui a poussé le plus loin l'usage du paradoxe. C'est là un aspect tout à fait important de son approche. Car le paradoxe caractérise précisément le fonctionnement de l'inconscient dont on sait qu'il ignore le temps comme la contradiction et conjoint aisément les contraires beaucoup plus qu'il ne les oppose. Accepter ce fonctionnement paradoxal chez l'analyste comme chez le patient est une ouverture notable à l'écoute de ce qui se passe dans la cure. Certes, lorsqu'il prend la forme d'une injonction, on sait qu'il peut rendre fou, c'est ce qui risque de se produire si les offres de réflexions de Winnicott se transforment elles-mêmes en dogme. Mais sur cet aspect, celui des risques de dérives que comporte toute innovation, je te laisserai la parole, je me bornerai pour ma part à signaler celles des conceptions de Winnicott qui ont eu, ou, à mon avis, devraient avoir une notable influence sur la position de l'analyste et la technique de la cure.

Ce sont essentiellement les notions d'objet et d'espace transitionnels qui ont nourri mes réflexions et interrogations. Winnicott considère l'espace analytique, ce lieu (*topos*, racine grecque du mot topique) de la rencontre analyste/analysant, comme un espace transitionnel. Il est donc tout à fait logique d'évoquer l'existence d'une troisième topique et de se questionner sur ce qu'elle modifie dans l'écoute, la position, et la technique de l'analyste.

Une remarque préalable : j'ai précisé que mon questionnement concernait essentiellement la psychanalyse française. On ne s'attache pas assez aux effets du *socius* sur l'évolution de la psychanalyse et c'est tout à fait regrettable. Si l'on peut dire que l'inconscient ignore le temps, il est absurde d'en conclure que la façon de traiter cet objet – l'inconscient – du point de vue théorique mais aussi technique, existe en dehors de toute réalité – sociale, politique, idéologique, économique, etc. – réalité qui ne cesse de se modifier avec le temps. Du reste, les mêmes qui semblent ignorer superbement le temps qui passe et les espaces qui diffèrent ne se gênent pas pour critiquer la psychanalyse étrangère, américaine, anglaise ou autre. A. Green, avait noté qu'il existait sans doute un Winnicott anglais différent d'un Winnicott français. Celui-ci serait plus apprécié chez nous que dans son propre pays. C'est possible et l'on pourrait ainsi se demander ce qu'il reste du Winnicott anglais dès lors que les Français, en se l'appropriant, le naturalisent ! C'est aussi ce qui m'a incitée à faire appel à toi. On est en droit de faire l'hypothèse que le Winnicott israélien est lui aussi différent du Winnicott anglais et français. Ces différences selon les temps et les lieux peuvent nous apporter des éclairages sur l'évolution de la découverte analytique, sur ses impasses, ses régressions comme ses avancées.

Il faut insister sur le fait que Freud renonce à sa première théorie des pulsions sous la pression des difficultés rencontrées dans ses cures. Or il n'est pas évident que le passage à la deuxième topique ait réussi à pallier ces difficultés. Ce passage ouvre d'autres pistes mais en ferme d'autres ou en tout cas les laisse inachevées (notamment celle du narcissisme).

Revenons à l'espace transitionnel. Il concerne, on le sait, l'*infans* au tout début de son existence. Si « tout se passe bien », cet espace est celui où la psyché de l'*infans* est confondue avec celle de la mère qui, s'adaptant suffisamment aux besoins de l'enfant, va lui permettre de passer de l'omnipotence à l'autonomie et d'être un sujet vivant, c'est-à-dire créatif. Il s'agit d'un espace potentiellement créatif, car il ne le sera que si l'environnement est tel que l'*infans*

peut «trouver-crée» l'objet. Nous connaissons tous, je crois, cette théorie de Winnicott, ici brièvement résumée. Si on reprend chaque terme de ces propositions : la place et le rôle de l'objet, son utilisation, l'objet créé/trouvé, l'espace transitionnel, on verra que le paradoxe domine et que la place et le rôle de l'analyste dans la cure en sont nécessairement modifiés.

Ainsi au tout début de l'existence, « Les psychés mère/enfant sont confondues ». Si on peut l'affirmer en ce qui concerne le nourrisson, ce n'est que partiellement vrai en ce qui concerne la mère. Fort heureusement. C'est bien pour cela que Winnicott parle d'une mère « assez bonne » (*good enough*), et non « suffisante », une mère soucieuse de deviner les besoins de son enfant, mais qui se trompe parfois et n'en a pas pour autant renoncé à ses autres investissements. Faute de quoi, si l'enfant devient pour la mère « l'unique objet » il pourrait bien devenir un enfant « non né », formule chère à notre collègue et ami André Missenard, quelles que soient les formes que puisse prendre cette « non-naissance », faux self, psychose, narcissisme mortifère. Or, nous sommes généralement tous d'accord pour reconnaître que, dans notre clientèle actuelle, nous avons de plus en plus souvent affaire à ces non-sujets. Dans le travail que poursuivait André Missenard avant de nous quitter, ces non-sujets occupaient une place importante. Il m'avait rapporté la formule exemplaire d'un patient : « Je/ne pas », sorte de lapsus, en forme d'élimination du verbe être. Cette « difficulté d'être » propre sans doute à ce que nous appelons « les nouvelles pathologies » d'une manière ou d'une autre nous concerne tous, si « bons névrosés » soit-on. Certes, si ce « non-être » envahit toute la scène analytique ou s'il ne fait que sous-tendre une construction névrotique, le tableau clinique est différent. Quoiqu'il en soit, ce n'est jamais absent. Et la transformation qu'on peut attendre d'une cure analytique ne peut advenir si l'on laisse de côté cet aspect premier du psychisme humain.

Quant à l'objet créé/trouvé, Winnicott le désigne lui-même comme « un paradoxe qu'il faut accepter comme tel, sans chercher à en modifier la formulation » : pour que l'objet soit créé il faut qu'il puisse être trouvé, et il ne peut être trouvé que si l'enfant grâce à l'environnement « assez » bon a la capacité de le créer. On retrouve ici la « causalité circulaire », souvent évoquée par Jean-Paul Valabrega, qui comme le paradoxe est le propre de la vie inconsciente. On voit combien la fonction maternelle est complexe et paradoxale puisque c'est en acceptant d'être utilisée par l'*infans*, en tentant d'être au plus près de ses besoins, qu'elle va lui permettre de s'autonomiser, de « s'inventer lui-même » et devenir créatif.

Mais laissons de côté la mère qui fera ce qu'elle peut et revenons à la technique analytique. L'analyste n'est pas la mère de ses patients, pas plus qu'il n'est un père du reste, et l'analysant n'est pas un nourrisson en détresse. Mais il y a évidemment du nourrisson en détresse en chacun de nous et l'analyste doit pouvoir l'accueillir. Accueillir la détresse du nourrisson, toujours présent chez l'adulte qui fait appel à l'analyste, la prendre en compte, voire la prendre en soi, la repérer lorsqu'elle se manifeste, toujours masquée et d'autant mieux masquée que le discours du patient se montre logique, rationnel, hermétique à la métaphore et à la polysémie du langage, exige de l'analyste une souplesse psychique, véritable acrobatie beaucoup plus difficile à atteindre que la classique « neutralité bienveillante ». Notons déjà que cette formule, si classique qu'elle a pris valeur de dogme, est une contradiction dans les termes : si l'on est neutre on n'est ni bienveillant ni malveillant. Il nous reste à traiter la formule comme un oxymore (comme une « obscure clarté »), soit à admettre qu'être neutre, c'est être capable –

autant que faire se peut – de repérer à quel point et comment, à chaque moment passé avec le patient, l'analyste n'est jamais neutre. La bienveillance consisterait alors peut-être à accueillir sans honte et sans crainte cette absence de neutralité. On pourra rencontrer ainsi, entre autres sentiments divers, variés et paradoxaux, la « haine dans le contre-transfert » que Winnicott fut le premier à oser énoncer. Si l'on admet cette définition de la neutralité qui consiste à accepter qu'elle n'existe pas et que c'est précisément de cette absence de neutralité dont on peut se servir dans la cure, c'est bien l'usage du contre-transfert qui revient au premier plan, cessant définitivement d'être un obstacle dont on devrait, comme le préconisait Freud, se débarrasser par un plus d'analyse (tous les cinq ans !).

Mais si, désormais, l'on reconnaît en effet que le contre-transfert fait partie intégrante du processus de la cure, l'usage qu'on en fait n'est pas toujours convaincant. En effet cette méfiance vis-à-vis du contre-transfert, le « mauvais usage » du concept (cf. Piera Aulagnier « du mauvais usage de l'identification projective » in *L'apprenti historien et le maître sorcier*) est bien à mettre au compte du narcissisme de l'analyste, que l'on sait fort répandu. Dans les échanges cliniques, supervisions, groupes de travail, exposés, les références aux manifestations contre-transférentielles sont rares ou bien, comme l'a fort bien montré Piera Aulagnier dans le texte précité, utilisées de manière à les imputer à l'analysant, en invoquant par exemple « l'identification projective » (du style : « je (l'analyste) suis très angoissé, c'est le patient qui dépose en moi son angoisse » par un retour remarquable à l'analyste « neutre », indifférent, pur reflet de ce que vit le patient, parfaitement dégagé de ses propres symptômes, inhibitions et angoisses ! Malgré les avancées dues à Winnicott, et largement reprises et développées par nombre d'auteurs, tels en France, Green, Roussillon, Baranès qui effectivement font de l'analyste un « médium malléable », terme emprunté à Marion Milner, un objet transformationnel, un objet à « utiliser » par le patient, il semble qu'en France, l'analyste ait quelque difficulté à s'éloigner de l'analyste sphinx, pur déchiffreur du texte de l'inconscient... inconscient d'un autre, car, en ce qui le concerne, il « serait au clair ». Alors que nous savons bien à quel point souvent il est ardu de démêler le tien du mien.

Parmi tous les auteurs qui ont su tirer profit des apports de Winnicott, Roussillon occupe une place importante. Sa courte intervention orale au cours du congrès de 2011 est tout à fait remarquable. Il souligne précisément le titre du congrès, consacré « au » maternel et non à la mère, soit à cette *fonction* d'objet utilisable pour l'*infans* qui peut ainsi le trouver/créer. Il montre comment la mère et l'enfant se cherchent l'un l'autre et fait l'hypothèse, qu'on a pu trouver aussi dans le travail de Patrick Miller (cf. son ouvrage *Le psychanalyste en séance*) d'une *attente* chez le nourrisson, une sorte de préconception qui ne prendra forme et vie que selon ce que l'enfant va trouver chez l'objet. Il insiste sur la notion de *déception* vécue par l'*infans*, déception qui implique cette *attente* et qui est bien souvent la source des traumatismes précoces. Il s'agit bien d'un échange, d'une rencontre bien différente du pur reflet dans la glace du miroir. L'analyste ne peut rester sourd à cette attente : il ne saurait être « de glace », car si tel est le cas il ne réfléchit rien ! Sa position alors, comme on l'a vu, non seulement implique une conception particulière de la « neutralité », mais aussi remet en question le fameux silence de l'analyste. La fonction silencieuse, qui consiste en réalité à mettre en suspens des préoccupations qui ne concernent pas le patient, est trop souvent confondue avec le mutisme. Le mutisme est

synonyme de rejet et son effet souvent mortifère ; la fonction silencieuse, position en creux, est au contraire accueil et ouverture à la parole mais aussi à toutes les manifestations de recherche et de curiosité du patient. « L'analyste ne répond pas aux questions de l'analysant » est un dogme absurde. Que l'analyste ait à prendre le temps nécessaire pour reconnaître, à travers les demandes que lui adresse le patient, de quelle attente il s'agit véritablement, ne signifie pas du tout qu'il doive opposer à toute question un mur de silence. Même s'il doit se garder de « converser » avec son patient, ce qui, tout le monde le sait, est une façon de parler littéralement *pour* ne rien dire, il est nécessaire que l'analyste ait du « répondant ». Lorsque Freud, qui n'était pas du tout silencieux, répond à l'homme aux rats qu'il « n'est pas en son pouvoir » de le dispenser – comme il le lui demande – du récit du supplice infligé par le capitaine cruel, il ne lui oppose pas un mutisme qui irait plutôt dans le sens de la cruauté du dit capitaine.

De même, je ne crois pas qu'on puisse encore affirmer que l'interprétation soit « l'outil privilégié du psychanalyste ». Surtout si l'on fait de la prise de conscience le but de la cure. La prise de conscience sous la forme d'une compréhension des motifs de nos souffrances, inhibitions, et autres équivoques, peut certes, parfois, un temps, être rassurante lorsque nos égarements éveillent en nous la crainte de la folie. Mais en général, elle ne modifie que peu ces égarements et ne met pas un terme à la répétition. Peut-être faut-il repenser ce qu'on appelle « interprétation ». Elle est certainement plus efficace si elle réussit à avoir la fonction de « porte-parole », telle que l'a élaborée Piera Aulagnier, soit trouver des mots pour un vécu innommable, et favoriser ainsi « ce qui ne se répète pas dans la cure ». (cf. Piera Aulagnier et Patrick Miller) plutôt que pointer ce qui ne cesse de se répéter.

Il est vrai que le paradoxe dominant ne nous rend pas les choses faciles. Déjà dans le recueil de 1977, Green écrivait qu'il s'agissait pour Winnicott de « recréer un modèle qui supposera le contact le plus intime avec l'enfant - il faudrait même dire l'infans et d'exclure tout contact direct par des voies autres que psychiques. » A. Green fait remarquer à juste titre que ce dernier point est commun à toute pratique analytique, mais le paradoxe est ici porté à son point culminant puisque, et je souligne, « il vise ainsi à créer une situation où le contact physique est la condition même de la communication entre l'infans et l'objet ». Il faut donc donner au corps la place essentielle qui est la sienne, en évitant tout contact. On pourrait ainsi reprendre toutes les propositions de Winnicott, on y repèrerait à chaque fois la marque du paradoxe. On comprend alors que le psychanalyste recule devant cette position acrobatique et soit revienne à une pratique plus orthodoxe, soit caricature les positions de Winnicott.

Pour résumer les changements que pourraient apporter à la technique de la cure les élaborations de Winnicott, on pourrait dire qu'elles tendent toutes à rendre l'analyste plus actif – rejoignant par là les approches de Ferenczi. Ni indifférent, ni neutre, il doit savoir répondre présent à l'appel du patient, sans pour autant répondre à sa demande explicite. La fonction silencieuse n'a rien à voir avec la quantité de parole et s'oppose au mutisme. L'analyste est un acteur de la scène analytique et l'espace de la cure, cet espace transitionnel selon Winnicott, mérite d'être considéré comme un lieu où se dramatisent les enjeux du patient avec la participation de l'analyste. On rejoint là une formule de J.B. Pontalis (tirée

toujours de son article « Aller/retour »), tout ceci pour que la rencontre analytique devienne : « un jeu pour chercher ensemble ce que nous ignorons ».

*(J'ai terminé par un exemple clinique qu'il m'est évidemment impossible de rendre public)*

PS : On pourra constater ces transformations de la technique de la cure chez de nombreux auteurs. Tous pourtant ne se réfèrent pas à Winnicott. On peut se demander s'il n'a pas été, avec Ferenczi, le porte-parole d'un courant de pensée, d'une créativité dans notre domaine qui, s'appuyant sur les impasses, les difficultés, les questions posées par la clinique, a « subrepticement », pour reprendre la formule de Green, profondément modifié la position de l'analyste. Et ce, en se référant parfois à des théorisations différentes. C'est là l'hypothèse optimiste : celle d'une psychanalyse vivante et inventive, « fortement ancrée dans la clinique ». L'hypothèse pessimiste mettrait l'accent sur les obstacles que génère l'institutionnalisation de la psychanalyse, en ce qui concerne notamment les cursus de formation des psychanalystes. On pourrait alors constater un clivage entre une psychanalyse officielle, tendant à se scléroser et une pratique plus inventive mais qui demeurerait d'une certaine façon clandestine. Un tel clivage favoriserait les dérives, puisque les pratiques nouvelles ne feraient pas l'objet de débats publics. Il est possible que les deux hypothèses aient leur part de vérité et qu'on retrouve là le sempiternel problème du verre à moitié vide ou à moitié plein.

#### Commentaire, par Alice Buras

Tout d'abord, merci à Yvonne pour ce remarquable exposé avec lequel je suis entièrement d'accord, tant sur la place éminente que Winnicott occupe dans la psychanalyse contemporaine que sur l'influence que ses positions théoriques devrait avoir sur la technique. C'est dire que je ne viens pas apporter la contradiction, mais plutôt parler d'une autre place, d'un autre point de vue. En effet, comme Yvonne le dit, si le Winnicott français n'est pas le même que l'anglais, il ressemble encore moins au Winnicott israélien. En Israël, Winnicott est connu, respecté, révééré. Il existe même en Israël un Institut Winnicott qui n'est pas un Institut de Psychanalyse, mais un Institut de formation pour thérapeutes en tous genres (assistants sociaux, thérapeutes par le mouvement, le dessin, la lecture, etc.). Winnicott est cité dans tous les congrès, plus que Freud lui-même ! Il faut dire que pour bien des psychanalystes israéliens, Freud appartient au passé. Bien que, ces dernières années, grâce aux efforts d'un groupe de psychanalystes francophones, la situation soit en train d'évoluer. En d'autres termes, nous ne luttons pas pour introduire les idées innovantes de Winnicott contre un establishment psychanalytique freudien ou lacanien, rigide et dogmatique, mais plutôt pour sauvegarder plus de rigueur dans une pratique souvent trop éloignée des principes fondamentaux de la psychanalyse.

Premier point : y aurait-il une troisième topique ? C'est Green qui émet cette hypothèse en 1983, c'est-à-dire il y a presque trente ans, dans sa préface de *Narcissisme de Vie, Narcissisme de Mort*. Pourquoi une troisième topique ? A cause de l'usage du *self*, concept qui n'est pas utilisé par Freud. Mais d'après Jan Abram, qui a fait paraître en 1996 *Le langage de Winnicott*, qui fait autorité, le terme de *self* n'est pas précis chez Winnicott. Souvent il est utilisé de façon

interchangeable avec les mots *moi* ou *psyché*. Le *self* est surtout une description psychologique de la façon dont l'individu se vit subjectivement. Le *self* commencerait chez le nouveau-né comme un potentiel, et si l'environnement est « assez bon », il va se développer et l'individu va être capable de distinguer entre moi et non-moi. Quoi qu'il en soit, pas de troisième topique, ni de nouvelle métapsychologie, car Winnicott a toujours soutenu qu'il se situait dans une stricte tradition psychanalytique orthodoxe et il a toujours refusé de se voir chef de file d'une nouvelle école psychanalytique, comme d'autres l'avaient fait avant et après lui : Melanie Klein, Kohut, Lacan, etc. Pourtant les contributions de Winnicott à la psychanalyse sont essentielles et loin de moi de vouloir minimiser leur aspect original et même parfois révolutionnaire : l'espace et l'objet transitionnel, l'importance du jeu, l'influence de l'environnement, le paradoxe à accepter sans vouloir le résoudre de l'objet trouvé-créé, etc., etc. Toutefois je voudrais montrer les limites de Winnicott et surtout les dérives inquiétantes qui ont pris appui sur la théorisation de Winnicott.

Tout d'abord, bien sûr, Winnicott appartient à la psychanalyse anglo-saxonne, plus près de la clinique, comme le dit André Green : « sa pensée reflète avant tout la richesse vivante d'une expérience plutôt qu'une érudition schématisante », en d'autres termes il s'agit d'une tradition empirique et pragmatique, avec les impasses auxquelles cela peut conduire quand il s'agit avant tout d'aider, de soigner le patient. Si en France les grands noms de la psychanalyse, Anzieu, Laplanche, Pontalis ont tous une formation philosophique, en Angleterre, aux U.S.A. les psychanalystes sont dans leur grande majorité médecins, psychiatres, pédiatres ; pendant longtemps, aux Etats-Unis, la profession de psychanalyste était même interdite aux non-médecins. On fait de l'analyse quand on peut, et sinon on n'en fait pas, dit Winnicott. La question est : quand n'est-il pas possible de travailler comme psychanalyste ? Quand on juge que le patient n'est pas en état de supporter la frustration inhérente à la situation analytique, ou quand le thérapeute ne réussit pas à tenir sa place d'analyste ? Faut-il donner la priorité à l'aide immédiate, concrète au patient ? Cela est souvent bien tentant, tellement plus facile !!

Sur le plan théorique, comme on le sait, Freud se centre sur le sujet et la pulsion, on lui a reproché de prôner une « *one-body psychology* », d'être trop solipsiste, comme dit A. Green. Pourtant il est impossible de prétendre que celui qui a inventé le complexe d'Œdipe serait uniquement centré sur la pulsion et ignorerait l'objet. Il faut néanmoins reconnaître que c'est Winnicott qui nous invite à prendre beaucoup plus en considération l'environnement et insiste sur le rôle majeur de l'autre et avant tout de la mère *good enough*, assez bonne. En France, à la suite de Freud et de Lacan, le complexe d'Œdipe est l'organisateur numéro un de l'appareil psychique, même aux stades prégénitaux, et le père, représentant de la Loi, qui interdit et qui frustre, a un rôle essentiel dans le développement de l'enfant. Dans la psychanalyse anglo-saxonne et israélienne on se centre bien davantage sur le premier objet : la mère. Et souvent, la métaphore de la cure est celle des soins de la mère pour son bébé, voire celle de la grossesse et de l'accouchement. Ces métaphores peuvent rendre compte d'un début de cure avec un patient très régressif, mais elles sont limitatives et servent souvent à refouler le matériel sexuel plus gênant et plus difficile à gérer pour le patient comme pour le psychanalyste, surtout quand il s'agit de psychanalystes anglo-saxons ou israéliens, souvent très puritains. Qu'on se souvienne du témoignage poignant de Margaret Little sur son analyse avec Winnicott : « Il gardait mes deux mains serrées entre les siennes pendant de longues heures, presque comme

un cordon ombilical, tandis que moi, j'étais allongée, silencieuse, enragée, paniquée ou en larmes... Lui a dû être épuisé, il a même dû avoir mal aux mains. » Et les petits gâteaux qu'il lui donnait, lors des séances, et la conclusion que M. Little donne à son récit : « l'important est d'apprendre de nos patients comme une mère apprend de son nourrisson ». Winnicott lui-même donne la relation mère-enfant comme modèle de la relation psychanalytique, mais, dit-il, « l'activité des mères est ce qu'on ne peut pas enseigner ». On voit que d'un commun accord, le matériel libidinal œdipien n'est pris en considération ni par M. Little ni par Winnicott. Pourtant, les mains de Winnicott, leur contact, leur chaleur, ce n'est pas seulement un cordon ombilical. Cela nous montre que même Winnicott n'a pas toujours pu, su rester dans le paradoxe et tenir la position acrobatique qu'il prône : donner au corps la place centrale qui est la sienne en évitant tout contact physique réel. Et M. Little raconte combien elle s'est sentie jalouse lorsque Winnicott lui annonce son divorce et son prochain remariage. Apparemment il est souvent plus facile pour l'analyste de se voir en mère idéalisée, toute-puissante, ou même haïe, dévorante, destructrice, qu'en objet du désir sexuel de son patient.

Autre exemple du travail de Winnicott d'après l'article d'André Green, « L'intuition du Négatif chez Winnicott » de 1997. Dans cet article (d'abord conférence prononcée à la *Squiggle Foundation* à Londres), Green parle d'une patiente de Winnicott, dont il avait hérité, celle-ci avait voulu reprendre son analyse avec Winnicott, mais cela n'avait pas été possible car Winnicott était mort entre temps. Elle avait donc été adressée à Green car lui avait-on dit : « Green est une sorte de Winnicott français ! » Ce n'est qu'après un certain temps que Green réalise que cette patiente est celle dont Winnicott parle dans son article : « Objets et Phénomènes transitionnels » paru dans *Jeu et Réalité*. Et nous avons le récit des deux séances, celle qui avait eu lieu avec Winnicott et celle avec Green, quinze ans après. La comparaison est très intéressante : la sexualité est très présente dans la séance avec Green et totalement absente de celle avec Winnicott. Bien sûr du temps a passé entre ces deux séances, du travail a été fait et c'est peut-être ce qui permet d'aborder avec Green une problématique hors d'atteinte au temps de Winnicott. Possible mais insuffisant. De toute évidence Winnicott choisit de se centrer sur la relation à la mère et ignore la relation très proche et très investie que la patiente avait eue avec son père à l'adolescence, relation si intense que la mère de la jeune fille en était très jalouse. Par la suite, la patiente s'était mariée avec un homme sexuellement perturbé dont elle avait divorcé, épisode traumatique dont Winnicott ne dit mot. Et enfin cette patiente interrompt son analyse avec Winnicott pour se consacrer à une relation amoureuse vite interrompue. Tout cela n'est pas anodin et a forcément influencé la relation T-CT, aspect que Winnicott avait laissé de côté, ce qui explique peut-être le passage à l'acte de la patiente : l'interruption de son analyse. Adam Philips, psychanalyste anglais, grand spécialiste et admirateur de Winnicott, se pose la question : est-ce que la sexualité serait le point aveugle de Winnicott ? Pas vraiment, nous dit-il : « Il est important de ne pas lire Winnicott trop littéralement, de ne pas présumer que lorsqu'il parle des mères et des tout-petits, ce qui est presque tout le temps le cas, il ne fait que cela... lorsque Winnicott écrit sur ce que les bébés font avec, et ne veulent pas faire à leurs mères, il est aussi en train d'écrire sur la sexualité et sur le désir ». Peut-être, néanmoins on ne peut nier que chez Winnicott, les pères sont entre guillemets ou entre parenthèses et que l'érotisme ne joue guère de rôle. Toutes les découvertes majeures de Winnicott : les phénomènes transitionnels, la créativité

primaire, le vrai et le faux-self ne sont jamais décrits du point de vue de la différence des sexes. Après la guerre, si en France, sous l'influence de Lacan, il y a eu un retour à Freud, en Angleterre, sous l'influence de M. Klein et de Winnicott, il y a eu un retour aux mères.

Cela dit, je n'ai ni l'intention ni la prétention de critiquer l'œuvre de Winnicott, mais de montrer les points plus faibles, ou plus négligés dans sa théorisation, qui servent de point de départ à des dérives très douteuses de la théorie et de la pratique psychanalytique : la psychanalyse intersubjective et la psychanalyse relationnelle qui connaissent un grand essor et une popularité croissante aux Etats-Unis et en Israël. Je ne pense pas que ces théories aient un grand impact en France. Avez-vous lu les ouvrages de Steve Mitchell, de Louis Aaron, de Jessica Benjamin, de Hoffman pour ne citer que quelques uns parmi beaucoup d'autres ? Connaissez-vous leurs noms ? Très schématiquement, ces auteurs s'appuient sur Ferenczi et sur Winnicott pour établir avec le patient une relation qui se veut réciproque. Ils s'insurgent et condamnent la relation entre un analyste qui sait (et non un analyste supposé savoir) et un patient qui résiste, modèle qui n'est pas le nôtre sans pour autant que nous adoptions les modèles dits relationnels. Par exemple, André Green, Bollas recommandent de montrer au patient, ou plutôt à certains patients, les associations, l'élaboration mentale qui nous ont permis d'arriver à telle ou telle interprétation, ce qui invite le patient à faire de même et à développer ses capacités d'associations libres et de créativité. Quant au courant le plus extrémiste de la psychanalyse relationnelle, il réclame non seulement l'égalité, la réciprocité, mais aussi la symétrie dans la relation analytique. Winnicott leur sert de justification : « c'est un signe de santé mentale de pouvoir pénétrer en imagination dans les pensées, les sentiments de quelqu'un d'autre, mais aussi de permettre à cet autre de procéder pareillement avec nous, nous n'avons qu'un seul statut unique : celui de deux êtres humains ». Et le psychanalyste relationnel s'appuie sur ce texte, entre autres, pour se livrer au « *self disclosure* », c'est-à-dire qu'il révèle au patient ses associations personnelles, il découvre son contre-transfert, dans un souci de totale égalité et transparence, ce qui lui permet bien souvent un épanchement narcissique des plus jouissifs. On oublie que le centre de gravité est et devrait rester le patient ! Et la relation devient l'instrument thérapeutique des deux protagonistes ! Cette réciprocité, cette symétrie permettent d'effacer les différences, de ne pas se confronter à la séparation et à la frustration. L'interprétation n'a plus guère de place, et l'inconscient non plus. Nous sommes loin de la vignette clinique exemplaire d'Yvonne où ce qu'elle dévoile à sa patiente de ses problèmes actuels d'œil va permettre de mieux saisir la polysémie du rêve de celle-ci, sur la façade en « trompe l'œil ».

J'ai voulu souligner les dangers d'une lecture superficielle, partielle et partielle de Winnicott qui mène à une simplification caricaturale de ses théories. De toute façon, ce qu'un génie comme Winnicott peut se permettre, inventer, improviser avec ses patients n'est pas exportable pour les travailleurs ordinaires de la psychanalyse que nous sommes. C'est peut-être la raison pour laquelle il n'a jamais voulu servir de modèle, ni fonder d'école. Mais j'adhère pleinement à sa conception de la cure : le psychanalyste n'est pas un interprète traducteur de l'inconscient du patient. Il est une sorte d'hôte, il crée le dispositif, le cadre de confiance qui va permettre au patient (dans l'idéal en tout cas) de faire le travail, de se révéler à lui-même, de s'auto-interpréter. Chaque patient a son idiome personnel, intime et l'analyste doit être polyglotte. Il doit être souple, mère contenante, père œdipien, frère ou ami rival, savoir jouer

entre les multiples places transférentielles et surtout savoir écouter et attendre. Comme le recommande Christopher Bollas, ne pas chercher trop vite à comprendre, ne pas se précipiter sur l'interprétation qui va créer de la dépendance et restreindre les sens multiples du discours, il faut être réceptif aux moindres détails et être curieux, ce qui encourage le patient à s'intéresser à son monde intérieur. Il faut du temps pour qu'il commence à entendre ce qu'il dit. Mais ce n'est pas du temps perdu car les associations libres sont en soi thérapeutiques, elles libèrent le patient de ses fixations et inhibitions et lui permettent de développer ce que Christopher Bollas appelle la *genera*, c'est-à-dire les capacités créatrices chères à Winnicott.