

Journée d'étude D.W. Winnicott

La psychosomatique

Corps, esprit et psyché

6 octobre 2018

Association internationale Winnicott France

Une lecture de Winnicott : « Psycho-Somatic Illness in Its Positive and Negative Aspects » (1964), et « Additional Note on Psycho-Somatic Disorder » (1969)

Jean-Baptiste Desveaux

Si Winnicott n'a pas formellement produit une théorie spécifique du champ psychosomatique, nombre de ses textes font référence aux enjeux du corps et aux troubles ou pathologies somatiques. Ceci est évidemment lié à sa pratique de pédiatre, dont il ne cessera jamais véritablement l'activité, continuant d'exercer tout au long de sa carrière au sein de l'hôpital pour enfants de Paddington Green (*Paddington Green Children's Hospital*).

Quelques textes de Winnicott sur les enjeux psychosomatiques nous sont familiers, comme « L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma » (1949). Sans doute aurions-nous encore bien des aspects de sa pensée à explorer, entre autres, au travers d'un livre devenu introuvable, le premier qu'il écrivit sur les troubles somatiques chez l'enfant : *Clinical Notes on Disorders of Childhood* (1931).

C'est donc bien à partir de préoccupations somatiques que Winnicott fonda sa pratique pédiatrique, à partir du souvenir de s'être fracturé la clavicule, alors qu'il n'était qu'un jeune adolescent de 16 ans. Au repos dans l'infirmerie de son lycée, il avait ressenti le besoin de pouvoir développer des capacités pour se soigner seul. « Je ne pouvais pas imaginer que, pendant tout le reste de ma vie, je serais obligé de dépendre des médecins au cas où je me blesserais ou tomberais malade. Le meilleur moyen de m'en tirer, c'était de devenir médecin moi-même » écrit Clare Winnicott¹. Il expliquera ainsi que sa pratique de médecine générale (ce qui était son vœu premier) trouvera ses origines dans cette expérience d'être seul, face au corps, à son corps souffrant. Il écrira aussi quelques textes sur les troubles cardiaques² (allant jusqu'à proposer, en 1966, l'idée d'une « névrose cardiaque infantile »), ce qui n'est

¹ Propos attribués à Donald Winnicott évoqués par sa femme, Clare Britton, L'Arc, 1978, p. 33.

² (1966) « La névrose cardiaque infantile » ; (1957) « Excitement in the Aetiology of Coronary Thrombosis ».

pas sans rapport avec ses propres fragilités cardiaques qui finiront par l'emporter lors du mois de janvier 1971. L'urticaire, le prurit (des démangeaisons), l'eczéma et autres dermatoses sont au centre de ses attentions. Il semble ainsi devancer les préoccupations de Didier Anzieu (1974) et son concept de « moi-peau » lorsque, dès 1934, il écrit sur la peau, sa fonction enveloppante et d'interface entre dedans et dehors. Il cite John T. Ingram, qui considère que l'on peut envisager « la peau [...] chez l'homme comme une extension de l'esprit, une partie essentielle de son tempérament et de sa personnalité » (1934, p. 212).

Voici quelques occurrences de Winnicott, datant de 1934, année où il achève sa formation à l'institut psychanalytique de Londres.

« Les mères qui lavent et sèchent leurs nourrissons tous les jours savent que la peau est une zone érogène. »

« Chez les adultes et les enfants, il est courant qu'une partie de la peau fonctionne comme zone érogène et procure un véritable plaisir quand on la gratte. »

« La masturbation de la peau, très fréquente au cours de la petite enfance, est très satisfaisante pour l'enfant car l'agressivité relative à ses fantasmes masturbatoires, cause de leur refoulement, peut s'exprimer sans culpabilité dans la mesure où il retourne la cruauté contre lui en arrachant et faisant saigner les papules. L'érotisme de la peau est proche de l'érotisme anal. »

« Je ne parlerai que brièvement du lien entre la peau et les émotions, car il a fait l'objet de nombreux écrits. Rougir est nettement en relation avec les émotions. L'importance de la texture de la peau et du toucher, que l'on retrouve dans les perversions et le fétichisme, joue aussi un rôle dans notre vie quotidienne et l'enrichit. Pour un enfant, les significations de la peau sont très variées et complexes. »

Je vous propose d'explorer quelques conceptions winnicottiennes sur la psychosomatique, à partir de deux textes, l'un de 1964 : « Les aspects positifs et négatifs de la maladie psychosomatique », et le second de 1969, une « Note additionnelle sur le trouble psychosomatique ». Ces deux écrits, relativement tardifs au sein de son œuvre, n'en forment presque qu'un seul, témoignant de sa pensée en continuelle évolution.

Winnicott engage ici sa réflexion à partir de quelques préliminaires, pour soutenir, avec quelques situations cliniques à l'appui, l'idée que la défense psychosomatique puisse être envisagée comme un élément positif. Il achève enfin ce texte par une proposition de « classification ».

Winnicott propose tout d'abord, dans ce texte, de dissocier « psycho » et « somatique » par un trait d'union (alors que cela n'est pas le cas ailleurs dans son œuvre). Ce trait d'union, nous dit-il, « unit et sépare les deux aspects de la pratique

médicale » (p. 103, trad. personnelle). Il précise, non sans humour³, que « le psychosomaticien s'enorgueillit de sa capacité à monter deux chevaux à la fois, un pied sur chacune des deux selles, tenant les deux rênes de ses deux mains habiles » (*Ibid.*). Il y a, pour Winnicott, l'idée d'un agent actif, d'un processus agissant, qui tendrait à séparer les deux aspects du trouble psycho-somatique, et cet agent, c'est la dissociation. C'est cela que ce trait d'union vient signifier : *le processus de dissociation*.

Le point central de ce texte se situe ainsi autour du clivage (*splitting*), clivage entre des éléments corporels et d'autres intellectuels. Ce clivage est aussi nommé dissociation ; Winnicott emploie l'un ou l'autre terme sans en spécifier les différences. On peut relever que le terme est souvent utilisé au pluriel. Il s'agit bien de *dissociations multiples* qui fondent le trouble psychosomatique. Ces clivages à l'œuvre constituent pour lui une organisation défensive « extrêmement puissante », « terriblement puissante », si bien qu'il est très souvent difficile d'en venir à bout. Cette tendance à l'échec thérapeutique doit être prise en compte, faute de quoi les médecins « perdent courage », nous dit-il. Mieux, la psychosomatique devient alors un sujet d'étude théorique et non plus clinique, ce qui facilite le traitement de la question car les théoriciens ne sont pas « encombrés par les patients réels ». « Le théoricien est le seul qui soit apte à perdre contact avec la dissociation, il est capable de voir des deux côtés, encore que trop facilement ». Ce clivage clinique/théorie, semble être une forme de mise en abîme de la théorie qu'il s'apprête à énoncer sur les clivages entre les processus affectifs et les processus intellectuels. En effet, pour lui, le fondement du trouble psycho-somatique est constitué par un ou des clivages entre la sphère cognitive et celle émotionnelle. Les symptômes corporels du patient psychosomatique ne constituent donc pas, pour Winnicott, une maladie, mais ils sont plutôt les signes d'une dissociation intrapsychique.

Il file sa métaphore, précisant que certains médecins ne sont pas vraiment capables de monter deux chevaux à la fois, devant se résigner à monter sur la selle de l'un et guider l'autre à distance, au risque de perdre contact avec lui.

³ Il faut avoir en tête que ce texte fut présenté à la *Société de recherche en psychosomatique*.

L'éparpillement du soin, un symptôme à respecter ?

Il explique que beaucoup de patients clivent leurs soins médicaux, et qu'ils ne les clivent pas seulement en deux mais « en de nombreux fragments. En tant que médecins, nous nous trouvons à jouer le rôle de l'un de ces fragments ». C'est ce qu'il nomme la « dispersion (ou l'éparpillement) des agents responsables » (1958). Cette dispersion est connue de tous ceux qui ont eu affaire à des sujets confrontés à des troubles psychosomatiques. Les patients sont souvent passés, et continuent d'entretenir, des soins auprès de différents professionnels (médecins généralistes, spécialistes, ostéopathes, kinésithérapeutes, hypnothérapeutes, parfois aussi, voyants ou guérisseurs traditionnels). Nous en savons les effets quant à la diffraction du transfert. Si cette dispersion des investissements psychiques pourrait, de prime abord, sembler néfaste à l'investissement d'une analyse ou d'une psychothérapie, il nous faut reconnaître que c'est souvent à ce prix, que nous pouvons entrer dans la danse. Ce serait aussi illusoire de considérer que seule l'analyse pourrait venir à bout de tout, et bien souvent, ces soins parallèles, s'offrent comme un utile support à l'associativité, et à la reprise de vécus corporels dans l'après-coup. D'autre part, cette diffusion du transfert permet que les différents aspects du sujet se déploient, et bien qu'il puisse parfois être frustrant d'imaginer que des pans entiers du patient nous échappent, il nous faut accepter qu'ils soient traités par d'autres. Nous pouvons y voir un besoin chez le patient de maintenir éloigné différents pans de son état physique et psychique, et si nous œuvrons à produire une synthèse artificielle en nous concertant, le patient risque de voir sa défense *voler en éclat*. Pour le dire autrement, il semblerait alors utile de résister à cette tentation première de réduire ces champs épars, car cet éparpillement permet au contraire de faire tenir ensemble ces parts dissociées, clivées sans pour autant les faire se confronter ou s'articuler véritablement. Si l'on prend contact avec les partenaires, il y a parfois un risque d'effondrement car *ces éparpillements préservent le clivage*. Une des manières de travailler ce clivage n'est pas de le réduire au forceps, en réunissant ou en faisant se rencontrer des parties qui ne souhaiteraient pas dialoguer, sinon on se retrouve alors dans une situation analogue à celle qui aurait lieu si l'on rassemblait des personnes qui ne s'entendent vraiment pas dans une situation où elles doivent se parler (on peut penser aux assemblées politiques, aux dîners dans les familles conflictuelles, aux échanges entre des associations analytiques divergentes, etc.). Cela produit rarement une construction féconde, mais dérive plutôt sur des disqualifications, des agirs ou des invectives visant à détruire l'autre.

Précisons tout de même que, d'une part, cela est spécifique au travail auprès des sujets souffrants de troubles psychosomatiques, et que ces enjeux sont bien différents lorsque nous sommes en charge d'autres problématiques (délinquance, psychose, problématiques psycho-sociales, etc.) et d'autre part, il ne prône pas l'absolue nécessité de ne pas communiquer (précisant qu'il peut faire des liens avec des collègues soignants), mais qu'il n'est d'aucun apport de le faire savoir au patient.

Ainsi pour Winnicott, cela n'aurait pas de sens de créer un département ou une spécialité que l'on pourrait nommer psycho-somatique, car ce regroupement serait artificiel. Il écrit :

« Ce qui donne un sens à ce groupement, est le besoin qu'ont certains patients de maintenir les médecins de deux (ou de plusieurs) côtés d'une barrière, du fait d'un besoin interne. De plus, ce besoin interne fait partie d'un système défensif hautement organisé et puissamment maintenu, ces défenses s'opposant aux dangers qui proviennent de l'intégration et de l'accomplissement d'une personnalité unifiée. Ces patients ont besoin que nous soyons clivés (même si fondamentalement unis dans l'arrière-plan lointain qu'ils ne peuvent pas s'autoriser à connaître. » (p. 101, trad. personnelle).

On perçoit ici toute la complexité de la pensée de Winnicott, faisant tenir, en elle seul, des paradoxes et des contradictions.

Dans la mise en œuvre de la pratique clinique, le symptôme du trouble psychosomatique, serait ainsi pour lui cette *constellation du groupe soignant*.

La théorie sur la psychosomatique

La théorie sur la psychosomatique est pour Winnicott quelque chose d'embarrassant. Il considère en effet que si nous faisons de la psychosomatique un sujet théorique, nous nous éloignons de la réalité clinique du patient, et le terme même risque de perdre sa fonction d'intégration.

« L'élément qui rend notre travail sur la psychosomatique cohérent, comme je l'ai déclaré, me semble être le clivage pathologique du patient des ressources de son environnement » (p. 105, trad. personnelle).

La ligne qu'il poursuit sur la dimension du clivage a une incidence sur son propos, puisqu'il en vient à imaginer que les patients dont il se sert comme exemple clinique pourraient être dans la salle, ou en train de lire ce texte. Cela ne leur apporterait rien d'autre qu'une compréhension intellectuelle, laquelle risquerait de compromettre le travail analytique. Pour Winnicott, la compréhension intellectuelle n'est d'aucune aide pour le traitement. Pour le dire autrement, la théorie, si elle est

utilisée seule, n'est pas une alliée du soin. C'est un enjeu que nous retrouvons à différents endroits de son œuvre, entre autre, dans l'article phare « La crainte de l'effondrement ». Winnicott y précise que le sujet redoute un effondrement dont il semble avoir déjà une certaine représentation, une proto-représentation, une sensation que quelque chose pourrait se produire sans qu'il réussisse pour autant à se la représenter clairement. Ceci n'est pas sans lien avec l'idée qu'il aurait déjà vécu cet effondrement, mais sans en avoir conservé l'expérience subjective. Ici, nous dit-il, la compréhension intellectuelle du patient ne nous serait d'aucune aide. Le patient doit revivre cette expérience, et, en étant accompagné, on peut espérer qu'il pourra, sans trop de risque, la vivre et l'intégrer subjectivement, là où, lorsqu'il était nourrisson, cette expérience avait été expulsée du processus d'intégration, ou pour le dire autrement, clivé *au moi* (R. Roussillon), coupée de l'expérience subjective.

Voici quelques mots de Winnicott à ce sujet :

« Ici, dans l'hyper-développement de la fonction mentale en réaction à un maternage incohérent, on voit que peut se développer une opposition entre l'esprit et le psyché-soma. En réaction à cet état anormal de l'environnement, la pensée de l'individu commence à prendre le contrôle et organiser le soin du psyché-soma, alors que dans la santé c'est la fonction de l'environnement. Dans la santé, l'esprit n'usurpe pas la fonction de l'environnement, mais rend possible une compréhension et éventuellement l'utilisation d'une carence relative. »

« Mind and its relation with the psyche-soma, L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma »
(1949, p. 246, trad. personnelle)

« Nous ne devons pas chercher à être conscients de nos réussites d'adaptation, puisqu'elles ne sont pas ressenties en tant que telles à un niveau profond. Bien que nous ne puissions pas travailler sans la théorie que nous développons durant nos discussions, ce travail échoue inévitablement si notre compréhension du besoin de nos patients est une affaire d'esprit plutôt que de psyché-soma. »

« Clinical varieties of transference », « Les formes cliniques du transfert »
(1955-56, p. 299, trad. personnelle)

« Je voudrais plutôt qu'on se souvienne que, selon moi, entre le patient et l'analyste, il y a l'attitude professionnelle de l'analyste, sa technique, et le travail qu'il effectue avec ses capacités mentales [*mind*]. Je dis cela sans crainte car je ne suis pas un intellectuel et, en réalité, je travaille beaucoup à partir de mon moi corporel, pour ainsi dire. Mais je pense que mon travail analytique suppose un effort mental tant aisé que conscient. Des idées et des sentiments viennent à l'esprit mais ils sont examinés et tamisés avant qu'une interprétation ne soit faite. Cela ne veut pas dire que les sentiments ne soient pas impliqués. Je peux d'une part avoir une douleur à l'estomac, mais cela n'affecte généralement pas mes interprétations ; ou, d'autre part, je peux avoir été stimulé érotiquement ou agressivement par une idée évoquée par le patient, mais ce fait n'affecte généralement pas mon travail interprétatif, ce que je dis, la manière dont je le dis et le moment où je le dis. »

« Counter-transference », « Le contre-transfert »
(1960, p.19, trad. personnelle)⁴

⁴ Ces trois références peuvent se retrouver suivant la traduction de J. Kalmanovitch dans le livre *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1992, respectivement p. 139, 284 et 354.

L'élément positif de la défense psychosomatique ou la proposition d'une tendance psychosomatique

« La maladie psycho-somatique est le négatif d'un positif ; le positif est la tendance à l'intégration dans plusieurs de ses significations et incluant ce que j'ai mentionné (en 1963)⁵ en tant que personnalisation. Le positif est la tendance héréditaire de chaque individu à accomplir une unité de la psyché et du soma, identité fondée sur l'expérience vécue, entre l'esprit ou psyché et la totalité du fonctionnement physique. Une tendance s'empare du nourrisson et de l'enfant pour lui permettre de faire fonctionner son corps, à partir duquel peut se développer une personnalité fonctionnelle, parachevée de défenses contre une angoisse de tous degrés et de tous genres. En d'autres termes, comme que Freud le disait il y a plusieurs décennies, le moi est fondé sur un moi corporel. » (1964, p. 111-112, trad. personnelle).

« Le clivage de la psyché et du soma est un phénomène régressif qui utilise des restes archaïques dans la mise en place d'une organisation défensive. En revanche, la tendance à l'intégration psycho-somatique fait partie d'un mouvement vers l'avant dans le processus de développement. » (1964, p.112, trad. personnelle)

Pour Winnicott, même si l'individu développe un clivage entre psyché et soma et que cela s'exprime par une maladie psychosomatique, il persiste chez l'individu « une tendance » à ne pas complètement « perdre ce lien psycho-somatique ».

Face à ce genre de situation, il nous faut donc nous armer de patience car bien que les dissociations puissent être très profondes, cette tendance cachée à l'intérieur du symptôme psychosomatique témoigne d'un signe d'espoir. Tout comme il perçoit en la tendance antisociale un signe d'espoir pour le sujet de maintenir un contact avec son vrai *self* et de réparer les failles d'adaptation de son environnement, *dans la tendance psychosomatique, s'il on peut parler ainsi, réside l'espoir pour le sujet que quelque chose puisse être retrouvé, qu'entre le corps et la psyché, entre le soma et l'esprit un lien puisse être repris, un espoir de réaliser l'unité psychosomatique.*

Ainsi, à l'instar de la tendance antisociale, nous pourrions proposer de penser cette tendance psychosomatique, comme un mouvement, une propension chez tout sujet à s'organiser vers des aménagements psychosomatiques. Cette tendance psychosomatique serait tel un potentiel chez tout individu, susceptible de se révéler en fonction des expériences subjectives et intersubjectives vécues. Or en fonction des expériences subjectives et intersubjectives vécues par le sujet, cette tendance peut favoriser l'intégration psyché-soma ou bien la dissociation de ces deux pôles. Elle peut donc être pensée comme une tendance à l'intégration psychosomatique ou une tendance à la désintégration psychosomatique (et à une mesure moindre à la

⁵ « The Mentally ill in Your Caseload », in *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (London: Hogarth Press, 1965), tr. fr. « Le travail social des cas individuels et la maladie mentale ».

dissociation, au clivage psycho-somatique). Lorsque cette tendance se déploie et s'exprime, elle peut mener à des formations symptomatiques de type psychosomatique, mais ces symptômes ne sont pas tant le signe d'une maladie que celui d'une tentative du sujet de rechercher une solution face à un état primordial de non intégration qui menace de faire retour.

« La maladie psycho-somatique, tout comme la tendance antisociale, possède cet aspect plein d'espoir, que le patient reste en contact avec la possibilité d'une unité psycho-somatique (ou personnalisation), et la dépendance, même si sa condition clinique illustre activement le contraire, au moyen du clivage, de diverses dissociations, d'une tentative persistante de cliver les soins médicaux, et d'une manière de prendre soin de soi qui relève de l'omnipotence. »

(Winnicott, 1964, p.114, trad. personnelle).

Jean-Baptiste Desveaux, Psychologue clinicien, psychanalyste.

www.jeanbaptistedesveaux.org

Bibliographie

Anzieu D. (1974), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

Winnicott C. (1978), « *D.W.W. a reflection* », tr. fr. Cl. Monod, « Donald Winnicott en personne », Revue l'Arc, n°69, pp. 28-38.

Winnicott D. W. (1931), *Clinical Notes on Disorders of Childhood*.
<http://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780190271336.001.0001/med-9780190271336-part-3>

Winnicott D. W. (1934), Urticaires papuleuses et sensations cutanées, in *L'enfant, la psyché et le corps*, tr. fr. M. Michelin et L. Rosaz, Payot, 1999 pp. 210-225.

Winnicott D. W. (1949), « Mind and its relation to the psyche-soma », *Collected Papers, Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Tavistock Publication Ltd. London, 1958, 2001, pp. 243-254, tr. fr. « L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr.fr, Paris, Payot, 1969, pp. 135-149.

Winnicott D. W. (1955), « Clinical varieties of transference », *Collected Papers, Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Tavistock Publication Ltd. London, 1958, 2001, pp. 295-299, tr. fr. « Les formes cliniques du transfert », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr.fr, Paris, Payot, 1969, pp. 279-284.

Winnicott D. W. (1957), « Excitement in the Aetiology of Coronary Thrombosis », in *Psycho-analytic explorations* (2018), Harvard University Press pp. 30-38.

Winnicott D. W. (1958), « Compte rendu de Balint, *Le médecin, son patient et la maladie* », in *IJP*, tr. fr. *Lectures et portraits*, Gallimard, 2012.

Winnicott D. W. (1960), « Counter-transference », *British Journal of Medical Psychology*, 33(1), 17-21. doi:10.1111/j.2044-8341.1960.tb01220.x

Winnicott D. W. (1963), « The Mentally ill in Your Caseload », in *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (London: Hogarth Press, 1965), tr.

fr. « Le travail social des cas individuels et la maladie mentale », *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, 1970, pp.199-216.

Winnicott D. W. (1964), « Psycho-somatic Illness in its positive and negative aspects », in *Psycho-analytic explorations* (2018), Harvard University Press, pp. 103-115.

Winnicott D. W. (1966), « La névrose cardiaque infantile », *L'enfant, la psyché et le corps*, Paris, Payot, pp. 236-247.

Winnicott D. W. (1969), « Additional Note on Psycho-Somatic Disorder », in *Psycho-analytic explorations* (2018), Harvard University Press, pp. 115-118.