

PENSER LE SOIN DES ADOLESCENTS EN INSTITUTION À PARTIR DES APPORTS DE WINNICOTT

Jean-Baptiste Desveaux

Presses Universitaires de France | « *Journal de la psychanalyse de l'enfant* »

2016/1 Vol. 6 | pages 131 à 166

ISSN 0994-7949

ISBN 9782130734000

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2016-1-page-131.htm>

!Pour citer cet article :

Jean-Baptiste Desveaux, « Penser le soin des adolescents en institution à partir des apports de Winnicott », *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 2016/1 (Vol. 6), p. 131-166.
DOI 10.3917/jpe.011.0131

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

PENSER LE SOIN DES ADOLESCENTS EN INSTITUTION À PARTIR DES APPORTS DE WINNICOTT

Jean-Baptiste DESVEAUX¹

Winnicott est à mon avis le seul, avec Bion et Searles, peut-être, à avoir pris la mesure de l'ampleur du problème, pour l'analyste, de ces cures [de patients non-névrotiques] : d'abord survivre, ensuite être utilisé pour ses carences, être là, s'engager, s'impliquer, imaginer le plus improbable, le plus irrationnel, se tromper plus ou moins lourdement et accepter de le reconnaître, être vampirisé, anéanti, éprouver dans toutes ses dimensions l'effort de l'autre pour vous rendre fou (Searles), accepter d'être délogé du cadre, piétiné dans son narcissisme, stagner dans les marais impraticables, se sentir impuissant et parfois aussi, il faut le dire, savoir capituler. Pour tenir devant ces défis, il est nécessaire de se familiariser avec sa propre folie privée.

(Green, 1994, p. 1123.)

Si l'enfant est en analyse, il faut que l'analyste permette au poids du transfert de se développer en dehors de l'analyse, sinon il faut qu'il s'attende à voir la tendance antisociale se développer à plein dans la situation analytique et se prépare à en supporter le choc.

(Winnicott, 1956c, p. 302.)

INVESTIR UN SOIN, UNE PLONGÉE EN EAUX TROUBLES

La clinique des « adolescents limites » ou « non-névrotiques » nous convoque parfois dans des situations dites « limites » ou « extrêmes » du soin psychique (R. Roussillon).

1. Psychologue clinicien, psychanalyste (inscrit à l'Institut de psychanalyse de Lyon, SPP).

Ces adolescents nous confrontent aux impasses de la pensée, ils nous mettent en difficulté à les accompagner ou les soigner ; soit ils ne demandent rien, et il faut alors déployer une créativité et un désir de soin « pour deux », soit la relation s'instaure suffisamment, et alors il faut pouvoir supporter les effets de la *ferveur transférentielle* si l'on ne veut pas se retrouver à « délirer à deux ». À partir d'une pratique de psychologue clinicien en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), je souhaite ici interroger les enjeux transférentiels dans lesquels nous sommes parfois conduits, par les effets d'une clinique vive, où la violence n'est jamais bien loin et où la question du *minimum* prend souvent le dessus sur celle de l'*optimum*. Si dans les temps premiers de la psychanalyse on pensait que ces individus n'étaient pas des patients « bons à être analysés », nous savons désormais depuis Winnicott que d'autres perspectives sont possibles, même si celles-ci ne verront le jour qu'après que nous aurons pu trouver pour l'adolescent un statut d'objet subjectif, stade qui requiert (selon Winnicott) d'avoir pu survivre à l'exercice d'une vive destructivité. Mais pour pouvoir exister comme objet subjectif, pour être reconnu comme personne par ces adolescents, cela requiert d'avoir été investi, et pour autant, ces adolescents ne semblent pouvoir nous investir qu'après avoir expérimenté l'usage de leur destructivité envers nous. Voici comment Winnicott (1969) déploie le « paradoxe de la destructivité » (Roussillon, 1991) permettant de faire usage de l'autre : pour exister il faut avoir été (subjectivement) détruit. Cela n'est en fin de compte qu'une autre façon de reprendre les apports de Freud sur « La négation », lorsqu'en 1925, il postule que pour le nourrisson, le jugement d'attribution précède le jugement d'existence. Qu'il s'agisse du procès permettant de produire un jugement d'attribution ou celui permettant d'accéder à l'usage de l'objet, tout nous invite à prendre en compte la notion de « l'investissement ». Je crois que l'idée que ces patients auraient besoin d'exercer une destructivité n'est en effet pas tant première que seconde. La rencontre avec l'autre suppose qu'un investissement minimum puisse avoir lieu préalablement au déploiement de *leur travail pour nous construire en tant que personne* (travail qui suppose la mise en œuvre d'une telle

destructivité). La destructivité qui doit suivre n'est en définitive qu'une des évolutions du processus d'investissement, lequel processus s'engage le plus souvent suivant des voies plus douces, à condition que l'analyste soit à même d'en supporter ou pour le moins d'en accepter les enjeux. Pour que ces adolescents investissent le soin, leur analyste et, *in fine*, leur propre vie psychique, il leur faut faire l'expérience d'être suffisamment investi par l'analyste en question. Du côté de l'analyste si l'investissement du patient est censé être considéré comme allant de soi, reste qu'il n'est jamais évident d'investir une personne qui refuse de l'être. La signification première du terme « investir » qui relève du registre militaire renvoie étymologiquement à l'idée de « prendre possession, assiéger, attaquer, prendre place », le terme freudien de *Besetzen* signifiant « occuper militairement »². Une autre de ses significations est « doter quelqu'un d'un pouvoir ou d'une certaine capacité ». Investir reviendrait à « prendre place » en l'autre au risque de s'y rendre à la place de l'autre. Comment ces adolescents peuvent-ils accepter, ou pour le moins comprendre, l'idée que nous puissions investir le lieu de leur espace psychique, leur monde interne, leurs souvenirs et leur passé, leur vie émotionnelle, sans ressentir un vécu « d'intrusion », « d'empiètement », « d'envahissement »³. À bien y penser, ils ont sans doute raison de se méfier des « pys » ! Dans la droite ligne des conceptions de Winnicott, René Roussillon évoque qu'« investissement de l'autre et investissement de soi ne sont pas antagonistes, ils vont alors de pair, narcissisme et objectalité ne sont pas différenciables » (2012, p. 112). Dans le champ du soin, l'investissement est *un processus réciproque* et le jeune patient aura aussi en charge d'investir l'analyste, de prendre place en lui, d'investir, d'envahir son espace interne. Mais sans doute que nous n'avons pas toujours envie d'être envahi par l'autre, nous ne sommes pas toujours totalement disposés à ce qu'ils s'invitent dans notre espace interne et viennent à occuper une partie de notre esprit (et ce, bien

2. Laplanche & Pontalis, 1967, p. 212.

3. L'illustration de cette notion d'empiètement (*impingement*) la plus juste est sans doute celle proposée dans « Psychose et soins maternels » (Winnicott, 1952 p. 191, voir fig. 1 et 2).

au-delà des seuls temps alloués aux séances avec eux). Il semble que les résistances de l'analyste, de se voir investi par l'adolescent, puissent participer des impasses du soin, ou du moins des impasses de la fondation d'une alliance thérapeutique minimale (Houzel, 1986 ; Bollas, 1998). Car si cet aspect est perçu transférentiellement par l'adolescent, cela le confronte à un vécu insupportable, mobilisant une envie de rétorsion destructrice⁴. Dans le champ psychothérapique, l'investissement possède cette autre qualité d'être un « processus *auto* », un « processus réflexif » (Roussillon) et un des objectifs sera de permettre à l'adolescent qu'il en vienne à s'investir lui-même, à investir son propre espace interne, son fonctionnement psychique (émotionnel et mental). L'adolescent, exproprié de son propre corps par les transformations/pubertaires, fait tout pour que nous le laissons tranquille, reclus dans son monde qu'il souhaiterait isolé et immuable, il ne souhaite pas que nous venions l'en déloger. La menace extérieure que représente alors notre intérêt pour eux vient répéter la menace intérieure ressentie par les assauts de la poussée/pubertaire. De notre côté, nous nourrissons parfois ce secret espoir de l'aider à aller mieux, mais nos « efforts pour rendre l'autre sain » heurtent directement ceux de l'adolescent qui cherche, dans une tentative d'appropriation, à figer son processus de croissance. Winnicott (1962a) proposera ici que seul le temps permet de résoudre l'adolescence, et que lorsqu'il n'y a pas de troubles particuliers, le mieux que nous puissions faire est de les laisser tranquilles.

Avec des adolescents souffrant de carences ou de traumatismes relationnels précoces (Bonneville, 2010), de pathologies limites (Misès, 1990), l'investissement, du point de vue du thérapeute, suppose de pouvoir dépasser les limites premières auxquelles ils nous confrontent, faute de quoi, nous aurons tôt fait de les considérer comme inaptes à la psychothérapie. Comme nous venons de le souligner, cette place forte qu'il s'agit d'investir est aussi celle d'un monde interne qui souhaite *rester à l'écart*, préservé du monde extérieur.

4. Si l'adolescent est plutôt organisé sur un registre névrotique, il sera conduit à nous désinvestir plutôt qu'à nous détruire.

Une spécificité des pathologies limites, du fait de carences des assises narcissiques-identitaires, est de s'organiser autour d'une défense construite sur une position phobique centrale⁵ et où chaque intrusion ressentie mobilise une attaque en retour (le plus souvent exprimée par un recours à l'acte). Ces défenses contre l'intrusion ou l'empiètement ressentis vont former le terreau de la destructivité décrite par Winnicott. Il faut le plus souvent que l'analyste réussisse à accepter de ne rien *faire*, au sens de ne pas *réagir*, afin de permettre qu'émerge, tranquillement, à l'égard de la sollicitude réciproquement mobilisée par les deux acteurs, un état *statut quo*. « Il est important que quelqu'un se trouve là, que quelqu'un soit présent *sans pourtant rien exiger* [*without making demands*] » (Winnicott, 1958a, p. 331). Être présent et disponible psychiquement sans ne rien souhaiter, sans rien attendre, permet peu à peu à l'adolescent d'être tranquilisé par notre passivité, rassuré par notre impuissance, et c'est ainsi qu'il pourra peu à peu supporter notre présence, puis reconnaître notre existence subjective. J'ai souvent été surpris de constater qu'une fois passée cette phase liminaire où se neutralisent les préconceptions de chacun, l'adolescent peut alors en venir à mobiliser un intérêt sur notre fonction, notre personne et sur le dispositif de soin. Certains viennent parfois « me voir » en prétextant : « vous devez vous ennuyer, je viens vous occuper, vous tenir compagnie », témoignant ainsi de leur propre sentiment de solitude, d'isolement ou de délaissement. À l'inverse, lorsque l'investissement est installé, co-construit, il faudra alors en supporter les effets, accepter cette plongée mutuelle en eaux troubles, accepter d'être tenu de supporter cette relation dont les aléas et la durée ne nous sont jamais connus de prime abord. Ce processus d'investissement requiert alors que le thérapeute puisse prendre appui sur d'autres ressources que celles disponibles dans le contrat initial de la psychothérapie, par des ressources qui sont aussi bien internes (lectures, formation, analyse personnelle, investissements libidinaux antérieurs, modalités de déploiement de nos relations d'objets) qu'externe (supervision, groupes de formation, collègues et

5. Dans un sens quelque peu différent des développements d'A. Green (2000).

pluridisciplinarité lorsque l'on travaille en institution, etc.). Le recours à de telles ressources, permet une forme de *soutien* de nos propres capacités de *portage* du cadre du soin, un *holding du holding* comme cela se déploie au sein de toute communauté (famille, institution éducative, de soin, etc.).

L'alliance thérapeutique : la fondation d'un ensemble individu-environnement

Un autre aspect à l'égard duquel les adolescents luttent et tentent de faire face est celui de la régression. La régression est en effet inhérente à toute relation thérapeutique. Winnicott a su conceptualiser ces aspects dans ce qu'il nomma la « régression à la dépendance » (1954b). Il développa ainsi une méthodologie particulière à ces types de régression, en les favorisant dans le cadre de certaines cures. La dépendance à laquelle l'état de régression peut conduire est elle aussi inhérente à toute thérapie ou cure analytique. Lorsque l'on travaille auprès d'adolescents souffrant de pathologies limites, la mise en place d'un lien est le plus souvent perçue comme menaçant le moi et l'intégrité du *self* du fait de la dépendance qui lui est inhérente. Ce sentiment de menace issu du vécu dépendance rappelle de trop près les traits de la dépendance infantile première à l'égard des parents, une dépendance vis-à-vis de laquelle l'adolescent tente justement de se déprendre tant bien que mal. La régression conduit, selon Winnicott, à un état d'indifférenciation moi/non-moi, aux vécus primitifs de l'indifférenciation propre au narcissisme primaire du nourrisson à l'égard de sa mère (1954a, 1954b, 1960). Avec ces patients qui ne sont pas porteurs d'une demande consciente et manifeste, la situation analytique produit un effet d'empiétement (Winnicott, 1952). Et dès lors qu'ils s'engagent dans une relation dans laquelle ils font l'expérience de se voir se dévoiler, une partie de leur *self* se sent effractée par ce processus de dévoilement. Lors des temps premiers propres à la mise en œuvre de la psychothérapie, ce à quoi nous assistons sont *les défenses mobilisées par la situation de rencontre*, bien plus qu'à des conduites inhérentes au fonctionnement inconscient du patient. Pour

être plus juste, il nous faut considérer que, sous l'effet de la dynamique transférentielle qui s'instaure précocement, le patient témoigne d'aménagements défensifs qu'il nous faut accepter comme résultant de ses stratégies inconscientes de résistance à la rencontre et au processus de régression. Pour le patient, ce dont il témoigne n'est pas quelque chose provenant de lui, mais quelque chose de nouveau, avec lequel il n'a peut-être jamais pris contact, parce qu'il est resté inconscient jusqu'alors. La rencontre favorise l'émergence de ces formes d'expressions nouvelles, lesquelles surprennent en quelque sorte le patient. Il lui faut être assuré *qu'il ne sera pas pris pour ce qu'il exprime, qu'il ne sera pas identifié à ces contenus*, et que nous saurons accueillir ces éléments comme des éléments nouveaux, issus de « la situation analysante » (Donnet, 1995), du « champ dynamique » (Baranger 1961 ; Ferro & Basile, 2015) produit par le dispositif de rencontre, par la situation analytique. En ce sens, nous devons partager avec lui la responsabilité de ces contenus, nous devons accepter de porter une part de ce qui se produit en séance. Ce qui émerge ne provient pas seulement du patient, mais provient du champ dynamique, produit par notre co-présence (Ferro, 2014). La dimension de l'investissement, évoqué plus haut, prend ici toute sa valeur, car l'analyste doit reconnaître sa part, son implication dans l'effet d'étonnement et de bouleversement qui peut émerger. Certains de ces jeunes patients, surtout ceux organisés sur des défenses antisociales, se sentent souvent comme en déloyauté vis-à-vis d'eux-mêmes. Ils s'étaient en quelque sorte promis de ne jamais faire confiance, de rester barricadés intérieurement, de conserver pour eux seuls ces vécus internes. Et voilà qu'ils se surprennent eux-mêmes, en voyant émerger des éléments provenant de leur vrai-self. Ici l'expression de l'authenticité peut être débordante, ce qui requiert de ne pas les lâcher. Il leur faut être assuré que nous sommes en quelque sorte « *solidaire* » *de ces processus psychiques, que nous « portons » une part de ce qui est en train de se produire avec eux*. Cette mutualité de l'expérience va permettre le déploiement d'une « coopération inconsciente » chez le patient tel que Winnicott l'énonce dans les visées du traitement psychanalytique (Winnicott, 1962c, p. 134). Il s'agit

de « coopérer avec le malade en suivant un *processus* qui, chez chaque patient, se déroule à l'allure qui lui est propre, en suivant un cours personnel » nous dit Winnicott (1954b, p. 250).

L'alliance thérapeutique (Deutsch, 1965 ; Houzel, 1986 ; Bollas, 1998) en institution suppose que la pratique du thérapeute soit soutenue par ceux qui sont investis de cette fonction parentale chez l'adolescent. Chez les adolescents soignés en ITEP il n'est en effet pas rare de constater l'absence de manifestation d'intérêt pour le travail psychothérapique de la part de leurs parents, cela étant lié à une absence de perception des besoins de leur enfant, issue d'une parentalité souffrante⁶. Par ailleurs, il faut noter l'importance que les soins soient soutenus, portés, accompagnés dans l'esprit et dans la pratique des éducateurs et d'une manière plus large par l'ensemble de l'institution (enseignants, assistantes sociales, directeur, etc.). Cette confiance que peuvent nous faire les collègues, associée à cette place de référent symbolique d'une position adulte, permet la prise en charge d'adolescents habituellement réputés réfractaires au soin. Lorsque nous ne prenons pas en compte ces « accompagnateurs du soin », alors la psychothérapie se voit attaquée, elle en vient à perdre de sa consistance ou à être désinvestie par le jeune.

DES SOINS MATERNELS AUX SOINS PSYCHIQUES : PASSAGE DU MODÈLE DU CARE AU CURE

L'analyste, une mère suffisamment bonne ?

Pour Winnicott, l'ensemble des processus mobilisés dans le soin, l'ensemble des fonctions requises par l'analyste peuvent rejoindre celles mises en œuvre dans la situation de maternage. En prenant appui sur les apports de Winnicott

6. Il faut remarquer que la majorité de ces adolescents sont suivis au titre de la protection de l'enfance, bénéficiant soit d'un placement, soit de mesures éducatives intervenant à domicile.

nous suggérons que cela suppose de prendre en compte : la « *préoccupation soignante primaire* » (Ciccone, 2011, 2014), mais aussi, le « *holding* dans le soin » auxquels correspond l'investissement du clinicien dans le soin ; le « *handling* dans le soin », qui correspond au maniement, à la conduite (*management*) du traitement. Lorsque Winnicott propose de qualifier par les termes de *holding*, *handling* et *object presenting*, trois modalités issues des soins de la mère envers son nourrisson (1960, 1962b), il ne se limite pas à ces soins premiers. Aussi écrit-il qu'aux premiers âges, soigner psychiquement un nourrisson, revient à lui prodiguer des soins physiques, et comme nous le verrons juste après, il n'hésite pas à tracer un parallèle assez direct entre les modalités psychothérapiques et celles relevant des soins maternels. Concernant les adolescents carencés affectivement (*deprived*) il mentionne que la psychanalyse ne leur sera d'aucune aide, sans le recours complémentaire à un placement en institution spécialisée, car ce dont ils ont besoin, c'est aussi de pouvoir profiter d'un environnement suffisamment stable et bon, leur permettant de vivre des expériences qu'ils n'ont pu vivre par le passé (1956a, 1956c, 1984). Nous savons aussi qu'il ne suffit pas de prodiguer de bons soins physiques, relationnels et environnementaux à un enfant ou un adolescent carencé pour qu'il aille mieux, car rapidement les incidences et les bénéfices secondaires de ces carences font reculer nos capacités à leur venir en aide. Winnicott précise d'ailleurs certaines de ses vues lorsqu'il écrit en 1963 : « Nous savons encore qu'une expérience vécue dans un environnement correctif ne guérit pas directement le patient, pas plus qu'un mauvais environnement ne cause directement la structure de la maladie. » (1963c, p. 247). Pour autant, je crois que ce que Winnicott souhaite souligner est le parallèle entre les besoins d'un nourrisson et ceux de l'adolescent déprivé. Dans les deux cas, la parole est parfois insuffisante et il nous faut alors « recourir à une intervention physique », « recourir à l'acte » que ce soit par des dispositifs institutionnels complexes (hôpital de jour, placement, établissement médico-social, etc.) ou bien des ajustements de nos dispositifs de rencontre individuelle. La thérapeutique requiert alors l'usage d'autres supports (dispositifs à médiation, psychodrame, etc.),

lesquels viennent permettre que l'usage de la parole soit supportable pour l'adolescent et parachève l'accompagnement du processus de symbolisation. Les soins sont alors des soins généraux : soins somatiques, accueil par un environnement de substitution, la proposition d'autres repères éducatifs, une nourriture intellectuelle adaptée (pédagogie et enseignement spécialisé) ; et spécialisés (orthophonie, psychomotricité, psychothérapie, etc.). Il ne s'agit bien évidemment pas de soins instrumentaux ou fonctionnels, qui réduiraient l'individu à un ensemble de compétences à rééduquer, et l'ensemble de cette prise en charge globale doit être articulée suivant les principes de la thérapie institutionnelle (Delion, 2005) dans laquelle les adultes partagent leurs vécus cliniques, se parlent des jeunes dont ils s'occupent, afin que ces différents regards croisés puissent œuvrer à l'élaboration d'une perception plus fine des problématiques de chaque adolescent.

La « préoccupation soignante primaire » en question

La psychanalyse telle que nous l'apprenons ne ressemble pas du tout aux soins maternels [...] Cependant, dans la partie du travail analytique dont je parle, il n'y a rien de ce que nous faisons qui ne soit lié aux soins donnés aux enfants et aux nourrissons (Winnicott, 1963c, p. 246).

Albert Ciccone (2011, 2014) a récemment proposé à partir de la notion de préoccupation maternelle primaire de Winnicott celle de « préoccupation soignante primaire » (2011, p. 184) : un état de préoccupation qui serait nécessaire à tout positionnement thérapeutique. Winnicott, en 1956, fait part de cette notion de « préoccupation maternelle primaire » visant à explorer les méandres liés à l'état dans lequel une femme est plongée lorsqu'elle se retrouve en situation d'être mère. Bien que l'état psychique en question ne puisse être comparé en tout point à l'idée d'une « préoccupation soignante primaire », il apparaît que la substitution de la métaphore du « maternel » au « soignant » recèle une idée féconde, qui figure déjà comme une pré-intuition dans les propos de Winnicott. L'idée apparaît très tôt chez

Winnicott car, dès 1947, il écrit concernant « la haine dans le contre-transfert » que : « [L'analyste] est dans la position de la mère d'un enfant à naître ou nouveau-né » (1947, p. 77).

Si Winnicott nous dit que « ce stade d'hypersensibilité (presque une maladie) » (1956a, p. 287) est issu de l'arrivée progressive du nourrisson dans le corps et dans la vie de la mère, et que celle-ci s'en voit délivrée progressivement par l'enfant, peut-on considérer qu'au fil de leur arrivée progressive dans notre esprit, les patients dont nous avons la charge nous plongent dans cet état, le mobilisent en nous et nous en délivrent une fois le cours de la thérapie achevée ?

Pour Winnicott, une des fonctions de cet état est de « fournir un cadre » (1956a, p. 289) dans lequel l'enfant pourra commencer à se développer⁷. Il précise que l'une des qualités de la mère est d'être « ordinairement dévouée » (p. 288) car c'est cela qui lui permet de parvenir à cet état qui est selon lui « une maladie normale ». Il évoque une adaptation aux besoins primitifs du nourrisson avec « délicatesse et sensibilité » par les effets de l'identification. Tout au long de son court écrit, la place qu'il confère à « l'identification consciente et inconsciente » est centrale.

Dans un écrit de 1964 issu d'une conférence donnée quelques années plus tôt⁸, Winnicott va reprendre la question de la préoccupation maternelle primaire en allant plus loin dans la comparaison entre les fonctions maternelles et les fonctions du travail thérapeutique. Il faut noter qu'il ne parle pas ici de psychanalyse mais de psychothérapie. En évoquant le travail thérapeutique avec les enfants, il précise : « Nous sommes capables de nous identifier à eux comme la mère s'identifie à son bébé d'une façon temporaire mais totale » (1964, p. 11) ou encore :

Dans notre travail *thérapeutique*, nous sommes profondément impliqués avec un patient ; nous traversons une phase où cette

7. Cette expression de « fournir et maintenir » un cadre, un environnement ordinaire, se retrouve en 1947 à propos de la visée du traitement des patients psychotiques (1947, p.77).

8. « La relation d'une mère à son bébé au tout début » (Winnicott, 1964).

implication nous rend vulnérables (comme l'est la mère) ; nous sommes identifiés à l'enfant qui est temporairement dépendant de nous à un degré alarmant ; nous assistons à la perte du ou des faux *self* ; nous voyons le commencement d'un vrai *self*, un *self* doté d'un moi fort parce que, comme la mère avec son bébé, nous avons été capables d'offrir un soutien à ce moi (p. 17).

Sa conclusion est ainsi sans équivoque : « Ce que nous faisons dans la thérapie, c'est de tenter d'imiter le processus naturel qui caractérise le comportement de toute mère avec son propre bébé » (p. 18). Nous savons aussi que Winnicott prôna cette notion de régression à la dépendance, laquelle postule sur la nécessité dans certaines cures analytiques de favoriser un environnement au sein de la situation analytique permettant au patient de régresser à un état de dépendance. Ainsi en 1954, il écrit : « Chez quelqu'un de très malade, il n'y a que peu d'espoir que cette nouvelle chance [de régresser] lui soit donnée. Dans le cas extrême, il faudrait que le thérapeute aille vers le malade et lui offre activement un bon maternage, expérience à laquelle le malade n'aurait pu s'attendre » (Winnicott, 1954b, p. 254). Plus loin, s'interrogeant sur le cadre, il précise : « Le cadre de l'analyse reproduit les techniques primitives de maternage [...]. Le patient et le cadre se fondent dans la situation du narcissisme primaire » (p. 260). « Dans le narcissisme primaire, l'environnement maintient l'individu et *en même temps* l'individu ignore l'environnement et ne fait qu'un avec lui » (p. 256). On peut ainsi observer que dans le cadre de l'analyse la conception de la « régression à la dépendance » vise à produire un état d'indifférenciation entre le patient et l'analyste, ce qui permet au patient de ré-expérimenter les situations émotionnelles primitives : d'être porté, soutenu par l'environnement, alors que l'environnement est (paradoxalement) confondu avec le patient. Dès 1947, déjà, il indiquait : « Lorsque sa régression a été profonde, le patient ne peut s'identifier à l'analyste, ni apprécier son point de vue, pas plus que le fœtus ou le nouveau-né ne peuvent sympathiser avec la mère » (p. 81).

Dans les thérapies d'adolescents *borderline*, il est rarement possible d'accéder à cet état, tant leur insécurité interne entrave le processus de régression. Pour autant, les

vécus d'indifférenciation entre soi et l'autre ne sont jamais étrangers à ces situations, cela s'illustrant par des moments où l'adolescent semble ignorer le thérapeute. Bien souvent, ces adolescents ne supportent pas nos échecs d'adaptation à leur égard car ces *ratés de l'accordage* rendent perceptibles l'altérité, ils accentuent le vécu de différenciation. Or, être différencié suppose de reconnaître le statut subjectif de l'autre-adulte et, par là même, le sentiment de dépendance insupportable pour l'adolescent. Durant ces phases, être ignoré permet d'être supporté. Ici, l'identification ne peut s'établir que si nous nous adaptons à eux suivant *une extrême délicatesse et sensibilité*.

Si, lorsque nous nous occupons d'un patient, nous ne sommes pas tout à fait une mère qui s'occupe de son bébé, le parallèle proposé par Winnicott et relevé par A. Ciccone suivant l'idée d'une « préoccupation soignante primaire » offre à penser, entre ces deux situations, certaines similitudes. Entre autres, les processus d'investissement tels que nous venons de le souligner sont à l'œuvre dans ce lien fort que constitue la relation thérapeutique. Après avoir observé comment le processus d'« identification régressive » est mobilisé dans le soin, nous allons nous attacher à observer certains processus communs relevant tant des soins premiers parentaux que de la psychothérapie d'adolescents gravement carencés.

Une nécessaire « identification régressive »

Dans ces processus, propres à la rencontre liminaire avec l'adolescent, la question de l'identification est centrale. L'identification ici est un mouvement, une tendance, un processus (de nature inconsciente) qui a pour effet que nous nous sentons « touché » par la situation subjective vécue par autrui. Roussillon développe, à ce sujet, des vues essentielles concernant « *l'identification narcissique de base* » (INB) : « Plus la relation avec l'autre est affectivement engagée, plus elle est fréquente, plus elle est intense, investie et plus l'INB est importante, plus l'état affectif de l'un affecte aussi potentiellement l'autre » (2012, p. 26). La rencontre clinique

génère ainsi, par sa nature même, une « intensification » de l'identification narcissique de base (p. 29). Dans le cadre particulier de la rencontre clinique, nous sommes d'autant plus exposés à cette tendance naturelle à nous identifier à l'autre, un peu comme un parent peut naturellement être touché par la situation de vulnérabilité de son enfant qui vient de naître. La détresse du patient est sans doute assez proche de la vulnérabilité du nourrisson, et nous avons alors le sentiment d'être investi d'une *responsabilité forte*, comme si, pour un temps, la vie de l'autre dépendait de nous⁹. Si cette situation permet au clinicien de se sentir engagé, investi par les vécus d'autrui, il va devoir néanmoins en pondérer l'intensité pour maintenir un écart suffisant, afin de ne pas sombrer dans les mouvements émotionnels de son patient, de ne pas être aspiré par les processus issus de ses traumatismes infantiles.

L'identification suppose une capacité suffisante de régression à l'infantile de tout patient, que celui-ci soit un adulte, un adolescent ou un enfant, car c'est bien la trace de ces vécus infantiles qui émerge peu à peu au fil de la relation clinique et sur lesquels se fondent les troubles majeurs du fonctionnement psychique inconscient (Ciccone, 2012, p. 5). Ici, le terme « d'identification régressive » permet de qualifier le processus inconscient mis à l'œuvre chez le thérapeute, tel un processus où les deux formants se soutiennent mutuellement l'un l'autre. C'est par l'effet de *la régression* que le thérapeute peut accéder à une identification profonde, liée aux parts infantiles¹⁰ de son patient, et à la fois c'est *l'identification* (de par sa nature et ses propriétés intrinsèques) qui nous pousse à régresser à un état nous permettant d'accéder au patient. De fait, l'identification est par nature régressive et cela permet sans doute d'envisager sous un autre angle les propositions de Winnicott concernant la régression

9. Ce qui rejoint à nouveau les conceptions winnicottiennes sur « la régression à la dépendance ».

10. Suivant les conceptions de « l'Infantile » tel qu'il a été défini par F. Guignard (1996, p. 17) : « Structure de base aux franges de notre animalité, dépositaire et conteneur de nos pulsions, tant libidinales ou haineuses qu'épistémophiliques, l'infantile est cet alliage de pulsionnel et de structural souple, qui fait que l'on est soi et pas un(e) autre. [...] L'infantile est le point le plus aigu de nos affects, le lieu de l'espérance et de la cruauté, du courage et de l'insouciance, il fonctionne la vie durant suivant une double spirale processuelle et signifiante. »

à la dépendance, suivant une réflexivité ou une sorte de réciprocité du processus de régression. Je veux dire par là que si le patient doit régresser pour pouvoir accéder à des parts de lui autrement non accessibles, le thérapeute est à son tour convoqué dans un processus de régression, une régressivité de son écoute, de ses identifications, mais aussi, au plus profond de la thérapie, une régression de ses capacités de discernement, une mise en absence partielle de son moi conscient, afin de laisser émerger en lui des capacités d'accordages émotionnels, autrement inaccessibles. Enfin, il est peut être utile de préciser que lorsque nous parlons ainsi de l'identification, cela ne recouvre pas vraiment la question de « l'empathie » qui est un processus plus intersubjectif, ou de la « sollicitude » (*concern*) qui semble un mécanisme secondaire dans le développement, là où l'identification est un processus beaucoup plus précoce.

Le *holding* dans le soin, une fonction bi-parentale

Les origines précoces du processus d'identification dans le fonctionnement de tout individu font à nouveau écho à la relation « parent-nourrisson », ce qui nous invite à interroger « la fonction de *holding* dans l'activité clinique ». Si dans les conceptions analytiques, la neutralité est souvent nommée et mise en avant pour éviter les dérives des prises de position actives (cf. Ferenczi et l'analyse mutuelle), le travail du psychiste en institution nécessite bel et bien une forme de soutien, d'engagement, qui dépasse la notion de neutralité souvent perçue à tort comme une passivité, un non-investissement. Dans le travail en institution (dans le champ du social ou du médico-social) psychiatres et psychologues se voient être convoqués à une place de « référents » du soin, « garants » de la vie psychique, référents d'un patient tout au long de sa prise en charge dans l'établissement. Il s'agit de contenir en nous et de porter une continuité de la vie passée des patients, de leur histoire récente mais aussi de leurs projets à venir. Ce travail, indépendant de celui de la psychothérapie à proprement parler, tend à défendre les intérêts de la vie psychique du patient, à s'en faire parfois

« l'avocat » lors de réunions de synthèse, pour mettre en avant ses besoins et ses souffrances, même lorsque ledit patient est perçu comme pénible ou violent pour les équipes soignantes ou éducatives. Sans doute que cet aspect est d'autant plus exacerbé lorsque nous travaillons auprès de patients gravement carencés et qui n'ont pas reçu une attention suffisante, une écoute ou une position de « dévotion » (*devoted mother*) ou de sollicitude (*concern*) suffisante de la part de leur environnement primaire, car alors, ils ne jouent plus à détruire mais détruisent réellement. Cet engagement peut aussi nous conduire à faire appel à un tiers social ou judiciaire (par exemple : démarche de « signalement » au titre de la protection de l'enfance) lorsque nous estimons que le patient encourt un danger ou que nous sommes témoins qu'il subit des négligences graves et répétées. La position institutionnelle d'être « garant du soin psychique » des patients dont nous sommes référents renvoie à une forme de « responsabilité soignante » laquelle pourrait être fantasmatiquement associée à la notion de « responsabilité parentale ». Nous en constatons les traces dans les fantasmes de « dépossession » ou de « rapt » parfois ressentis par les parents ou par les enfants dont nous avons la responsabilité des soins. Nous pourrions dire, pour prolonger la métaphore d'une position soignante comme identification aux fonctions parentales, que si nous souhaitons être « au plus près » des besoins des patients, celle-ci requiert de pouvoir mobiliser en soi tant une identification maternelle qu'une identification aux fonctions paternelles ; cela afin d'offrir une écoute qui peut se laisser aller à la régression, une position douce, parfois dite « en creux », laquelle est garantie et sécurisée par le maintien d'un cadre rigoureux afin de contenir les expériences émotionnelles. Cette dimension de responsabilité psychique suppose de pouvoir maintenir un équilibre en ces deux registres d'identifications (dites maternelles et paternelles ou masculines et féminines).

Il importe enfin de s'impliquer suffisamment comme personne, et l'on sait que peu à peu le patient va avoir tendance à nous utiliser dans son investissement défensif, nous vivre comme séducteur ou persécuteur. On devra alors réfléchir au fur et

à mesure sur la nécessité de se laisser « manipuler » jusqu'à un certain point. C'est au total un ajustement de notre engagement, qui ouvre sur l'élaboration de nos contre-attitudes, les nôtres et celles des autres intervenants (Azoulay, 1998, p. 49).

Un portage à plusieurs : vers une parentalité interne familiale et sociale

Lorsque nous exerçons en institution, et d'autant plus lorsque nous avons en charge des patients réputés difficiles, « *le travail psychanalytique à plusieurs* » (Penot, 2004, 2006) est souvent de mise. En se répartissant les fonctions ou les responsabilités, nous facilitons les tâches de chacun, et à vrai dire, le plus souvent, ces patients ne nous laissent pas vraiment le choix de procéder autrement tant ils interpellent tous ceux qui passent à leur portée que ce soit par des actes violents, des mises en danger, des plaintes itératives ou des sollicitations excessives.

Si pour un très jeune enfant, la métaphore d'une parentalité soignante semble parfois suffire, dès lors que l'enfant grandit, nous avons affaire à quelque chose de plus compliqué que des relations à trois.

Le jeune enfant, s'il en a la capacité, se trouve avoir affaire à deux personnes à la fois, la mère et moi, ce qui exige un développement affectif d'un degré plus élevé que celui qui est nécessaire pour reconnaître une seule personne dans sa totalité. [...] Cette étape du développement infantile qui met l'enfant en mesure de manier simultanément sa relation avec deux personnes importantes pour lui (ce qui signifie fondamentalement avec ses deux parents) est une étape primordiale ; avant de la franchir, il ne peut parvenir à prendre sa place de façon satisfaisante, que ce soit dans la famille ou dans un groupe social (Winnicott, 1941, p. 51).

Déjà, au sein même de sa famille, l'enfant a peu à peu pris conscience que d'autres personnes existent et il peut commencer à utiliser ses grands-parents, ses oncles et tantes, comme supports identificatoires pour penser ses relations aux autres. Ces identifications viennent complexifier, parfois contredire, d'autres fois soutenir, les repères

jusqu'alors intégrés. En se développant, l'enfant se socialise, sort des quatre murs du domicile familial et part à la découverte du monde extérieur. Ce processus va mobiliser un mouvement identificatoire qui complexifie ceux mis à l'œuvre jusqu'alors. Il convient alors de convoquer la figure du familial, du groupe, dont on sait toute l'importance pour la construction identitaire à l'adolescence. Le modèle de pensée d'une parentalité interne soignante fonctionnant sur des logiques duelles – bisexualité, biparentalité, bigénérationnalité psychiques (Ciccone, 2011 p. 173) – pourrait aussi se voir enrichi et complexifié en proposant *une parentalité interne familiale, voire sociale* (ou pour mieux dire, une « *famille interne* » ou une « *socialité interne* ») : cela sous-tendant la capacité interne chez l'adulte à venir prendre appui et mobiliser des ressources identificatoires et identitaires, morales, etc. qui s'étaient sur les apports non seulement des imagos parentales, mais aussi des représentations internes, intériorisées, de l'ensemble des objets qui constituent l'environnement actuel et passé. Si les parents constituent cette place forte en ce qui concerne les identifications au sein de la psyché de tout enfant (même devenu adulte), nous savons aussi l'importance des repères fournis par les autres membres de la famille et les personnes de l'environnement social immédiat (amis, collègues de travail, etc.). Le travail clinique auprès de jeunes enfants ou adolescents ayant subi des carences relationnelles et éducatives précoces (Bonneville, 2010) nous montre l'importance des imagos secondaires, des repères de substitutions qu'ils vont pouvoir rencontrer dans des figures alternatives à celle que la réalité biologique ou sociale leur a offerte initialement. Lorsqu'une relation éducative ou thérapeutique s'engage avec l'adolescent, l'intensité du lien, la ferveur transférentielle qui suit est bien le témoin de la valeur de ces identifications secondaires ou tertiaires qu'investit l'adolescent. Sans doute que les figures de l'idole (et leur lot d'idéalité) en sont une autre illustration majeure (voir le récent numéro de la revue *Adolescence*, « Idéal et idole », 2013).

Dans le meilleur des cas, l'institution fonctionne suivant un dispositif qui contient déjà ces considérations sur

le travail psychanalytique à plusieurs (comme certains lieux de soins qui fonctionnent avec l'articulation d'un médecin « consultant » et de « psychothérapeutes »). D'autres fois, c'est l'enfant ou l'adolescent qui nous conduira à aménager un cadre « sur mesure » (Roussillon), un « cadre à géométrie variable » (Donnet) qui s'adaptera suivant ses besoins. Lorsque ces aménagements institutionnels ont la possibilité d'être pensés et qu'une liberté d'intervention suffisante est donnée pour ce faire, nous avons ainsi la possibilité de travailler « au plus près » de ce que le patient nécessite. Les thérapeutes peuvent idéalement s'abandonner à une thérapie déprise des enjeux liés à la réalité, préservée par l'intervention de médecins consultants, référents de la cohérence des soins, d'assistantes sociales prenant en compte les réalités des carences ou des difficultés familiales, d'éducateurs apportant des repères structurants dans le quotidien, etc. Chacun peut alors s'atteler à « son objet » sans se voir trop envahi par des enjeux qui ne seraient pas de son ressort. Ce travail requiert une confiance partagée entre l'ensemble des membres de l'équipe et suppose aussi un travail de liaison régulier entre chacun ; car ainsi, les différentes parties du moi du patient se trouvent alors rassemblées, articulées entre elles. Il s'agit le plus souvent d'un travail d'équipe qui s'effectue non sans difficulté, car, initialement, peut apparaître une conflictualité vive ou une incompréhension partielle ; en effet, il arrive parfois que les professionnels voient leurs investissements respectifs à l'égard du patient se heurter et entrer en rivalité, jouant ainsi les aléas des enjeux de la dynamique familiale. Pour le clinicien, pouvoir accéder à une capacité d'investissement profond de son patient et parvenir à une régressivité nécessaire au soin suppose d'être soutenu (*hold*) et protégé des « à-côtés » de la vie du patient¹¹. Ce travail à plusieurs permet une forme de soutien partagé, d'*inter-holding*, où chaque dimension apporte à l'autre, et dont le patient peut alors tirer un profit véritable.

11. Si l'institution n'a pas pré-pensé ces effets, il peut arriver que le psychologue se retrouve dans une position double, étant le thérapeute et le référent institutionnel du patient, il doit alors être préservé par les autres afin que le cadre de la thérapie puisse s'exercer pleinement, tout en ayant aussi comme fonction institutionnelle de garantir et soutenir les autres dans leur cadre d'exercice.

Une dépendance partagée

Dans tout travail nous investissons des objets. Lorsque ces objets sont des personnes vivantes, cela prend alors une tout autre importance. En cas d'arrêt de travail (arrêt maladie, chômage, retraite, etc.) cela entraîne un réaménagement important des investissements libidinaux envers les objets avec lesquels nous maintenons habituellement une relation. En ce sens, le fait d'arrêter de travailler renvoie à une perte ou une séparation ce qui contient un processus de deuil, de renoncement. Si tous les investissements d'un individu sont contenus en ce seul objet, il y a alors le risque que quelque chose s'effondre en cas d'arrêt ou de suspension du lien (cela n'est sans doute pas sans rapport avec le fait que, parfois, nous puissions tomber malade physiquement lorsque nous prenons des vacances). Chez la plupart des individus, on peut considérer que ces investissements sont mesurés, diffractés sur divers objets, ce qui limite l'effet de perte brutale lorsque nous prenons des congés. Dans le cas de l'activité du travail psychothérapique, nous pouvons postuler l'idée « d'un co-investissement entre les deux individus », le risque étant qu'il s'agisse d'un co-étayage, d'un « *holding* partagé », même si peut-être que dans toute relation de soin est mis en œuvre de façon mesurée cet *inter-holding*, ce « *holding* partagé ». Suivant cette logique, qui vise à reconnaître une dépendance mutuelle, une *sollicitude partagée* entre patient et analyste, nous pourrions ainsi en venir à nous demander qui est « l'usager » de l'autre, qui fait usage de l'autre. Cela renvoie à un besoin de *trouver un équilibre entre la réalité de l'objet et l'usage que nous arrivons à pouvoir en faire*. À ce sujet, Winnicott écrit :

Cet équilibre doit être retrouvé sans cesse. Prenons le cas évident du maniement des adolescents ou le cas, également évident, du malade mental pour qui la thérapie occupationnelle est souvent un point de départ sur la voie qui mène à une relation constructive avec la société. Ou bien prenez le cas d'un médecin, et ses besoins. Retirez-lui son travail : que devient-il ? Il a besoin de ses patients et de l'occasion d'exercer ses aptitudes, comme le font les autres (1963a, p. 37).

C'est seulement par la reconnaissance de cette « double dépendance » (Winnicott, 1950, 1954b, 1957, 1958b, 1960), cette dépendance mutuelle ou *sollicitude réciproque*, fruit des identifications et contre-identifications croisées que nous pouvons accéder à une forme de *maturité instituante des liens soignants-soignés*. Si cette dépendance est mutuelle, elle n'est pour autant pas équivalente. En effet, si l'on peut trouver des personnes malades sans une institution pour les soigner, reste qu'il n'existe pas d'institution soignante sans patient. En suivant la métaphore d'une parentalité de l'institution soignante, cela *inverse le processus de dépendance*. En paraphrasant Winnicott — qui disait qu'un bébé tout seul ça n'existe pas — nous pourrions dire qu'une institution soignante toute seule ça n'existe pas ! Ça n'existe pas sans des personnes malades pour la faire subsister.

L'expérience humaine est toujours mutuelle, sans quoi elle perd ses qualités humanisantes et ses fonctions transformationnelles (Bollas, 1989). Ce qui rend possible la capacité de soutenir et d'accompagner la mutativité des processus psychiques chez un patient, c'est *l'authentique co-expérienciation d'une relation partagée*. Sans doute aussi que c'est cela qui conduisit tant de thérapeutes à investir intensément leurs patients : M. Klein (1961) et le cas Richard, un jeune garçon de 10 ans qu'elle analysa lors de son exode en Écosse en quatre mois à raison de six séances par semaine ; D.W. Winnicott (1947, p. 78) et ce jeune garçon de 9 ans qu'il hébergea chez lui avec sa femme pendant la Seconde Guerre mondiale ; H. Searles (1972) et cette jeune patiente schizophrène qu'il prit en charge à quatre séances hebdomadaires pendant près de 20 ans¹², les exemples seraient sans doute nombreux. En suivant ces modèles il y a le risque « d'adopter¹³ » un peu chaque patient. Les voir partir (nous quitter !) serait alors vécu tant comme une satisfaction car nous leur aurions permis de devenir des êtres autonomes et de vivre indépendamment, mais aussi, cela nous confronte

12. Et dont son investissement envers elle le conduisit à enregistrer les séances pendant plus de six ans afin d'approfondir son travail de recherche (1972, p. 44).

13. Au sens de s'approprier une partie de la vie de l'autre et de s'en sentir responsable. Claude Bynau (2004) reprend aussi l'usage de ce terme pour définir l'accueil des adolescents en grande difficulté.

à une séparation forte, où nous devons perdre un repère dans notre semaine, une tranche de vie et accepter aussi de ne plus jamais rien savoir de ce que deviendra cette personne que nous avons côtoyée une ou plusieurs fois par semaine, et ce, pendant des années. A. Green (2010) dans l'un de ses derniers ouvrages, *Illusions et Désillusions du travail psychanalytique*, nous en livre de touchants témoignages. À chaque fois, se vit un processus de séparation. Ne pas être capable de supporter cela reviendrait à maintenir une dépendance réciproque, laquelle ne permet pas au patient de se développer et de se *soigner*¹⁴.

Avec les adolescents *borderline* que l'on rencontre en ITEP, une dimension forte est celle du renoncement au soin, alors que paradoxalement, nous pourrions considérer que nous sommes dans le champ du handicap puisqu'ils sont reconnus socialement comme « handicapés psychiques¹⁵ » et que notre tâche pourrait être de les soigner. Ce ne sont pas des cas propices à l'analyse telle que nous pourrions en rencontrer dans les meilleures situations d'une activité de consultation privée, et pour autant, l'intensité des troubles qu'ils présentent nous permet peut-être plus facilement de renoncer à ce fantasme de les soigner, de se dégager de nos « *efforts pour rendre l'autre sain* », nous permettant de rejoindre une position authentiquement analytique où la question d'avoir ce désir *pour l'autre* doit se dissiper. Nous en venons modestement à nous contenter de peu : leur permettre de traverser cette période trouble sans trop de heurts, savoir qu'ils restent en vie, qu'ils restent en liberté, qu'ils ne se font pas trop de mal et qu'ils ne blessent pas trop les autres, voilà le plus souvent nos minces satisfactions. Plus profondément, nous pouvons souhaiter qu'ils puissent retrouver un tant soit peu de mobilité dans leurs processus psychiques internes, qu'ils puissent se déprendre des logiques inconscientes qui s'imposent à eux et qu'une forme de liberté interne puisse

14. Pour poursuivre le parallèle entre la fonction maternelle et la fonction soignante, cela fait écho à ces parents qui ne réussissent pas à supporter de voir leur enfant partir du foyer, même si cela arrivera un jour ou l'autre, sauf en cas de pathologie avérée.

15. Selon la terminologie propre à la loi du 11 février 2005 (voir aussi Wacjman, 2013, p. 173).

progressivement émerger. Cela ne veut pas forcément dire : « être guéri », « aller bien » ou « être en bonne santé ». Mais cela rejoint cette conception de Freud (1915) lorsqu'il évoque que « rendre la vie supportable est le premier devoir du vivant¹⁶ ». Notre premier « devoir », notre intention première, est de faire en sorte que nos patients réussissent à accéder à une vie « relativement supportable », « *good enough* » aurait dit Winnicott.

Vers une préoccupation suffisamment tempérée

Avec les patients « limites » ou de fonctionnement « non névrotiques » nous savons, comme A. Green nous le rappelait dans la citation introductive, que nous nous devons d'être *totalelement impliqués*. Être impliqués, certes, mais jusqu'où ? Le risque serait alors de plonger dans le monde interne de l'autre sans retenue, perdant tout repère utile à penser le patient, l'écueil ultime étant de « délirer à deux » ou pour le moins, de voir émerger ses limites personnelles dans l'émergence de notre « folie privée » (Green, 1990).

La nature même de la dynamique transférentielle est telle qu'elle nous conduit à une position contradictoire, devoir se laisser agir par les effets du transfert, de la régressivité et la force des identifications, mais aussi, devoir maintenir en nous une position de distance affective et une capacité de discernement suffisante, afin de pouvoir continuer à produire un travail de pensée. C. Le Guen propose en ce sens de qualifier cet effet en tant que paradoxe :

Au paradoxe du transfert répond le paradoxe du contre-transfert, puisqu'il s'agit : à la fois de s'intéresser, de s'impliquer, de s'identifier au patient ; dans le même temps de rester détaché, capable de penser, de traduire, de se souvenir et de théoriser. Mais le contre-transfert trouble aussi l'écoute, là où la névrose de l'analyste provoque des zones d'ombre et le gêne pour assumer l'imgo projetée sur lui (ainsi, Freud ne cachait pas sa réputation à endosser l'imgo maternelle) (Le Guen, 1986, p. 250).

16. Et celui-ci d'ajouter, « l'illusion perd toute sa valeur lorsqu'elle est en opposition avec ce devoir » (Freud, 1915, p. 46)

A. Green, qui consacra une grande partie de sa carrière¹⁷ à penser ces questions nous apporte des éléments essentiels pour penser les « limites du soin » avec les patients limites :

On comprend que, face à ces « situations limites » (R. Roussillon) qui sollicitent non seulement les limites de ce qui est analysable mais celles de l'analyste lui-même ou – pour le dire autrement – les limites de la « raison analytique », les structures non névrotiques appellent un mélange de *souplesse et de rigueur*¹⁸, un attachement à l'esprit de l'analyse plus qu'à sa lettre et un recours à la folie privée de l'analyste afin que celle-ci puisse entrer en résonance avec celle du patient. Comment éviter alors la confusion entre « folie privée » et folie tout court ? Comment ne pas tomber dans des pratiques qui, sous couvert de variations techniques d'analyse, mettent en fait en œuvre le contraire de celle-ci, entraînant bientôt l'ensemble de la pratique analytique sur des voies où elle courrait à sa perte (Green, 1994, p. 1124).

Plus récemment, R. Roussillon (2012) a conceptualisé les effets de l'investissement dans le soin et de la force du processus d'identification par la notion de « l'identification narcissique de base » (INB). Ce processus apparaît dans toute rencontre humaine, et en ce sens cela rejoint les conceptions d'H. Searles lorsqu'il évoque que réside chez toute personne, et ce dès le premier âge, une « tendance essentiellement psychothérapique » (1973, p. 85). Concernant le champ du soin, Roussillon propose *des voies de régulation des effets de « l'identification narcissique de base »* lesquelles renvoient aux notions de « cadre et de dispositif », à la prise en compte de la « constellation transférentielle », mais aussi de la fonction « médium malléable » ou encore au « modèle du jeu » (en référence au « play » de Winnicott).

Cette régulation s'effectue à plusieurs niveaux, selon plusieurs modalités, tout d'abord à un niveau économique ou quantitatif, par un jeu sur l'intensité, la durée et la nature de

17. Dans l'article « Les cas limite. De la folie privée aux pulsions de destruction et de mort », A. Green (2011) nous propose un « tour d'horizon » de l'évolution de ses conceptions sur le sujet en reprenant plus de 30 ans de recherches sur les cas limite.

18. Souligné par moi.

l'investissement, ensuite par des régulations de type qualitatif, par le sens et le partage. La régulation sociale habituelle met en jeu la question de la réciprocité. L'autre s'identifie à moi et moi à lui ce qui crée une boucle de rétroaction : l'un s'identifie à l'autre qui s'identifie au premier (identifications croisées de Winnicott). Tantôt l'un écoute l'autre, se laisse « pénétrer » par son état psycho-affectif, tantôt réciproquement c'est au tour de l'autre d'accepter d'être le récipiendaire de l'état affectif du premier (2012, p. 27).

Il poursuit en précisant les modalités qualitatives et quantitatives de cette régulation :

Les éléments « qualitatifs » de cette régulation renvoient à la formation des cliniciens à la qualité de leur propre fonctionnement psychique en cours de rencontre clinique. [...] À un niveau économique et quantitatif [...] le dispositif va jouer sur la durée et la fréquence de la rencontre et donc celles de « l'exposition » à l'INB et à ses effets. La durée des rencontres est limitée ce qui structure un jeu d'alternance : présence et INB / absence et différenciation (ou l'inverse présence et différenciation, absence et INB). La fréquence va, elle, rythmer les rencontres, assurer la continuité de l'INB, ou, à l'inverse, introduire des discontinuités, des ruptures d'investissement ou de transfert (2012, pp. 31-32).

L'excès ou le manque d'investissement et de préoccupation pour l'autre, envers l'autre, est toujours au risque d'être source d'une violence adressée au patient (Ciccone, 2014). Si le manque d'empathie ou d'investissement est bien souvent une défense pour se protéger de la violence des affects ressentis, pour tenter de maintenir le monde interne de l'autre un tant soit peu à distance, afin de ne pas être totalement engloutis dans les méandres d'un univers sans repères¹⁹, à l'inverse, l'excès d'investissement comporte également des risques. Chez des enfants ou des adolescents qui ont rencontré des défauts d'investissement au sein de leur environnement primaire ou secondaire, le surcroît de sollicitude leur adressera une violence sans égale, leur renvoyant un

19. Percevoir autrui comme « non humain » est alors une tentative pour se protéger des effets de l'identification (cf. Searles, 1960, p. 247).

sentiment de menace, attaquant les repères qu'ils avaient pu avoir jusqu'alors. Plus le lien établi entre le thérapeute et le patient est de qualité, et plus les liens passés, mis en place jusqu'alors entre l'adolescent et le parent, risquent d'être interrogés, fragilisés et critiqués. Le temps premier de la rencontre et son lot d'idéalisation pourront leur donner l'illusion que nous sommes sans faille, cette figure imagoïque venant heurter celles qu'ils avaient établies concernant leurs parents. Il nous faudra, au fil du déploiement de la relation thérapeutique, leur permettre d'éprouver que c'est bien par l'usage de nos failles que la voie du soin est possible.

Il arrive parfois que dans des situations d'impasses, lorsque le jeune patient ne semble pas s'inquiéter de sa propre situation, les professionnels en charge du soin ou de l'accompagnement en viennent à *porter* sa culpabilité et sa responsabilité. Il s'agit là d'une des formes témoignant d'un excès d'investissement où les soignants s'approprient un sentiment de responsabilité (*concern*) les amenant à culpabiliser pour l'état ou les agissements du patient²⁰.

On pourrait dire que les investissements figurent comme *un état thymique du lien* et pourraient être qualifiés de « maniaques » ou de « dépressifs »²¹. En prenant les choses du point de vue des relations d'objet, nous pourrions qualifier ces investissements relationnels « d'hystériques » ou de « phobiques ». Une « préoccupation suffisamment tempérée » correspondrait ici à un état intermédiaire entre ces deux polarités, un lien ni trop chaud ni trop froid, à la juste température pour pouvoir être digéré et assimilé.

Ces facteurs sont les indices d'éléments propres à la relation tranféro-contre-transférentielle, ce qui signifie que toutes ces dérégulations, si elles ne viennent pas du soignant (et de ses parts non soignées ou non analysées) nous donnent des indices sur les vécus infantiles du patient. Bien

20. Tout comme un parent trop anxieux ne pourrait pas s'endormir sans être pris de panique ne sachant pas si son bébé respire toujours dans la nuit, ou bien encore un parent « pas assez concerné » ne soutiendra pas (*hold*) une sécurité suffisante envers son enfant et l'exposera à des dangers réels par négligence.

21. Searles (1976) propose quant à lui les notions de « sur-identification » et de « sous-identification » du soignant envers le patient.

sûr, la majeure partie des soignants sont censés avoir mis à profit leur formation, et surtout, leur analyse personnelle pour interroger ces enjeux et ne pas se retrouver dans l'un ou l'autre de ces cas de figure extrêmes. Mais malgré tout, ces paradigmes nous servent de repères, pour considérer la *qualité* et l'*intensité* des investissements libidinaux contenus dans la relation transférentielle. Cette qualité et cette intensité pourraient se repérer suivant des gradients que certains patients nous conduisent parfois à bousculer dangereusement. Ces gradients, ces marqueurs de l'intensité transférentielle (et contre-transférentielle) sont des indicateurs de l'intensité des événements vécus chez le patient par le passé, les signes de traumatismes émotionnels qui envahissent et persécutent parfois l'individu, tout comme, de la même façon, le thérapeute sera alors envahi à son tour.

Le *handling* dans le soin ou la conduite du traitement

Cela nous amène à devoir envisager les adaptations possibles au cours d'un traitement psychothérapique. Ces aménagements peuvent posséder différentes origines : soit nous percevons d'emblée des particularités suffisamment importantes chez le patient, et alors nous allons tenter d'imaginer un protocole de soin particulier, soit nous engageons une thérapie suivant nos repères ordinaires, et au fil du temps nous allons être progressivement conduits à devoir en modifier les repères, afin de s'adapter aux besoins du patient. Il semble que le second cas de figure soit bien plus fréquent que le premier. Habituellement, nous engageons quelques rencontres, évaluons le patient, sa demande et les moyens dont nous disposons pour y répondre. En faisant la synthèse de ces différents éléments²², nous proposons alors au patient un cadre et un dispositif particulier. Si le patient l'accepte, nous nous engageons alors mutuellement dans un travail, désormais garanti par un cadre qui s'impose aux deux acteurs de la relation thérapeutique. Mais il arrive qu'au fil de la thérapie (cela peut survenir aussi bien dès les premiers temps qu'au

22. En institution, il arrive parfois que l'on adjoigne à ces éléments une prise de contact avec les anciens lieux de soin que le patient a fréquenté.

terme de plusieurs années), le patient présente des traits suffisamment inquiétants, conduisant le thérapeute à modifier le cadre initialement déterminé. S'agit-il pour autant d'une rupture de la convention habituelle ? Peut-être. Reste que certains patients viennent nous confronter aux limites de notre cadre ou de notre dispositif, et que nous nous voyons alors face à deux alternatives : maintenir le cadre initial ou bien mettre un terme à la thérapie. Entre persévérance et abdication, la voie tierce s'impose parfois au thérapeute comme une évidence : adapter le dispositif ou le cadre, modifier la convention ordinaire, afin que celle-ci puisse être ajustée aux besoins actuels du patient.

Le cadre psychanalytique a pour « réputation » de posséder ses qualités et propriétés tierces du fait de son immuabilité. Le changer reviendrait alors à prendre le risque de lui faire perdre cette fonction tierce, qui s'impose comme une contrainte et une garantie aux deux membres de la relation analytique. Christopher Bollas (2013) dans un ouvrage récent a témoigné des adaptations et ajustements utiles, afin d'accompagner des patients « au bord de l'effondrement ». Dans ce cas précis, il ne s'agit pas d'adaptations pour des patients limites, mais pour des patients suffisamment névrosés rencontrés en libéral et confrontés au risque d'une désorganisation interne. En ce qui concerne les adolescents *borderline* soignés en institution, ce qui peut nous intéresser, ce sont les *modalités de proposition* de ces aménagements. Bollas décrit bien comment cela suppose une certaine *conviction de l'analyste*, dans le fait qu'il puisse apporter quelque chose au patient. La proposition doit alors être formulée de façon assez directive, mobilisant tant des traits maternels propices à communiquer la préoccupation que nous avons pour notre patient, que des traits plus paternels, porteurs d'une fermeté rassurante. Cela reprend les notions de « souplesse et de rigueur » auxquelles Green (*supra*) pense qu'elles sont immanentes au travail avec les personnalités limites, ou encore la notion de « biparentalité psychique » développée par Ciccone (2011). Aussi, il semble qu'un des aspects à prendre en compte dans la conduite d'un traitement ou d'une psychothérapie réside dans cette part du *handling*, du maniement, de la conduite

que nous allons adopter au fil de la relation clinique. Ce *handling* dans le soin nous semble une métaphore utile pour illustrer la nécessité de conserver une capacité d'adaptation constante tout au long de la psychothérapie.

Object presenting et interprétations : une ouverture au monde extérieur

Faisant suite au *holding* et au *handling*, l'*object presenting*, la présentation d'objets des parents à l'enfant, a été édifié par Winnicott comme un processus permettant de déployer les fonctions de l'illusion propre à la rencontre en « trouvé-crée ». Aux fonctions de l'*object presenting* pourrait correspondre, dans le champ du travail thérapeutique, le processus d'interprétation. Une interprétation à entendre comme celle de l'interprétation du monde qu'effectuent les parents lorsqu'ils présentent et décodent le monde à leur enfant.

Toute interprétation apporte un élément de subjectivité extérieure, un point de vue nouveau à l'interlocuteur. Son évocation est donc en soi source de disruption potentielle, de coupure au sein du fil associatif du patient, elle est un invité étranger dans le monde privé de l'individu. Cette fonction de la *présentation du monde* dans le processus interprétatif nous semble essentielle dans tout travail thérapeutique avec ces adolescents carencés, car bien souvent ils n'ont pas réussi à former en eux des repères structurants à partir de leurs expériences du monde. Il s'agit, comme Winnicott le propose, « d'introduire le monde à petites doses » [*introducing the world to the child in small doses*] (1961, p. 74), afin de permettre à l'adolescent de rencontrer le principe de réalité de façon suffisamment tempérée. Cela signifie apporter des éléments de réalité dans la thérapie. Ce processus peut se réaliser suivant différentes voies : prendre appui sur des aspects factuels, événementiels ou historiques, articuler un contenu apporté par l'adolescent avec une réalité partagée, ne pas lui laisser penser que nous ignorerions certains éléments dont nous avons eu connaissance par des tiers (les échos de la clinique institutionnelle), lui apporter un point de vue objectif ou moral sur une situation, etc. Nul doute que

tous ces aspects semblent en totale contradiction avec les valeurs sur lesquelles se sont fondées les pratiques psychanalytiques auprès d'adultes névrotiques, mais il est évident que nous ne sommes pas ici dans un monde où le seul enjeu serait celui de « l'interprétation du fantasme inconscient », dans un monde où tout peut émerger sans incidence directe sur la vie réelle immédiate. Sans doute aussi que toute thérapie d'enfant ou d'adolescent suppose par moments des apports éducatifs, visant à proposer des repères à partir desquels ceux des jeunes patients pourront s'élaborer à leur tour. Ce maniement visant à *présenter* des aspects du monde extérieur, revient à apporter du tiers, de la culture, de la loi, du commun partagé, favorisant ainsi *le travail de désillusion*. Il s'agit là, comme pour le tout jeune enfant, d'aider l'adolescent à passer du stade de « dépendance absolue » à celui de la « dépendance relative » pour finalement accéder à l'indépendance (Winnicott, 1960, 1963b, 1963c). Ce travail de désillusion ne doit se produire que de façon progressive suivant les modalités de la transitionnalité, telle une rencontre en « trouvé-crée » (Winnicott, 1971) permettant à l'enfant de rencontrer le monde extérieur sans que celui-ci ne soit vécu comme un empiètement sur la sphère, la bulle première de dépendance. Avec les adolescents, nous en venons à leur proposer « à petites doses » des éléments du monde extérieur, de nos perceptions et conceptions subjectives, par le biais des interprétations. Si celles-ci arrivent trop vite, elles anticipent le rythme du patient et devancent ses capacités d'intégration du monde extérieur. L'interprétation prématurée « traumatise le patient » qui la refusera. Winnicott indique ainsi : « Il peut trouver l'analyste très brillant et lui exprimer son admiration, mais à la fin, l'interprétation correcte est un traumatisme que le patient doit rejeter parce que ce n'est pas la sienne » (1960, p. 373). À l'extrême, elle peut être vécue comme un processus évidant, une « introjection extractive » (Bollas, 1987)²³, une projection intrusive (Meltzer) qui dépose le patient de ses propres contenus internes.

23. Bollas (1987) décline l'introjection extractive (processus antagoniste et complémentaire à l'identification projective) suivant quatre types : le vol d'un contenu mental, le vol d'un processus affectif, le vol d'une structure mentale et enfin le vol du *self*.

CONCLUSION : SOIGNER LE CADRE, CADRER LE SOIN

J'ai tenté dans cet écrit de présenter certains points forts de la pensée winnicottienne afin de montrer comment cette pensée constitue une ressource vivante pour nous accompagner dans la clinique quotidienne. Lorsque nous soignons psychiquement des adolescents grandement carencés, tels que l'on peut les rencontrer dans les institutions médico-sociales, ces pensées sont une ressource pour penser le soin, son cadre et ses aménagements. Alors que nous pouvons, dans ces institutions, nous trouver parfois bien loin des standards d'une pratique psychanalytique privée, ce qui nous semble important, c'est bien de voir comment les apports théoriques peuvent nous permettre de penser le cadre et de le soigner, afin de développer des modèles au plus près des besoins de nos jeunes patients. La clinique évolue quotidiennement, et, avec elle, la société qui l'environne. Il serait bien illusoire de penser que nos conceptions méthodologiques du soin devraient rester celles que découvrirent les premiers psychanalystes et n'en plus bouger. Pour offrir un cadre de soin ajusté au plus près des besoins de nos patients il est nécessaire de pouvoir soutenir les garants de la transitionnalité, une transitionnalité qui vient mettre du jeu sur les axiomes de l'épistémologie même de notre discipline, et dont le mouvement s'alimente d'une clinique contemporaine aux formes toujours nouvelles. Mais pour que les processus transitionnels puissent émerger et se déployer pleinement, cela suppose que soignant et patient, analyste et analysant, soient tous deux assurés d'un cadre fiable, repéré, suffisamment identifié et constant, afin que les périodes de tempêtes ne viennent pas balayer la possibilité de soutenir l'expérience d'un travail psychique engagé.

Si notre but continue d'être la verbalisation de la conscience qui s'éveille, en fonction du transfert, c'est bien de pratique psychanalytique qu'il s'agit. Sinon, nous sommes des analystes pratiquant quelque chose que nous jugeons approprié à la situation. Et pourquoi pas ? (Winnicott, 1962c, p. 138).

Résumé

Cet article propose de prendre appui sur les apports théoriques de D.W. Winnicott pour penser le soin psychique auprès d'adolescents *borderline* accueillis en établissements médico-sociaux. En déployant un modèle psychothérapique basé sur l'expérience des liens précoces parent-nourrisson et les fonctions mobilisées dans les soins maternels, Winnicott a introduit un parallèle singulier avec les fonctions propres à la psychothérapie, s'éloignant parfois des enjeux strictement psychanalytiques. Des concepts tels que le *holding*, le *handling* et l'*object presenting*, déployés pour décrire les soins maternels, nous apparaissent ainsi être des analyseurs féconds pour penser le soin psychothérapique. À partir de réflexions sur les notions d'alliance thérapeutiques et de l'investissement dans le soin, cet écrit tend à mettre en avant l'idée de certaines fonctions spécifiques aux soins d'adolescents carencés au travers de ces quelques notions winnicottiennes.

Mots-clés : Winnicott, préoccupation soignante primaire, investissement, alliance thérapeutique, cadre, dispositif, adolescent, psychothérapie.

Summary

Starting from the theoretical contributions of D. W. Winnicott, this article proposes to think the psychic care with deprived *borderline* adolescents in medico-social institutions. By deploying a psychotherapeutic model, based on the experience of early parent-infant relationships and functions mobilized in maternal care, Winnicott has introduced a remarkable parallel with the psychotherapy functions, sometimes away from strictly psychoanalytic issues. Concepts such as the "holding", the "handling" and the "object presenting", made to describe maternal care, appear to be good analyzers in order to think the psychotherapeutic cure. Starting from reflections on therapeutic alliance and investment concepts in the care, this writing tends to emphasize the idea of

specific functions in the cure of deprived adolescents through these few winnicottians notions.

Key words: Winnicott, primary caring preoccupation, investment, therapeutic alliance, frame, setting, adolescent, psychotherapy.

BIBLIOGRAPHIE

- Azoulay J. (1998), Le psychiatre-analyste et la rencontre, in *Revue française de psychanalyse*, 1998, vol. LXII, n° 1, pp. 41-50.
- Baranger W. & M. (1961), La situation analytique comme champ dynamique, in *Revue française de psychanalyse*, vol. XLIX, n° 6, 1985, pp. 1543-1571.
- Bollas C. (1987), Extractive Introjection, in *The Shadow of the Object, Psychoanalysis of the Unthought Known*, Columbia University Press, New York, 1987, pp. 157-169.
- Bollas C. (1989), L'objet transformationnel, in *Revue française de psychanalyse*, vol. LIII, n° 4, pp. 1181-1199.
- Bollas C. (1998), Origins of the Therapeutic Alliance, in *Scandinavian Psychoanalytic Revue*, n° 21, pp. 24-36.
- Bollas C. (2013), *Catch Them Before They Fall. The Psychoanalysis of Breakdown*, Londres, Routledge, 2013.
- Bonneville E. (2010), Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant, in *La Psychiatrie de l'enfant*, vol. LIII, n° 1/2010, pp. 31-70.
- Bynau C. (2004), *Accueillir les adolescents en grande difficulté. L'avenir d'une désillusion*, Toulouse, Érès, 2015.
- Ciccone A. (2011), *La Psychanalyse à l'épreuve du bébé, Fondements de la position clinique*, Paris, Dunod, 2014.
- Ciccone A. (2012), *La Part bébé du soi, approche clinique*, Paris, Dunod.
- Ciccone A. (2014), *La Violence dans le soin*, Paris, Dunod.
- Delion P. (2005), *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la psychothérapie institutionnelle*, Paris, Dunod, 2011.
- Deutsch H. (1965), L'alliance thérapeutique, in *Les « Comme si » et autres textes*, Paris, Seuil, 2007, pp. 285-291.
- Donnet J.-L. (1995), *La Situation analysante*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge », 2002.
- Ferro A. (2014), *Éviter les émotions, vivre les émotions*, Montreuil-sous-Bois, Les Éditions d'Ithaque.
- Ferro A., Basile R. et al. (2015), *Le Champ analytique, un concept clinique*, Montreuil-sous-Bois, Les Éditions d'Ithaque.
- Freud S. (1914), Pour introduire le narcissisme, in *La Vie sexuelle*, Paris, Puf, 1969 ; *OCF-P*, vol. XII, Paris, Puf, 2005.
- Freud S. (1915), Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Puf, 1988.
- Freud S. (1925), La négation, in *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, Puf, 1985 ; *OCF-P*, vol. XVII, Paris, Puf, 1992.
- Green A. (1976), Le concept de limite, in *La Folie privée, Psychanalyse des cas-limites*, Paris, Gallimard, 1990.
- Green A. (1990), *La Folie privée, Psychanalyse des cas limites*, Paris, Gallimard, coll. « Folio ».
- Green A. (1994), Être psychanalyste, pour quoi faire ?, in *Revue française de psychanalyse*, vol. LVIII, n° 4, pp. 1119-1126.

- Green A. (2000), La position phobique centrale avec un modèle de l'association libre, in *Revue française de psychanalyse*, vol. LXIV, n° 3, 2000, pp. 743-772.
- Green A. (2010), *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*, Paris, Odile Jacob.
- Green A. (2011), Les cas limite. De la folie privée aux pulsions de destruction et de mort, in *Revue française de psychanalyse*, vol. LXXV, n° 2, pp. 376-390.
- Guignard F. (1996), *Au vif de l'Infantile, réflexions sur la situation analytique*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- Houzel D. (1986), Un élément du cadre : l'alliance thérapeutique, in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 2, pp. 78-94.
- Klein M. (1961), *Psychanalyse d'un enfant. Méthode de psychanalyse étudiée à partir du traitement d'un enfant de dix ans*, Paris, Tchou, 1973.
- Laplanche J. & Pontalis J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Puf, coll. « Quadrige », 1998.
- Le Guen C. (1986), Le refoulement, in *Revue française de psychanalyse*, vol. L, n° 1, pp. 23-335.
- Misés R. (1990), *Les Pathologies limites de l'enfance*, Paris, Puf.
- Penot B. (2004), Travailler psychanalytiquement à plusieurs : la reprise d'un temps premier du processus subjectivant, in *Adolescence*, vol. L, n° 4, pp. 833-842.
- Penot B. (2006), Pour un travail psychanalytique à plusieurs en institution soignante, in *Revue française de psychanalyse*, vol. LXX, n° 4, pp. 1079-1091.
- Roussillon R. (1991), Le paradoxe de la destructivité ou l'utilisation de l'objet selon Winnicott, in *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, Puf, pp. 119-129.
- Roussillon R. (2012), *Manuel de pratique clinique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- Searles H. (1960), *L'Environnement non humain* (plus particulièrement « Percevoir autrui comme non humain », pp. 247-263), Paris, Gallimard.
- Searles H. (1972), Réalisme des perceptions dans un transfert délirant, in *Le Contre-transfert*, trad. fr. Paris, Gallimard, 1981, pp. 41-84.
- Searles H. (1976), Les phénomènes transitionnels et la symbiose thérapeutique, in *Le Contre-transfert*, Paris, Gallimard, 1981, pp. 190-266.
- Wacjman C. (2013), *Clinique institutionnelle des troubles psychiques*, Toulouse, Érès.
- Winnicott D.W. (1941), L'observation des jeunes enfants dans une situation établie, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1976, pp. 37-56.
- Winnicott D. W. (1947), La haine dans le contre transfert, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris Payot, 1976, pp. 72-82.
- Winnicott D.W. (1950), Quelques réflexions sur le sens du mot démocratie, in *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1988, pp. 273-294.
- Winnicott D.W. (1952), Psychose et soins maternels, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris Payot, 1976, pp. 187-197.
- Winnicott D.W. (1954a), Repli et régression, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, pp. 250-267.
- Winnicott D.W. (1954b), Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, pp. 250-267.
- Winnicott D.W. (1956a), La préoccupation maternelle primaire, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1976, pp. 168-174.
- Winnicott D.W. (1956b), La relation d'une mère à son bébé au tout début, in *La Famille suffisamment bonne*, Paris, Payot, 2010, pp. 9-18.
- Winnicott D.W. (1956c), La tendance antisociale, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1976, pp. 292-302.
- Winnicott D.W. (1957), Contribution de l'observation directe des enfants à la psychanalyse, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970, pp. 73-79.

- Winnicott D.W. (1958a), La capacité d'être seul, trad. fr. in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, pp. 325-333.
- Winnicott D.W. (1958b), La première année de la vie. Conceptions modernes du développement affectif au cours de la première année de la vie, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, pp. 310-324.
- Winnicott D.W. (1960), La théorie de la relation parent-nourrisson, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, pp. 358-378.
- Winnicott D.W. (1961), Further Remarks on the Theory of the Parent-Infant Relationship, in *Psycho-Analytic Explorations*, Harvard University Press, 1989, pp. 73-78.
- Winnicott D.W. (1961), La théorie de la relation parent-nourrisson : Remarques complémentaires, in *Revue française de psychanalyse*, vol. XXVII, n°s 4-5/1963, pp. 487-490.
- Winnicott D.W. (1962a), L'adolescence, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris Payot, 1969, pp. 398-408.
- Winnicott D.W. (1962b), Intégration du moi au cours du développement de l'enfant, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, 1970, pp. 9-18.
- Winnicott D.W. (1962c), Les visées du traitement psychanalytique, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, 1970, pp. 133-138.
- Winnicott D.W. (1963a), Élaboration de la capacité de sollicitude, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, 1970, pp. 31-42.
- Winnicott D.W. (1963b), Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, 1970, pp. 43-54.
- Winnicott D.W. (1963c), L'état de dépendance dans le cadre des soins maternels et infantiles et dans la situation analytique, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, 1970, pp. 243-256.
- Winnicott D.W. (1964), La relation d'une mère à son tout début, in *La Famille suffisamment bonne*, Paris, Payot, 2010, pp. 9-18.
- Winnicott D.W. (1969), L'usage de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications, in *La Crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, pp. 231-242.
- Winnicott D.W. (1971), *Jeu et Réalité, L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1975.
- Winnicott D.W. (1984), *Déprivation et Délinquance*, Paris, Payot, 1994.

