

APPORTS DE WINNICOTT A LA PSYCHOSOMATIQUE PSYCHANALYTIQUE

Philippe Jaeger

Lundi 11 Juin 2011

« La maladie c'est l'esprit qui a lâché le corps. »

Pierre Marty

(in Psychosomatique » ; entretiens avec N.Nicolaïdis, p.50)

« On doit être capable de voir la valeur positive
du trouble somatique qui compense une
« séduction » du psychisme par l'esprit »

D.W. Winnicott

(in « L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma »)

--- Première partie ----

Après le rapport de Lausanne de Claude Smadja en 1998 : « Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique » J'ai commencé à envisager l'existence d'une théorie psychosomatique chez Winnicott avec un premier article : « Pensée opératoire et dissociation psyché-soma selon Winnicott » (1998 Revue française de psychanalyse). Suivront une douzaine d'écrits venant scander un parcours sans fin dans l'œuvre inépuisable de Winnicott et les travaux des psychosomaticiens de

l'Ecole de Paris alors que je poursuivais depuis peu un travail psychanalytique au près de patients somatisants à l'Institut de psychosomatique Pierre Marty (IPSO), travail singulier ou Winnicott trouvait pour moi progressivement sa place entre Freud et Marty.

Ces années là, je redécouvrais l'importance des phénomènes transitionnels et de l'objet transitionnel, « l'un des ponts qui rend le contact possible entre la psyché individuelle et la réalité externe » dans une aire intermédiaire entre la créativité primaire et la perception fondée sur l'épreuve de réalité. « Lieu ou nous vivons » (Winnicott, 1971) lorsque nous faisons l'expérience de la vie.¹ L'IPSO, structure suffisamment souple et accueillante, offrait un cadre à ce type d'expérience.²

Je découvrais dans « Jeu et réalité » plusieurs cas cliniques de somatisations avec présence d'un objet transitionnel figé et perversifié.

Je découvrais, sans pouvoir en tirer toutes les conséquences théoriques et techniques, qu'un objet n'était bon que s'il avait été préalablement créé et que la satisfaction pulsionnelle seule ne suffisait pas pour conférer à l'objet cette qualité.

La théorie du développement précoce de Winnicott insistait sur le rôle déterminant des objets externes, la personne de la mère puis du père, dans l'instauration des phénomènes transitionnels, pour permettre à la psyché de l'infans de se construire à partir de l'unité individu-environnement. Je commençais à entrevoir comment la difficultés personnelles de la mère et sa

¹ Winnicott, Jeu et Réalité, (1971) chapitre : « Le lieu ou nous vivons » : « Lorsque nous considérons la vie des êtres humains, il y a les gens qui aiment penser superficiellement en terme de comportement, de réflexes conditionnés et de conditionnement ; cela conduit à la thérapie comportementale.....par opposition à ceux qui mettent l'accent sur la vie interne...J'essaie de me situer entre ces deux extrêmes. Si nous pensons à notre manière de vivre, nous trouverons que nous passons la plupart de notre temps, ni à faire des choses, ni dans la contemplation ; mais quelque part ailleurs : ou ? Je tente de répondre à cette question. »

² Dont un séminaire : « Winnicott et la psychosomatique » ouvert depuis 2008 dans le cadre du Centre d'Enseignement et de Formation de l'IPSO.

manière d'être avec son nourrisson pouvait faire retour dans la relation analytique de manière souvent imprévisible et comment cela pouvait être interprété dans le transfert et permettre de comprendre l'origine de certaines distorsions précoces de la personnalité, voir de les surmonter.

La psychanalyse française a eu tendance à laisser de côté cet apport majeur de Winnicott et à le présenter de manière caricaturale comme une mère réparatrice, peu compatible avec les idées de l'auteur de « La haine dans le contre-transfert » et de l'amour impitoyable. Il est nécessaire de bien distinguer la valeur heuristique d'un modèle théorique de l'usage que chaque psychanalyste peut en faire pris dans les aléas du contre-transfert.

J'apprenais combien il était important que l'objet puisse se laisser atteindre, sans représailles ni retrait, survivre à la destructivité du patient, permettant ainsi à la vie fantasmatique d'émerger et de se distinguer de la réalité partagée. Ce lent processus d'externalisation de l'objet subjectif en objet objectif, préalable à la névrose de transfert analysable, suppose que l'analyste parvienne se présenter (« *object presenting* ») comme un phénomène transitionnel du patient, comme un objet créé trouvé, dans ces moments nécessaires d'illusion.

La clinique me confirmait la parenté décrite par Claude Smadja, dans son rapport, entre les états opératoires et les cas limites : qualité de la détresse, dépression qualifiée de primaire, troubles de la pensée avec « morcellement des réseaux de représentations et des affects ».

Je trouvais des analogies entre le faux-self décrit par Winnicott chez les cas-limites et le conformisme ou « le masque social de la bienséance » chez le patient opératoire décrit par Pierre Marty qui me semblait proche du patient schizoïde décrit par Fairbairn, "cet homme normal de structure psychotique" dont le psychisme est la métaphore d'un organisme individuel qui doit lutter

pour maintenir sa forme alors que l'analyste est traité comme un objet clivé. De plus le surinvestissement du perceptif, décrit chez l'opérateur, se trouvait être une des modalités de fonctionnement rencontrée dans les états-limites.

Chez l'opérateur, comme dans les états-limite, l'objet investi et distinct de soi n'était pas tout à fait construit car la perte de l'objet primaire n'était pas surmonté. L'espace potentiel de symbolisation était endommagé ou détruit et faute de ce troisième espace intermédiaire était maintenu par clivage une pseudo-altérité entre le sujet et l'objet.

Je commençai à retrouver dans la clinique psychosomatique la question des défaillances de l'analyste, rencontrée dans les cures d'états-limites - une mère parfaite ne serait pas plus qu'une hallucination dit Winnicott - défaillances qui donnent accès aux traumatismes précoces à l'origine de distorsions de la personnalité au stade où la mère fait encore partie de l'enfant. Dans ces conjonctures cliniques le présent de la situation analytique a tendance à devenir le passé, forme insolite de remémoration.

LA QUESTION CRUCIALE DES DÉFAILLANCES DE L'ENVIRONNEMENT

Le « self » d'un nourrisson peut se dissocier, forme sophistiquée de désintégration, au stade de l'unité individu-environnement par soumission au désir maternel anti-pulsionnel. Le nourrisson qui a subi des traumatismes par empiètement consécutifs aux défaillances excessives de l'environnement s'attachera à reconnaître l'humeur de sa mère afin de prévoir l'imprévisible. La perception remplacera l'aperception, le centre de gravité de la personnalité se déplaçant du centre vers la périphérie du sujet, celui-ci aura « une existence réactionnelle » aux stimuli extérieurs. L'enfant maintiendra un lien artificiel et soumis à la mère alors que le vrai-self pulsionnel, dissimulé et protégé par le faux-self, restera isolé et privé de nouvelles expériences. Sans

espace intermédiaire de symbolisation le sujet sera privé de sa capacité de jouer et de créer ses objets et le monde, espace intermédiaire ou l'analyste est et n'est pas l'analyste.

Nous entrons avec Winnicott dans une nouvelle conception du narcissisme, narcissisme contenant l'histoire des relations précoces entre le sujet et sa mère. C'est une conception non solipsiste, contrairement à la conception freudienne, car elle fait jouer à l'objet un rôle déterminant aux distorsions subies au stade du narcissisme. Le narcissisme du sujet contiendra l'histoire précoce de ce lien à l'environnement premier.

Quand le défaut d'adaptation de l'environnement est excessif le bébé survit au moyen de l'esprit ou intellect et délaisse le fantasme. Privé du miroir maternel, le bébé voit sa mère au lieu de se voir, il développe l'activité perceptive et l'intellect pour affronter les déficiences de l'environnement. L'intellect remplace la mère, Winnicott dira même que l'intellect « usurpe » le rôle de la mère, pour prendre en charge le sujet. Ceci a des conséquences importantes sur la technique de l'analyste qui cherchera à ne pas stimuler l'intellect, devenu une forme de faux-self.

Le patient évoqué par Claude Smadja dans son rapport évoque une rechute de sa maladie pendant les grandes vacances. Il dit à son analyste qu'il ne supporte pas « sa défaillance » (à lui, le patient). La défaillance que le patient s'attribue m'avait évoqué cette affirmation de Winnicott : « Un patient cherchera toujours à tirer parti des facteurs personnels et internes, qui lui assurent un certain degré de contrôle omnipotent, plutôt que d'admettre qu'il réagit massivement à un facteur de l'environnement ». Je pensais également à ces paroles d'André Green : « Avec les cas limites l'analyste travaille avec ses défaillances » .

Au stade de l'identification primaire l'environnement est une extension de soi ; aussi dans la régression dans la dépendance dans le transfert, au stade du narcissisme primaire, il n'y a pas de transfert négatif mais seulement des défaillances de la part de l'analyste. Si une défaillance survient au cours d'une période d'adaptation précise aux besoins, cette défaillance reproduit une défaillance de l'environnement originaire (sauf s'il s'agit d'une défaillance chronique de l'analyste). On voit la défaillance originelle irreprésentable faire retour dans la situation transférentielle par la défaillance de l'analyste dans l'exercice de sa préoccupation maternelle primaire. Il arrivera même que le patient puisse amener inconsciemment l'analyste à répéter une carence originaire afin de rétablir son besoin d'omnipotence. Exemple : l'analyste relâche son attention quand le patient va bien et se laisse aller à sa propre associativité. Alors le patient ne se sentant plus soutenu exprime immédiatement la sensation de tomber dans le vide. Ces échecs d'adaptation de l'analyste sont tolérables seulement si le patient peut reconnaître la défaillance en exprimant sa colère. La colère rétablit le sentiment de continuité d'être alors que le sujet a subi une « interruption d'existence ». Si cette « interruption d'existence » n'est pas reconnue et que le sens de la colère reste ignoré une vengeance primaire envers contre l'objet défaillant du besoin peut en résulter ou bien une nouvelle dissociation s'installe.

La défaillance de l'analyste, décrite par Winnicott dès 1952, est souvent comprise, à tort, comme l'expression d'un aveu par l'analyste au patient de « ses fautes » à la manière « du dernier Ferenczy » du Journal clinique alors qu'il s'agit pour l'analyste de reconnaître sa défaillance pour l'interpréter dans le transfert comme un analogon d'une défaillance de l'environnement premier, survenue jadis et s'actualisant inévitablement dans la situation analytique. Winnicott, s'il ne le dit pas explicitement, s'appuie sur la dernière conception freudienne de la compulsion de répétition en tant que celle-ci vient actualiser dans la relation analytique les traumatismes préverbaux.

Ne pouvant éprouver de la colère contre l'objet défaillant du fait de son absence pendant les grandes vacances, le patient (évoqué plus haut) se tourne vers la solution mélancolique : il s'en prend à lui-même pour rétablir son omnipotence.

En 1959 Nacht et Viderman dans « Du monde pré-objectal dans la relation transférentielle » évoquaient “ la marche régressive de l'analyse de certains malades...comme si la fusion avec un autre répondait à un besoin fondamental.” Ils évoquaient un lien organique entre la gestation et les premiers mois après la naissance. Ils considéraient déjà le “ jamais vécu, jamais expérimenté “ comme caractéristique du transfert de certains patients ! Il y aura ensuite, dans les années 60, une baisse de l'intérêt pour les stades précoces en France, excepté Bela Grunberger avec sa théorie du narcissisme.

L'OMNIPOTENCE COMME FAIT D'EXPÉRIENCE

C'est « la présentation de l'objet » qui donne un bon départ à la relation d'objet. Grâce à la « préoccupation maternelle primaire » de la mère le nourrisson éprouve un sentiment d'omnipotence, sentiment de créer ses objets et le monde. L'analyste favorise cette illusion en sachant intuitivement présenter les objets au patient, comme la mère avec son nourrisson, sans se laisser percevoir prématurément comme personne distinct. L'analyste qui brillerait par son savoir-faire risquerait d'apparaître brusquement comme « non-moi » et non-créé .

Le sentiment d'omnipotence, base du sentiment d'être, est un fait d'expérience à condition que la mère s'adapte suffisamment bien aux besoins, sinon, des expériences d'annihilation provoquent des interruptions réactionnelles d'existence. Les agonies primitives concernent moins les

pulsions que les besoins du moi : chute sans fin, désorientation, privation de contacts, désorientation. Ce sont des angoisses qui ont à voir avec le fait que le moi immature, insuffisamment intégré, ne peut faire entrer le trauma dans le champ de l'omnipotence. Si les faillites de l'environnement ne peuvent être traitées en terme de projections elles provoquent une interruption de « la continuité d'existence », l'anéantissement de l'individu. Faire entrer le trauma dans le champ de l'omnipotence devient alors une tâche essentielle de la psychanalyse.

La mise en œuvre de la créativité primaire dépend étroitement des qualités réelles de la mère qui se présente là ou elle est attendue. L'objet est créé-trouvé si satisfaction hallucinatoire et perception coïncident.

L'omnipotence, illusion nécessaire précédant la désillusion, est pleinement un fait d'expérience si l'objet subjectivement conçu précède l'objet objectivement perçu. Sinon la tendance à l'intégration du moi est brisée par des dissociations multiples pour échapper aux agonies primitives et sauvegarder ce qui peut être sauvé du vrai self. Cela débouche sur un échec de la position dépressive ou une défense tenace contre cette position.

La préoccupation maternelle primaire ou folie maternelle primaire est l'état de la mère au début de sa grossesse, qui dure quelques semaines après la naissance. C'est un état d'hypersensibilité de la mère qui lui permet de se sentir à la place de son bébé pour répondre à ses besoins et qui donne un cadre à la tendance à la maturation qui va se déployer ainsi qu'à la « mobilité spontanée » et aux sensations particulières éprouvés au début.

Winnicott et Pierre Marty prodiguent des conseils aux psychosomaticiens pour parvenir à se rapprocher de cette fonction maternelle tout en affirmant que le meilleur fonctionnement n'en demeure pas moins instinctuel et inconscient.

CRÉATIVITÉ PRIMAIRE

La création, selon Freud, est l'achoppement du sexuel par la sublimation devant certaines impasses de la sexualité infantile à partir de la double différence des sexes et des générations, comme le rappelle René Roussillon. Il montre que Winnicott est dans une tradition freudienne en se situant au lieu de son achoppement. Le psychique se manifeste par un premier mouvement de créativité ou le sujet crée l'objet, objet qui se présente et qui s'efface pour laisser le bébé être, le sujet ne pouvant tolérer la réalité de l'objet si celui-ci ne s'est pas laissé être créé. Le sujet crée ce qu'il trouve et trouve ce qu'il crée et commence par ignorer que le monde existait avant lui. Expérience de « solitude essentielle » si la position paradoxale de l'analyste : présence réceptive et effacement de sa présence, favorise l'expérience d'être. Si le sujet n'a pas rencontré une mère suffisamment constante et prévisible mais a été confronté à une pathologie maternelle chaotique et imprévisible ou prédomine les empiètements les potentialités créatrices sont atteintes.

Une patiente, intellectuelle, en analyse, me fait part de son souci constant pour l'état de santé de son mari : « je me comporte avec lui comme avec un enfant bien sûr », comme si elle exprimait son accord avec moi. Je dis laconiquement : « un enfant en détresse ». Elle sent alors venir une violente migraine, la première. Elle m'apprend alors qu'elle avait des migraines quasi quotidiennes et que celles-ci ont cessées au cours de sa première analyse. Ces migraines lui font penser à sa mère imprévisible qui la terrorisait.

Je lui suggère que mon intervention a certainement provoqué un violent retour en elle-même de "l'enfant en détresse" qu'elle situait chez son mari alors qu'elle venait juste de me dire qu'elle-même se trouvait être dans le rôle d'une mère protectrice. A cela elle ajoute qu'elle ne voudrait plus jamais entendre parler de son enfance et clôt ce chapitre car elle ne savait jamais

dans quelle humeur elle trouverait sa mère. Ma défaillance fut d'intervenir sur un mode aussi imprévisible que sa mère jadis, d'où cette brève migraine de transfert survenue de manière traumatique alors que je m'étais retrouvé brusquement hors de l'aire de son omnipotence.

DISSOCIATION PSYCHE-SOMA

Quand l'environnement empiète sur le psyché-soma dans les premiers temps, celui-ci est livré aux angoisses confusionnelles qui sont aussitôt surmontées par la dissociation de la personnalité. Dans « L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma » (1947) Winnicott décrit une « hyperactivité mentale » qui vient pallier les défaillances massives et non graduelles de l'environnement. L'hyperactivité mentale est donc l'indice d'une menace d'effondrement.

Dans ce texte le psychisme est défini en des termes qui seront ceux que Winnicott utilisera plus tard pour définir la pulsion : « Elaboration imaginaire de parties, de sensations et de fonctions somatiques, c'est à dire une pleine conscience physique ». Quand les choses se passent bien l'esprit émerge de temps à autre sur la « crête de la vague du psyché-soma ». Mais quand les défaillances de l'environnement sont excessives l'esprit devient un fonctionnement mental coupé du soma et des sources pulsionnelles comme dans la pensée opératoire. « Lorsque la psyché est séduite par l'esprit – affirme Winnicott - elle rompt son lien primitif avec le soma et le fonctionnement mental devient une chose en soi qui remplace pratiquement la bonne mère et ne la rend plus nécessaire ». N'est-ce pas aussi le cas chez le sujet opératoire ? On pense aux organisations prématurées du moi, fréquentes chez les patients somatisants, décrites par Michel Fain.

Si la mère a fait défaut trop rapidement le bébé survivra au moyen de son intellect, intellect qui aura tendance à être exploité par la mère (ou l'analyste

lorsque se produit une collusion des faux selfs) et la dissociation psyché/soma se renforcera. L'appareil psychique ne sera plus à même de pouvoir traiter les excitations pulsionnelles. Si la rupture avec la mère est consommée, le sujet, coupé du libre jeu des fonctions du corps et de son vrai-self vit en dehors de lui-même.

Dans son article de 1947 Winnicott soutient la thèse du côté positif de la maladie psychosomatique qui est de « retirer la psyché de l'esprit et de la ramener à l'association intime qu'elle avait au début avec le soma. » La maladie somatique apparait comme remède ultime pour lutter contre la dépersonnalisation, voir la désintégration. Michel Fain considérait comme une véritable énigme le fait que les patients opératoires ne se sentent pas dépersonnalisés.

La dissociation psyché / soma semble souvent favoriser un recours à une vie opératoire avec effacement de la satisfaction hallucinatoire du désir. L'inconscient cesse d'être nourri par une activité pulsionnelle se rapprochant du rêve et du jeu. Dès lors, le risque est grand que des traces mnésiques se révèlent insuffisamment présentes dans le psychisme pour évoquer la mère ou le père, surtout en leur absence. Le sujet sera confronté à un trou en lieu et place des phénomènes transitionnels qui venaient témoigner de l'existence de la mère. Parfois des activités auto-calmanes et des souffrances corporels auto provoquées comblent ce trou.

FONCTION MATERNELLE ET INTERPRÉTATION

A propos de la fonction maternelle³, C. Smadja écrit dans son rapport : " Le maintien de la continuité de l'investissement relationnel prime sur l'activité interprétative. " Cette attitude relationnelle de l'analyste participe de la

³ On trouvera une présentation de « la fonction maternelle » décrite par Pierre Marty et Michel Fain sur mon blog « le Glossaire de la psychosomatique » : <http://psychosomatique.blog.free.fr/>

fonction de l'environnement alors que la personne de la mère ne se détache pas encore de celui-ci. Toujours fatigué, le patient évoqué plus haut, est livré à une activité de pensée continue qui échappe à sa maîtrise. Il est décrit comme un « dépressif essentiel » dont l'activité opératoire est surtout une activité de pensée sur un mode pratique.

Winnicott interprète surtout pour montrer au patient les limites de sa compréhension, ce qui a pour corollaire que si l'analyste est silencieux le patient a le sentiment que l'analyste comprend tout et il restera un objet subjectif. Mais il est dangereux de privilégier l'interprétation qui a tendance à mobiliser les processus intellectuels lorsque ceux-ci sont dissociés de l'existence psychosomatique. Afin de ne pas renforcer la dissociation l'activité verbale de l'analyste sera surtout de restituer fidèlement au patient ce que celui-ci lui apporte.

La fonction du holding de l'analyste, fonction de l'environnement ou fonction maternelle est nécessaire aux besoins des patients opératoires, dépressifs essentiels et somatisants. Dans « Les visées du traitement analytique » (1962) Winnicott commence ainsi sa communication à la société britannique : « Lorsque je pratique la psychanalyse je vise à Rester vivant, Rester en bonne condition, Rester éveillé. Le R majuscule est de Winnicott qui insiste sur la continuité et la constance source de fiabilité. Il ajoute : « Je vise à rester moi-même et à me comporter comme il faut.

Winnicott ne pratique pas l'analyse standard quand il rencontre un de ces facteurs : la peur de la folie, la présence d'un faux-self, une tendance anti-sociale, pas de vie culturelle et lorsqu'une figure parentale malade est prévalente. Il m'avait semblé pouvoir retrouver ces cinq facteurs chez le patient cité plus haut.

DÉFAILLANCE ET SOMATISATION

En travaillant la question des somatisations pendant les cures j'écrivais ensuite : « Défaillances du cadre, interprétation des défaillances et somatisations » (2000). Je rencontrais, dans mes lectures, une patiente de Winnicott qui tombe malade physiquement (« L'état de dépendance dans le cadre des soins maternels et infantiles et dans la situation analytique » 1963 in *Processus de Maturation chez l'enfant*). Peu de temps après avoir commencé le traitement d'une patiente aux tendances suicidaires Winnicott lui annonce qu'il va prendre des vacances. La patiente tombe gravement malade et raconte un rêve où elle tuait dans un rêve une tortue molle pour l'empêcher de souffrir. Winnicott pense qu'en se tuant la patiente s'assurerait le contrôle de l'anéantissement qu'elle risquait de rencontrer dans sa relation de dépendance à l'analyste. « C'était comme si je la tenais puis je me préoccupais d'autre chose et elle était anéantie ». Winnicott dit à la patiente : « Vous voilà donc malade et nous pouvons voir que l'affection physique cache une réaction extrême à mon départ. Vous pourriez dire que je suis la cause de votre maladie et vous mettre en colère. » La défaillance de Winnicott fut de lâcher sa patiente alors que la régression dans la dépendance s'était rapidement installée. Dans la phase initiale il n'avait pas interprété le matériel riche qu'elle offrait pour recevoir des interprétations, comme avec son précédent analyste. Cela favorisa prématurément la régression dans la dépendance dans le transfert par refus d'une collusion des faux selfs. Nous connaissons à l'IPSO l'importance de la prise en compte des séparations durant les psychothérapies.

Les somatisations qui surviennent après une fin d'analyse révèlent parfois que le patient s'est désorganisé après avoir perdu « les conditions fastes » que lui offrait la situation analytique. Ces somatisations se produisent

souvent après des cures analytiques ou l'environnement offert par le cadre jouait silencieusement un rôle qui restait vital. Marty a souligné la particulière dépendance des patients à mentalisation incertaine aux conditions fastes offerts par l'environnement pour assurer leur équilibre psychosomatique.

EN GUISE DE CONCLUSION

Le patient opératoire ne dispose pas, dans le registre de l'identitaire, d'une « zone transitionnelle entre le moi et le non-moi », « spectre d'identité » avec « une zone d'individuation flottante » entre le pôle interne où se figure la représentation du sujet et le pôle externe où se figure la représentation de l'autre. Cette « zone d'individuation flottante » décrite par Michel de M'Uzan, absente ou réduite chez le patient opératoire, est à rapprocher de l'espace transitionnel comme « aire de repos » autorisant un retour à la non-intégration, lieu où le sujet n'a plus à se préoccuper de faire la distinction entre ce qui est réel et ce qui est imaginaire, entre ce qui vient du dehors et ce qui vient du dedans. Cette aire intermédiaire est souvent absente ou détruite dans les états opératoires et dans les états-limites.

La fonction de l'environnement ou préoccupation maternelle primaire de l'analyste/mère a été élaborée par Winnicott dans le cadre de sa théorie du développement précoce du nourrisson. Cette théorie considère le narcissisme primaire comme « état » unitaire du couple individu-environnement, état à partir duquel, si les conditions du holding sont adéquats, émergent les phénomènes transitionnelles entre le self du sujet et l'objet, au sortir de l'indifférenciation où l'environnement n'était alors qu'une extension de soi. La théorie du développement précoce, insistons sur ce point, a été élaborée par Winnicott à partir de la régression à l'objet dans le transfert, régression transférentielle de patients adultes cas-limites dont le sentiment d'exister ou de vivre pleinement est entravé par des dissociations multiples de la personnalité. Cette théorie insiste sur l'importance du nouvel environnement

que l'analyste doit pouvoir fournir en réponse à l'espoir du patient de renoncer à ses dissociations. Elle ne considère pas le sexuel psychique comme secondaire mais accorde une précession du self sur la pulsion. Autrement dit : pas de pulsion sans l'existence d'un self pour vivre la pulsion affirme Winnicott.

Chez les patients somatisants on retrouve régulièrement des indices de dissociation psyché/soma

Pour Winnicott, la pulsion émerge au début dans le cadre de l'unité individu/environnement et non d'emblée dans l'intrapsychique. Un auteur, Wilfrid Reid, articule subtilement Freud et Winnicott en faisant travailler le pulsionnel originaire dans sa réflexion métapsychologique. Il envisage un premier modèle de la pulsion, précédant les distinctions sujet objet et libido-destructivité, dans le couple créativité/destructivité et qui serait un mixte, de sensorialité, de motricité et de spontanéité.

A ce niveau la réponse de l'objet est décisive : c'est la qualité de la réponse de l'objet qui fera progressivement de la pulsion une expression libidinale si l'objet survit ou qui fera de la pulsion d'emblée une manifestation de destruction si l'objet ne survit pas. Si l'objet survit dans la réalité il est détruit dans le fantasme et une distinction s'opère entre les catégories de la réalité et du fantasme, de l'objectif et du subjectif. Dès lors le modèle intrapsychique de la pulsion de la métapsychologie freudienne devient concevable mais à condition qu'une nouvelle modalité d'investissement de l'objet dans l'espace transitionnelle, entre le dehors et le dedans, assure la continuité de l'expérience du sujet sans clivage entre le sujet et l'objet, espace transitionnel qu'il faut situer dans la part créatrice de la psyché et qui viendra prendre le relais de la toute puissance subjective du début.

Tout cela est rendu possible par les soins de la mère qui présente au sujet en devenir un environnement marqué par sa constance et qui s'adapte suffisamment de manière à se rendre utilisable, ce qui suppose des capacités d'investissements mais aussi d'effacement de la part de l'objet pour laisser le sujet créer son environnement. Ces dispositions sont aussi celles de l'analyste qui se laisse atteindre par la destructivité du sujet, sans rétorsion ni retrait, mais aussi, ajoute Roussillon, et c'est là une difficulté, l'analyste doit parvenir à montrer la présence de la créativité potentielle dans le mouvement destructeur du sujet. Il ne peut être question d'interpréter le désir de détruire l'objet hors la présence d'un matériel associatif contenant des potentialités créatrices et réparatrices si on veut laisser au sujet de bonnes chances d'élaborer sa position dépressive.

Enfin, si Winnicott et Marty, chacun avec leur génie propre et dans leur champ clinique, ont largement codifiés la fonction maternelle de l'analyste, ils considèrent que celle-ci s'exerce pleinement de manière instinctive et inconsciente et ils n'ignorent pas que cette fonction est issue du plaisir sexuel des adultes. Avec Marty cette fonction, « qui se définit comme génératrice de mesures visant à protéger et faire évoluer la nouvelle créature » (Michel Fain), joue un rôle important dans la genèse des fonctions somatiques en repérant les signes du passage évolutif des manifestations répétitives (automation) vers la programmation évolutive. La fonction maternelle exerce un savant « dosage de dons et de frustrations » de manière à ce que l'appareil psychique du sujet, ni trop ni insuffisamment excité, ne se désorganise et puisse continuer à protéger le soma et le mettre à l'abri d'une nouvelle déqualification pulsionnelle facteur de somatisation. C'est au préconscient de la première topique freudienne qu'est dévolu le rôle, de lier psychiquement

l'excitation pulsionnelle et de transformer la libido somatique en libido psychique. Si le préconscient est défaillant à lier l'excitation, celle-ci n'aboutit pas en décharge satisfaisante mais exerce une action pathogène sur le soma.

Marty fait jouer un rôle désorganisateur à l'impact économique des excitations traumatiques lorsqu'elles débordent l'appareil psychique jusqu'à provoquer un « mouvement contre-évolutif » dangereux pour le corps. Ce mouvement est particulièrement désorganisateur chez les « névrosés à mentalisation incertaine » et les « névrosés de comportement ». Marty a montré les difficultés que rencontrent le préconscient de ces sujets à maintenir une bonne mentalisation lorsque l'environnement ne fournit plus « les conditions fastes », nécessaires à l'équilibre psychosomatique. Le maintien de « l'élan vital » (Marty) de ces patients dépend étroitement de leur environnement. Cette découverte a introduit l'importance du facteur de l'environnement, dans les conceptions de l'Ecole psychosomatique de Paris, facteur qui, dans les années 60, prenait toute sa place dans la théorie du développement précoce de Winnicott élaborée à partir de la régression dans la dépendance durant les cures de patients états-limites aux défenses schizoïdes.

Le rôle joué par le facteur de l'environnement était une chose difficile à admettre chez les psychanalystes qui ont appris à privilégier le facteur interne, rappelait souvent Winnicott alors qu'il polémiquait avec le groupe des kleinien.

Avant qu'un patient puisse transformer ses traumatismes en projections personnelles cela demande d'abord du temps, le temps que s'instaure le transitionnel qui est une manière de vivre et de s'approprier subjectivement certaines expériences en leur donnant sens et vitalité (R. Roussillon). N'est-ce pas une des tâches principales de la psychanalyse ?

Avec les patients non-névrotiques et somatisants la question du cadre analytique avec ces conventions peut se poser en des termes qui permettront au patient de le faire apparaître paradoxalement comme « créé-trouvé », ce qui lui donnera une fonction transitionnelle dans le processus de symbolisation (R. Roussillon). Il n'en restera pas moins que le maintien d' un cadre rigoureux donnera au patient le sentiment qu'il existe un espace protégé lui permettant de renoncer à son faux-self ou à ses systèmes pare-excitations auto-construits ; conditions pour qu'une éventuelle « mutation pulsionnelle » (Michel Fain) puisse se produire.