

Winnicott : voler, détruire, l'appel au secours ou la tendance anti-sociale.

Dominique Caïtucoli

Certains enfants et adolescents ont une façon particulièrement provocante et dérangeante de demander de l'aide. Le vol, le mensonge, la destruction mais aussi la gloutonnerie, l'énurésie sont au nombre des manifestations de ce que Winnicott nomme la tendance antisociale. Mode d'interpellation qui n'attire pas particulièrement la sympathie, ces symptômes ont même la particularité d'être désagréables à l'environnement jusqu'à l'insupportable bien souvent quand ils touchent personnellement.

D.W. Winnicott dit avoir longtemps refusé de s'occuper de patients aux tendances anti-sociales, ne sachant pas comment leur apporter de l'aide. À partir des difficultés de ses patients il a élaboré sa compréhension des toutes premières relations du bébé et de sa mère et il s'est particulièrement penché sur les conséquences psychiques, du normal au pathologique, de carences primitives.

« La théorie [de la tendance anti-sociale] n'est pas complexe et pourtant, il m'a été très difficile de la formuler dans divers articles depuis qu'elle m'est apparue clairement, c'est-à-dire au début des années quarante »¹

Ce n'est que vers la fin de sa vie qu'il donne, dans *La Consultation thérapeutique*, à la fois le témoignage de cures éclairant les effets, déjà théorisés plus tôt, de la rupture dans le continuum de vie de l'enfant lors de ses premières années de vie et qu'il explicite son travail avec ses patients à tendance anti-sociale à l'aide des notions d'aire et d'objet transitionnels. C'est cette même année 1971 qu'est publié *Jeu et Réalité*, relecture de sa clinique à travers ses découvertes psychanalytiques et principalement celle de l'espace transitionnel. Il en montre toute la richesse, de la relation mère enfant à son application à la cure.

I Qu'est-ce que la tendance anti-sociale?

Ce n'est pas la délinquance.

La délinquance, effet d'un comportement anti-social, se caractérise par ses conséquences plus ou moins graves inscrites au niveau de la réalité sociale. La délinquance n'est qu'une évolution possible, la forme prise par la tendance anti-sociale quand celle-ci se fige et devient une identité sociale pour le jeune lui apportant alors des bénéfices secondaires qui vont venir interférer avec le lien « deep and early »*² recherché inconsciemment dans les manifestations de la tendance antisociale.

On pourrait dire, et c'est ainsi que D.W. Winnicott le conçoit, que la limite entre la tendance anti-sociale et son aggravation et fixation en délinquance serait que le vol ou la destruction, lorsqu'ils sont l'expression de la seule tendance anti-sociale, sont à entendre cliniquement comme un symptôme de détresse.

C'est ainsi que Winnicott explique au Directeur de l'école dans laquelle les parents de Peter (14 ans) cherchent à faire entrer leur fils les actes qui ont motivé son départ de l'établissement précédant. Pourtant Peter avait lacéré les draps de son dortoir, volontairement éclaboussé les murs d'encre, volé de l'argent, des portefeuilles, des chaussures et des gants de boxe, ouvert et abîmé des lettres de leurs familles à ses camarades. Et Winnicott parle d'appel et pas seulement de détresse.

De façon plus générale, D.W. Winnicott pose que la tendance anti-sociale s'observe chez presque tous les enfants, qu'elle est une difficulté du développement affectif et que c'est son accueil par l'environnement de l'enfant qui détermine son évolution vers un renforcement de celle-ci et parfois une vraie pathologie ou, au contraire, son dépassement par l'enfant.

« L'expression « tendance antisociale » est utile parce qu'elle relie ce type de trouble à la normalité et à ce qu'elle est à son début : une réaction à une privation affective. Cette tendance peut se transformer en une compulsion vaine et l'enfant est alors étiqueté comme délinquant... Il s'agit d'un trouble qui se relie très facilement à ceux qui sont propres au syndrome de la croissance de l'adolescent... Chez un enfant, la tendance antisociale représente l'espoir (inconscient) relatif à la réparation d'un traumatisme dû à un sevrage affectif. »³

Winnicott tient pour acquis que nous fassions le lien entre les ratées du développement psychique du petit enfant et l'expression adolescente des effets de ces mêmes carences rencontrées dans les premières années de la vie.

Présentant la théorie de la tendance anti-sociale dans *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, D.W. Winnicott en distingue deux types. Le cas où la maladie se manifeste par le vol ou un comportement mobilisant la mère auprès de l'enfant : énurésie, désordre, ... Dans le deuxième cas, « on observera un goût de la destruction qui appelle des mesures énergiques, mais sans intentions de représailles. »⁴

Par cette précision du « sans intentions de représailles », Winnicott écarte ce qui pourrait être de l'ordre du masochisme. L'enfant adresse son comportement à l'adulte, il est certainement dans l'attente d'une réponse sous forme de limites mais dans le sens où elles seraient contenantantes et non réactives. « Il y a dans la tendance antisociale un *élément spécifique qui oblige l'environnement à être important.* »⁵

Essayons maintenant de comprendre où se situe le dérapage dans le développement psychique de l'enfant, ce qui le pousse à manifester sa souffrance sous cette forme et éventuellement fixe une pathologie délinquante à l'adolescence.

Si dans sa réalité le vol est la prise par l'enfant ou l'adolescent de quelque chose ne lui appartenant pas, il est, au niveau inconscient, la récupération par celui-ci de quelque chose qui lui appartient, quelque chose qu'il a créé.

Au médecin scolaire qui interroge Peter sur « les motifs qui le poussaient à agir, il parut embarrassé et finit par dire : « Pour reprendre ce qui est à moi »⁶ expliquant ainsi les destructions, salissures et vols dont il s'était rendu responsable.

On ne peut exprimer plus clairement que, qu'il prenne de l'argent à sa mère, à un proche ou, de façon plus anonyme, à la société, derrière le passage à l'acte il y a pour l'enfant ou l'adolescent le fantasme de la *création primaire*, celui de créer le sein là où il l'attend et où la mère le lui présente.

Mais ce temps est celui, *deep and early* de l'archaïque et du précoce, du temps où les psychismes de la mère et l'enfant ne font qu'un. Et lorsque Peter énonce tout haut ce qui explique ses actes il est embarrassé. L'articulation à haute voix de sa réalité intérieure lui fait prendre conscience de l'écart entre celle-ci et la réalité extérieure. « Si un adulte prétendait nous faire accepter l'objectivité de ses phénomènes subjectifs (dit Winnicott dans *Jeu et Réalité*) nous verrions dans cette prétention la marque de la folie. »⁷ C'est au cheminement de la subjectivité (l'objet perçu comme étant partie de lui-même) à l'objectivité (l'objet perçu comme extérieur à lui et dont il peut faire usage) que renvoie la remarque de Peter. Il s'agit du temps de la perception de l'objet comme créé par lui, dans l'illusion de ne faire qu'un avec son environnement. Et si Peter a accès à la perception de la réalité de l'objet comme extérieur à lui, réel et non soumis à sa maîtrise totale, il dit un temps de dissociation éprouvé. Winnicott précise qu'on ne peut parler ici de clivage.

Sans doute peut-on évoquer ici aussi ce que représente l'adolescence comme temps de passage avec la nécessité de phases, identifications, recherche de soi qui ne sont qu'à supporter et ne peuvent être dénoncées qu'au risque de se figer si l'adolescent se trouvait réveillé dans le parcours de son évolution et arrêté à un moment de celui-ci par la parole dénonciatrice, accusatrice de l'adulte.

À la recherche de la carence primitive

Freud avait explicité l'étayage de la pulsion libidinale sur la pulsion alimentaire conduisant à une vision de la construction d'un lien privilégié à la mère parce qu'elle satisfait les besoins de l'enfant. Pourtant les terribles expériences conduites sous la direction de Louis II de Bavière, privant des enfants-cobayes de langue maternelle, d'une parole maternante, ont entraîné leur mort. Destinées à découvrir quelle était la langue « originelle », celle que ces enfants allaient spontanément parler si on ne leur parlait pas témoignent de ce qui est indispensable à l'*infans* pour vivre. Il en est de même de l'histoire de ce nourrisson brusquement séparé de sa mère et se laissant mourir de faim jusqu'à ce qu'un chiffon porteur de l'odeur de celle-ci lui permette de se retrouver dans l'environnement dont il était partie. Françoise Dolto avait eu là l'intuition de ce qui pouvait recréer pour l'enfant le monde auquel il avait été brutalement arraché. Ces histoires explicitent de façon extrême que l'enfant a faim d'amour plus que de lait. Que le nourrisson puisse préférer mourir de faim que boire le lait qui pourtant suffirait à satisfaire ses besoins physiologiques dit bien qu'il est dans un au-delà de la seule satisfaction de la pulsion alimentaire.

C'est d'emblée la complexité du lien qui s'établit entre la mère et l'enfant, avant même sa naissance, qui va orienter Winnicott vers l'exploration de la subtilité de ces premiers échanges. Winnicott nomme *préoccupation maternelle primaire*, l'état de vigilance exceptionnel de la mère à son enfant, état qui s'instaure en fin de grossesse et qui serait pathologique s'il se prolongeait au-delà du temps de la nécessaire adaptation presque parfaite des réponses maternelles aux besoins de son enfant. Cette mère que Winnicott décrit tout au long de son œuvre comme la *good enough mother* n'est pas à se représenter avec un attendrissement mièvre pour une bonne mère nourricière préservant son enfant de toute frustration. Tout d'abord parce que, de façon très « lacanienne », D.W. Winnicott ne considère recevable de parler de frustration que par rapport à l'objet constitué. Or, dit D.W. Winnicott, ce temps premier est pour *l'infans* le temps de la subjectivité pure, celui où l'objet n'existe pas. La formule de Winnicott « le bébé n'existe pas » traduit parfaitement que l'enfant ne puisse survivre à la disparition de ce qui le contient à la fois au sens d'être contenu, maintenu dans un mouvement d'intégration et à la fois au sens d'une description de *l'infans* comme étant lui-même partie de son environnement. C'est justement ce que disent ces expressions de *mère suffisamment bonne* et de *mère dévouée*, à savoir que la mère prête sa maturité psychique à son enfant afin qu'il ne soit exposé qu'à des expériences à sa mesure.

À ce titre la préoccupation de la mère concernant l'alimentation de son enfant n'est qu'un des éléments de son attention et non le plus important.

De 1946 à 1972, John Bowlby travaille à plein temps comme psychiatre consultant à la Tavistock Clinic et au Tavistock Institute of Human Relations. Il étudie la notion d'empreinte telle que les éthologues l'emploient concernant la vie animale et il engage des recherches scientifiquement rigoureuses tant chez différentes espèces animales que chez le petit d'homme. Ces comparaisons intéressent vivement Winnicott.

« Chez la plupart des enfants le comportement d'attachement à une figure préférée se développe au cours de la première année de la vie. Il semble probable qu'il y ait une période sensible au cours de cette année où le comportement d'attachement se développe plus facilement. »⁸

« ... chez l'enfant humain [le comportement d'attachement] se centre sur une figure distinguée des autres. [Il] est suffisamment semblable à la façon dont il se développe chez d'autres mammifères et chez les oiseaux pour qu'on puisse légitimement l'inclure sous le terme d'empreinte... »⁹

« L'idée que l'avantage principal conféré à un animal par le comportement d'attachement est la protection à l'égard des prédateurs introduit une ligne de raisonnement familière à tous les naturalistes travaillant sur le terrain, mais presque inconnue aux psychologues et aux psychanalystes ».¹⁰

C'est le côté protecteur, garant de l'équilibre et du développement psychique, affectif et pas seulement physique de l'enfant que D.W. Winnicott met en avant quand il évoque les qualités nécessaires à la mère. C'est à cette figure maternelle qui s'efforce de lui permettre de vivre des expériences à sa mesure à laquelle s'attache l'enfant et qu'il distingue, parce qu'elle l'accompagne dans son accès au monde extérieur et à sa réalité.

La mère protège physiquement l'enfant mais la *mère suffisamment bonne* est celle qui fait pare-excitation, contient l'angoisse de l'enfant en le tenant dans ses bras, le rassurant par sa voix, la chaleur de son corps et son regard. L'environnement est, au sens winnicottien, l'ensemble des soins maternels matériels et affectifs dans ce qu'ils traduisent de rencontre de l'enfant par sa mère, son père ou un substitut maternel, allant au devant de ce que le bébé éprouve et formant comme une enveloppe corporelle pour l'enfant ce qui lui assure sécurité et confort physique et psychique. C'est la qualité de cette adaptation de la mère à son enfant qui la définit. Une mère non pas parfaite mais qui va savoir faire varier ses soins à l'enfant en fonction des circonstances de vie et surtout en fonction très précisément de l'évolution des capacités de son enfant. L'adaptation maternelle vise à assurer un continuum de vie à l'enfant. Elle fait en sorte que la rencontre du monde extérieur vienne effleurer le *self* de son enfant et lui permette de s'adapter à l'imprévu qu'il ne perçoit pas encore comme venant de l'extérieur, le préservant ainsi de la nouveauté faisant effraction afin qu'il puisse vivre cette nouveauté comme expérience et non comme envahissant son *self*. Ceci est essentiel dans la théorisation de la clinique de Winnicott.

En effet Winnicott insiste répétitivement sur la fiabilité de l'environnement comme porteuse de santé mentale. À l'inverse lorsque se produisent des brèches, des failles dans le rythme et l'enveloppe de l'environnement l'enfant est exposé à des angoisses d'effondrement et d'annihilation. Il suffit d'évoquer l'effroi dont est saisi le visage du nourrisson et ses mouvements de pantin désarticulé lorsqu'il se retrouve exposé nu sans être tenu dans les bras à une température trop fraîche lors d'un examen médical par exemple. Mais, dit Winnicott, toute incursion traumatique sera dépassée si l'enveloppe protectrice est restaurée, si, par exemple ici, des bras contenant et une voix attentionnée viennent restaurer une certaine intégrité du moi de l'enfant et lui permettre de poursuivre son développement. Nous verrons que la « gâterie » de l'enfant par la mère pour compenser une difficulté particulière est le premier des traitements observés par Winnicott comme naturellement mis en pratique par les parents et qu'il l'a lui-même « prescrit » et a accompagné nombre de parents dans un tel traitement.

C'est parce qu'une expérience d'adéquation parfaite entre la tension et l'apaisement ressenti va se produire à peu près régulièrement, de façon fiable que l'enfant constitue les fondements de son *être* et vit des expériences d'intégration progressives.

L'être se constitue à partir du sein qui *est*. Au-delà de la simple compréhension de l'enfant percevant le sein comme partie de lui-même, Winnicott introduit une distinction entre le sein qui *est* et le sein qui *fait*.

En effet, indépendamment de la réalité sexuelle biologique de l'individu comme de son identité sexuelle, Winnicott distingue subtilement ce qui est de l'ordre du féminin et ce qui est de l'ordre du masculin à travers cette différence entre ce qui *est* et ce qui *fait*. Le sein qui *est* correspond au temps où le psychisme de la mère supplée à l'immatunité de son enfant par une réponse de ses soins (physiques et affectifs) quasiment adéquate aux besoins de l'enfant. Au contraire l'expression du « sein qui *fait* » traduit quelque chose d'une relation dans laquelle serait perceptible un écart entre la mère et l'enfant et à ce stade elle n'est pas porteuse de castration. Le sein qui *fait* est une traduction de ce que perçoit l'enfant confronté à l'instabilité de son environnement et des conditions imprévisibles et angoissantes des soins dont il est l'objet. L'écart n'est pas humanisant mais ampute l'enfant de cette base première de sécurité construite sur l'illusion de ne faire qu'un avec la *mère suffisamment bonne*, illusion fondatrice et nécessaire à son immaturité psychique. Dans ce temps d'illusion, l'enfant prend du lait au sein qui lui appartient au sens où il fait partie de lui-même. Il ne se pose pas la question quant à l'appartenance de ce sein et de ce lait à un monde extérieur ou intérieur. En ce temps initial il y a ce côté « fou », psychotisant s'il se poursuivait trop longtemps entre la mère et l'enfant, qui dit l'absence d'écart. Mais cette perception n'est possible pour l'enfant que si, du côté maternel, la mère donne le sein à un enfant qui est partie d'elle-même, sans mettre en question ce « paradoxe » comme le nomme Winnicott.

Le sein qui *fait* oblige l'enfant à un repli, une protection de son *self*. Mais nous n'allons pas aller voir du côté de ces pathologies de *faux-self*, de clivages, car nous sommes là en deçà du point d'ancrage de la tendance antisociale.

Si la faillite de l'environnement provoque l'envahissement du moi et compromet le développement psychique harmonieux de l'enfant, c'est néanmoins par le biais d'une certaine insatisfaction du côté de la réponse apportée par la mère à ce qu'elle comprend comme des demandes de la part de l'enfant que celui-ci va ressentir la perception d'un écart structurant, éprouver une désillusion. Mais seule une désillusion progressive au rythme accordé de l'enfant et de la mère va constituer un vrai sevrage. Or c'est bien le sevrage, sevrage au sens de passage d'un type de soins maternels à une relation mère enfant médiatisée, qui est en cause dans ce que Winnicott qualifie de « *déprivation* », *déprivation* qui est au centre de la problématique antisociale.

Winnicott définit la *déprivation* comme la « perte de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant jusqu'à une certaine date, et qui lui a été retiré. Ce retrait a dépassé la durée pendant laquelle l'enfant est capable d'en maintenir le souvenir vivant. La définition complète de la *déprivation* couvre à la fois le précoce et le tardif, à la fois le coup d'aiguille du traumatisme et l'état traumatique durable et aussi ce qui est presque normal et ce qui est indiscutablement anormal.»¹¹

Il ne s'agit pas de ces expériences de désintégration que l'enfant peut faire au cours de son développement. Ces véritables vécus de folie, comme les qualifie Winnicott, s'effaceront pour l'enfant si la vigilance de la personne s'occupant de lui vient compenser ce traumatisme par une sollicitude adaptée. C'est le soutien de son environnement qui permet que ces temps de désintégration soient supportés par l'enfant, par le *holding* contenant qu'il assure. Ainsi son évolution est hachée de phases d'intégration, temps pendant lesquels l'enfant se sent « persécuté » par le monde extérieur, dans sa progression vers une intégration psychique et le sens de son unité. Winnicott illustre cette étape de l'exemple de cet œuf, héros d'une comptine bien connue de tous les petits enfants anglophones. Humpty Dumpty « vient de réussir son intégration et il est devenu une chose complète en émergeant de la structure « individu-environnement », si bien qu'il est maintenant perché sur un mur au lieu d'être porté avec « dévotion ». En ce qui concerne son développement affectif, il est, de toute évidence, dans une situation précaire et particulièrement susceptible d'une désintégration irréversible. »¹²

Le processus de désillusion, écart entre la réponse apportée par la mère à l'enfant, permet à l'enfant de prendre conscience de la mère comme réalité extérieure et d'intégrer la distinction moi/ non-moi.

Si Humpty Dumpty illustre la fragilité de l'enfant personne totale, son sentiment d'être menacé d'une chute du haut de son mur et d'éclatement au sol, c'est le tact de la mère qui permet à l'enfant de ne pas se perdre, de vivre d'éventuelles angoisses de désintégration et d'affronter le temps de séparation que représente le sevrage. Autrement dit que ce temps soit structurant et porteur d'une castration humanisante et non psychiquement dévastatrice pour l'enfant comme peuvent l'être les absences inexplicables de la mère au-delà du temps où l'enfant a l'espoir de son retour, comme l'est la non fiabilité de l'adulte. Une expérience de « mort » de la mère pour l'enfant n'est surmontable par lui que s'il y a, dans un deuxième temps, « gâterie » qui compense le vécu traumatique par des soins de qualité antérieure à ceux nécessaires à l'enfant avant cet accroc dans son continuum de vie. Le processus de maturation est fragilisé par le sevrage. C'est toute la subtilité du travail de l'évolution de la relation de la mère et de l'enfant devenant deux entités distinctes que Winnicott rend vivant pour nous avec l'image de cet espace transitionnel qui vient symboliser la réalité de la séparation et la préservation d'un lieu de rencontre partagé. L'aire transitionnelle, création à partir du jeu de l'enfant et du contre-jeu de la mère, est le lieu où s'opère cette évolution psychique de la désillusion, perception par l'enfant de la séparation. En même temps il est le lieu où se retrouve quelque chose des processus primaires non médiatisés, du pré verbal, tout en étant inscrit dans le symbolique pour l'enfant et pour la mère. Là se signe l'entrée dans le monde de la réalité et l'abandon de l'illusion de pouvoir réintégrer le monde maternel de la prime enfance, le monde de l'illusion de ne faire qu'un avec sa mère.

Et tous les hommes et tous les chevaux du roi n'y pourront rien changer!

L'expérience première d'illusion, l'illusion de son omnipotence de pouvoir faire surgir le lait lorsqu'il ressent la faim, de trouver les bras qui le portent lorsqu'il a mal ou qu'il a peur, l'enfant à la tendance antisociale l'a connue. Il a vécu cette expérience première positive mais elle lui a soudain fait défaut. « Une béance s'est produite dans la continuité de la vie de l'enfant, *du point de vue de l'enfant* lui-même »¹³, et a marqué le développement de sa personnalité. C'est ce que l'anamnèse de patients aux tendances anti-sociales révèle toujours. Et Winnicott fait référence devant la Société britannique de Psychanalyse en 1956 lorsqu'il y fait une intervention sur la tendance anti-sociale à l'étude de Bowlby, étude rédigée en 1951 pour le Conseil Economique et Social des Nations Unies qui s'interrogeait, dans le contexte d'après guerre, sur les besoins des enfants sans foyer.

Rappelons que pendant la Seconde Guerre Mondiale, l'Angleterre a dû évacuer des milliers d'enfants principalement de Londres vers les campagnes pour les protéger des bombardements incessants. Ces jeunes enfants de tout milieu social ont été longuement séparés de leur famille.

Dans ce document John Bowlby, alors Directeur du département de guidance infantile de la Tavistock Clinic de Londres, fait, en tant qu'expert-conseil de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de santé mentale, la synthèse des travaux effectués par des psychanalystes et psychiatres du monde entier sur les conséquences de la carence des soins maternels sur l'enfant au cours de ses premières années.

J. Bowlby fait état de la convergence des conclusions de ces études quel que soit le pays dans lequel elles aient été menées. Elles sont unanimes dans leur compréhension des difficultés de cette période précoce comme étant à l'origine de difficultés relationnelles ultérieures pour l'enfant et l'adulte et de comportements anti-sociaux et délinquants.

Bien que de formation très différente, psychiatres et psychanalystes brosent tous le même portrait comportemental déviant de ces enfants en souffrance de par une rupture plus ou moins longue dans le continuum affectif de leur prime enfance.

« Les interruptions prolongées [du lien affectif mère-enfant] pendant les trois premières années de la vie laissent des traces caractéristiques sur la personnalité de l'enfant. Cliniquement, ces enfants se montrent affectivement renfermés et solitaires. Ils ne parviennent pas à nouer des liens libidinaux avec d'autres enfants ou avec des adultes, et n'ont, par conséquent pas d'amis dignes de ce nom. Il leur arrive parfois de se montrer sociables superficiellement; mais une étude approfondie de leur attitude nous contraint de leur refuser tout sentiment réel, toute profondeur dans leurs attachements. C'est là que réside, il me semble, l'explication de leur dureté. Parents et professeurs déplorent l'inefficacité de toutes les mesures verbales ou autres. Si on frappe l'enfant, il commence par pleurer un peu; mais il ne présente aucune réaction à cet état de disgrâce, comme on s'y attendrait chez un enfant ordinaire. Il semble que le fait d'être en faveur ou non auprès des adultes ne présente aucun intérêt pour ces âmes perdues. Puisqu'ils sont incapables de contacts affectifs sincères, la nature d'un lien affectif à un moment donné ne présente pour eux aucun intérêt. ... »¹⁴

Bowlby évoque dans son travail pour l'OMS sa propre étude *Forty-four juvenile thieves, their characters and homelife* :

« Il faut ... noter deux ... faits de grande importance : d'abord, le lien étroit et statistiquement significatif entre les « indifférents affectifs » et ceux qui avaient subi une séparation; ensuite la délinquance beaucoup plus grave des « indifférents ».... Il apparaît clairement que, chez les voleurs indifférents, c'est le milieu et non l'hérédité qui est l'agent pathogène... »

La conclusion de Bowlby est que :

« D'après le témoignage de ces divers documents » [c'est-à-dire ses études personnelles ainsi que celles de tous les auteurs dont il fait la synthèse des travaux de recherche], il semblerait qu'il y [ait] de très fortes raisons de croire que la séparation prolongée d'un enfant d'avec sa mère (ou d'avec le substitut maternel), au cours des cinq premières années de sa vie, est le principal facteur étiologique de la délinquance. »¹⁵

Nous avons vu comment Winnicott explique ce qui se passe pour l'enfant et que si séparations traumatiques et *déprivation* se retrouvent dans les histoires de jeunes délinquants, il n'y a pas échec radical de la relation première de l'enfant avec son environnement. Il y a, au contraire, du côté de la tendance antisociale un bon développement initial qui va se trouver plus ou moins gravement perturbé par la suite entravant un épanouissement harmonieux ultérieur.

Le vol, tentative par l'enfant de retrouver ce don de la mère, don de ce sein qui lui appartient mais dont elle ne conteste pas qu'il appartienne à l'enfant, ne se situe pas au niveau d'un échec radical de cette relation première. Et la *déprivation* témoigne d'un échec du temps du sevrage vécu comme un deuil impossible.

Une expérience satisfaisante première est nécessaire à tout développement psychique. Ainsi c'est l'expérience de l'illusion qu'il est le sein qui introduit, à terme, pour l'enfant la possibilité du sevrage et le vécu des rencontres de la limite à sa toute puissance, à son illusion d'avoir le pouvoir magique de créer ce dont il ressent le besoin, à son illusion d'être tout pour la mère. Chemin de la créativité primaire à la désillusion, le sevrage du lien à la mère de la première enfance passe le plus souvent, remarque Winnicott, par l'attribution à un objet de qualités lui permettant de faire transition entre le monde intérieur et le monde extérieur. C'est l'absence de questionnement quant à l'appartenance de cet objet que l'on retrouve comme qualité de l'objet transitionnel, première possession non-moi, qui dit la séparation mère enfant tout en la niant à travers le symbole de la mère qu'il est. Mais, ajoute Winnicott, la qualité essentielle de l'objet transitionnel est d'être réel, soulignant par là l'étape qu'il représente pour l'enfant vers la perception et la préhension du monde extérieur, dans ce passage de la subjectivité pure (le sein perçu comme étant partie de lui-même) à l'objectivité (l'objet comme extérieur à lui et dont il peut faire usage).

Quand je lui demande s'il a un doudou, un enfant de huit ans répond tout de suite. Il sait de quel objet je parle et il précise qu'il ne s'en sert plus très souvent. Cet objet ne s'oublie pas, l'objet transitionnel n'est pas refoulé, bien que symbole de la mère, il est surtout un objet réel. Or c'est bien cela qui est en question dans le vol qualifié d'expression de la tendance antisociale. L'enfant qui vole perçoit-il la réalité de l'objet volé? N'y a-t-il pas, le temps du passage à l'acte, préhension d'un objet qui est partie de lui-même? L'objet serait-il, lors du vol, fantasmatiquement sa possession? La dénonciation du vol posant brutalement la question du paradoxe, ferait-il brusque rappel à la réalité signifiant à l'enfant qu'il est sorti de ce lien archaïque à la mère?

Le vol serait donc, dans le cas de la tendance antisociale, appel à la mère archaïque et refoulée l'enfant étant comme fugitivement dans le rêve, dans une dimension hors refoulement, appel agi par une partie dissociée de l'enfant, l'autre partie se comportant en conformité avec les interdits parentaux intégrés du surmoi (l'enfant sait qu'il ne doit pas voler ni casser). À l'opposé d'un repli sans espoir de l'enfant, le vol témoigne d'un espoir toujours vivant qu'une demande d'attention soit entendue. Il ne s'agit ni d'une rationalisation consciente quant à une équité de traitement entre frères et sœurs par exemple, ni pour l'enfant de se laisser tomber, il n'est pas suicidaire. Il croit encore là obtenir une réponse. Il se réfère inconsciemment à un environnement sur lequel il a pu compter, qui lui a fait place et lui a répondu dans le passé. L'espoir sous-tend la mise en acte de ce droit affirmé.

Le mensonge, souvent lié au vol, vient nier l'écart de la séparation. Il correspond au besoin inconscient de l'enfant de ne pas s'interroger quant « à qui appartient cet objet ». Or, poser la question reviendrait à détruire cette aire transitionnelle entre la mère et l'enfant où coexistent « la réalité extérieure ou partagée et le vrai rêve »¹⁶

Si l'enfant *déprivé* manifestant une tendance antisociale se sent dépossédé de quelque chose de vécu positivement, simultanément d'autres éléments sont inconsciemment à l'œuvre.

« Il apparaîtrait que le moment de la déprivation primitive se situe à la période où chez le nourrisson ou le petit enfant le moi est en train de parvenir à l'union des pulsions instinctuelles, libidinales, et des pulsions agressives (ou motricité).¹⁷ »

C'est dans le jeu que l'enfant réalise cette union des pulsions libidinales et agressives, découvrant la possibilité de construire après avoir détruit, possibilité de vivre l'excitation puissante dans le jeu sans s'en sentir détruit. « Le jeu relie ces deux aspects de la vie l'un à l'autre : le fonctionnement corporel et la vie des idées. Le jeu, dans l'effort de l'enfant pour se sentir entier, est l'alternative de la sensualité... »¹⁸

Si les manifestations de la tendance antisociale sont un catalogue de choses désagréables pour l'entourage, c'est qu'elles disent et une difficulté du lien des pulsions motrices et libidinales et également un appel à une mobilisation de ce même entourage.

Le désagrément de matériel cassé, de murs tagués, tout autant que le vol oblige l'environnement à réagir face au résultat de la pulsion agressive agie.

Dégâts répétés : portes défoncées, verrous forcés, chaises cassées, murs tagués de sigles l'identifiant...ces destructions ostentatoires étaient autant de messages adressés aux adultes par un jeune en échec scolaire. Appels à l'aide qu'il ne pouvait formuler autrement que par des actes, « appel à des mesures énergiques » mais pas à des représailles vengeresses. Quelque chose qui se

retrouve souvent dans l'histoire d'enfants adoptés ou qui ont été retirés à leur famille par mesure de justice.

Avec la force de ses 14 ans, cet adolescent agissait comme un petit garçon qui tape du pied ou donne un coup de pied dans une porte. Envahi par une agressivité qui le débordait, et l'angoissait, il ne pouvait qu'agir ce qui menaçait de le détruire et traduire sa confusion interne. Ces destructions disaient sa recherche inconsciente d'une limite à son angoisse, limite qui vient l'arracher à la démesure des persécutions fantasmatiques de son monde interne et le rappeler à une réalité rassurante par ses repères tangibles.

Recherchant un *holding* contenant et apaisant, l'adolescent est confronté à cette force adulte nouvelle qui donne à ses explosions des conséquences redoutables tout autant pour lui que pour l'extérieur. Cet écho tardif de son inquiétante expérience de sa pulsion agressive d'enfant se trouve amplifié de sa nouvelle force d'adulte. Cette même pulsion qui l'a conduit à l'exploration du monde extérieur, aujourd'hui pourrait devenir réel danger. Là se greffe aussi le lien de la motricité avec la pulsion libidinale, expérience qui vient enrichir le moi parce qu'elle s'ancre dans le corps et assure le lien de la pulsion motrice avec ce que le psychisme va en assimiler et en comprendre dans un lien psyché-soma qui permet à l'enfant de se sentir réel.

L'expérience, usage de la pulsion motrice, dans son lien à la pulsion libidinale, mêle connaissance (consciente et inconsciente) et plaisir. Elle réalise l'intégration de l'enfant, accroît ses capacités à rester disponible à une réalité extérieure, sociale, de plus en plus exigeante et complexe sans en être détruit mais seulement poussé à évoluer. Là peut se situer un décrochage de l'enfant par rapport à la réalité vécue comme trop dangereuse lorsque ne lui sont pas données les conditions d'exprimer et de vivre les conséquences de la violence de la pulsion libidinale (forces du ça) sans s'en sentir détruit. En effet, au lieu de s'enrichir de la découverte de ces situations nouvelles dans lesquelles motricité et pulsions libidinales s'unissent pour trouver leur compte, le psychisme de l'enfant, s'il se sent menacé, peut renforcer un *faux-self* qui aura pour seule fonction de protéger le *self*. Cette dissociation protectrice est aussi ce qui l'atrophie, le privant de l'enrichissement de ces rencontres avec la réalité extérieure. En contre point c'est en ce sens aussi que la tendance antisociale, témoigne d'une meilleure santé mentale, et d'un espoir que n'a pas celui qui se construit silencieusement en *faux-self* parce qu'elle est appel à des soins adaptés que l'enfant ressent comme ce qui lui est nécessaire.

On peut dire que derrière le besoin de détruire du préadolescent se retrouve le lien non réalisé des pulsions de l'enfant, au temps où « il ne sait pas d'abord que la mère qu'il édifie par l'intermédiaire de ses expériences tranquilles est la même que la puissance derrière les seins qu'il a envie de détruire. »¹⁹ C'est cette difficulté que l'on va retrouver considérablement accentuée chez l'adolescent, particulièrement lorsque n'aura pas été vécue une « relation cruelle » à la mère.

« Ce n'est qu'avec le passage du temps et l'expérience de la vie que le garçon ou la fille pourra progressivement accepter tout ce qui arrive dans le monde de l'imagination personnelle. Pendant ce temps, une forte propension à l'agressivité devient manifeste sous une forme suicidaire et, à son tour, l'agressivité prend la forme d'une recherche de la persécution, qui est une tentative d'échapper à la folie d'un système de désillusion persécutif. »²⁰

Au contraire l'expérience positive est celle qui va être exploration par l'enfant du monde extérieur dans une mise en acte de sa pulsion agressive. C'est par ces expériences d'incursion dans le monde extérieur que l'enfant s'éprouve comme réel.

Et c'est par la répétition d'expériences positives qu'il va y avoir constitution progressive d'une entité psychique dans laquelle se situera le soma.

« Se sentir réel, c'est plus qu'exister, c'est trouver un moyen d'exister soi-même, pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre. »²¹

C'est ce que l'enfant dit « hyperactif » ne peut pas faire, pas plus que l'adolescent dans l'action permanente se saoulant de bruit et de gens, incapable qu'il est de se sentir seul.

Ces angoisses l'adolescent les retrouve avec la nécessaire assimilation des modifications de son corps, un nouveau schéma corporel à faire sien. Et ce sont toujours les ratées des temps de construction premiers qui vont se retrouver inconsciemment exprimés dans les comportements anti-sociaux.

La violence pour se sentir réel prend des formes différentes selon les structures psychiques. Ceux qui travaillent avec des psychotiques savent l'effet apaisant de rencontre de la limite de la réalité du monde extérieur dans le bris d'une vitre, coupure par le bruit souvent redoublée de l'entaille dans le corps. Le névrosé utilise la violence autrement et en particulier comme moyen de connaître les capacités et les limites de ce corps nouveau.

Mais Winnicott ne s'arrête pas à ces distinctions. Au contraire il évoque ce mode d'interrogation de la réalité au-delà de ces repères de structures trop clivés. Pour le jeune la violence vient interroger la réalité d'habiter son corps dans le réel. Confrontation de l'intérieur et de l'extérieur du corps mais également recherche de la perception, dans la réalité, d'une limite psychique. Réel enfin parce qu'il n'y a pas de référence à une instance tierce dans ce mode d'interrogation et que la question semble bien porter sur un mode de relation à la mère refoulée.

II. Le traitement de la tendance antisociale

L'idée que derrière un acte aussi désagréable que le vol se trouve la recherche inconsciente de quelque chose de bon qui a été perdu n'était pas évidente à faire passer au niveau du public, de la société « victime ». Elle ne l'était pas hier pour Winnicott, elle ne l'est toujours pas aujourd'hui où les trains de mesures juridiques en cours d'élaboration pour sanctionner les jeunes délinquants en oublient qu'ils sont malades comme l'explique Winnicott.

C'est pour donner plus de poids à sa classification de la tendance anti-sociale et de la délinquance dans les pathologies, affirmation qu'il sait en contradiction avec la revendication de dédommagement des personnes en ayant été victimes, que D.W. Winnicott renvoie à la lecture du rapport de Bowlby, au poids de ces avis mondialement hétérogènes à constater un lien entre délinquance et *déprivation* dans les cinq premières années de la vie de l'enfant.

Winnicott rappelle bien que la sanction pénale a pour effet d'apaiser le désir de vengeance social mais qu'elle n'est pas la mesure adaptée à la pathologie de l'enfant dans ce qu'il identifie, dans son stade pré-délinquant, comme un appel de l'enfant, quelle que soit la gravité des manifestations ayant lésé la société.

En effet ce sont des limites sans représailles à ce stade pré-délinquant, c'est-à-dire sans esprit de vengeance, qu'attend l'enfant, l'adolescent. « On espère se faire arrêter, on espère que ça se passera bien! » explique un préadolescent arrêté par un vigile pour avoir volé des CD. Plaisir de la

partie de cache-cache avec le vigile, se faire arrêter faisait partie du jeu, le but même du jeu mais après...?

Alors qu'est-ce qui fait soin?

Traitement s'entend ici dans son sens le plus simple de réponse, de façon dont est pris en compte le symptôme, ce que dit l'enfant par son énurésie, sa gloutonnerie, le vol de bonbons, de CD, du sac d'une vieille dame... ou par ses destructions. Le premier traitement est donc l'attention portée par les parents à ce dire-symptôme de leur enfant. Puisque dans « la parole bâillonnée » – c'est ainsi que Lacan qualifie le symptôme - il y a inconsciemment une adresse et la demande implicite d'un traitement faite à quelqu'un de précis ou, à défaut, à la société ...les parents sont en première ligne. D.W. Winnicott a toujours fait des parents les alliés du traitement qu'il entreprenait avec l'enfant, parfois même les thérapeutes directs de l'enfant comme une conséquence de son observation clinique quant à l'importance de ce qu'il a appelé l'environnement de l'enfant.

C'est à la fois la constatation que les personnes qui connaissent le mieux l'enfant sont les parents partageant son quotidien et également celle qu'il n'y a pas assez de thérapeutes pour faire face aux besoins de soins.

Dans les années d'après guerre, D.W. Winnicott a préparé une série de textes destinés à la BBC, communications à l'intention principalement des parents. Dans l'une d'entre elles, « L'aide aux parents normaux », il soutient l'idée que le parent peut venir pondérer et différer une décision médicale en fonction de la personnalité en évolution de son enfant et de sa situation à ce moment là.

« En vérité, dans sa politique d'éducation des parents, l'État est sage de ne pas les forcer. Le pas suivant est l'éducation de ceux qui administrent les services publics et l'affermissement de leur respect pour les sentiments et le savoir instinctif de la mère normale pour ce qui concerne ses propres enfants. À cet égard c'est une spécialiste et si elle n'a pas un respect excessif de la voix de l'autorité, on s'apercevra qu'elle sait bien ce qui est bon et ce qui est mauvais en matière d'éducation.

Tout ce qui n'apporte pas un soutien spécifique à l'idée que les parents sont des personnes responsables sera, à long terme, dangereux pour le cœur même de la société... Pour tirer le meilleur des parents, nous devons leur laisser l'entière responsabilité de ce qui les regarde vraiment, l'éducation de leurs propres enfants. »²²

Enfin, c'est aussi une clinique qui consiste à s'adresser à la partie saine et vivante du patient qu'il soit schizophrène ou névrosé.

Winnicott parle donc de la mère qui va savoir « gâter » son enfant et ajuster spontanément son comportement à l'enfant non pas de l'âge de son état civil mais à celui de l'âge affectif dont témoigne sa difficulté. Le premier traitement est donc celui organisé par l'environnement de l'enfant qui lui permet de régresser pour retrouver le temps auquel il est retourné fugitivement se « réfugier » pour faire face à ce à quoi il est confronté et qui le met en danger, de perdre quelque chose de bon qu'il a connu dans une relation dépassée à sa mère.

Winnicott insiste sur ce que la mère sait faire, sans même consulter, pour compenser le passage difficile de l'enfant et lui permette de poursuivre son développement comme après avoir cicatrisé une blessure qui le fragilisait.

C'est ce que Winnicott a souvent préconisé aux parents qu'il sentait capables de prendre en charge eux-mêmes le traitement de leur enfant. Il les soutenait de ses conseils, sous forme d'échanges épistolaire et téléphonique afin qu'ils prennent le relais des premiers entretiens qu'il avait eus avec l'enfant.

C'est ce type de traitement qu'il « a prescrit » pour Peter, dont nous avons déjà évoqué les difficultés plus haut, à charge pour ses parents de le mettre en place. Ce jeune adolescent avait été adressé à Winnicott par un médecin inquiet de ce qui lui semblait « témoigner de l'émergence d'une personnalité psychopathique ». ²³

Lors d'un long entretien avec Winnicott, Peter avait évoqué le souvenir de deux incidents d'objets cassés par lui. Ainsi, alors qu'il n'avait que 3ans, il avait brisé le bocal du poisson rouge de sa sœur aînée. « Ce que rapportait Peter, c'était la crainte de la violence qui était en lui. » ²⁴

« C'était comme s'il avait perdu sa position dans la famille quand le frère avait commencé d'exister en tant que rival, Peter n'étant ni le plus jeune, ni le plus âgé. » ²⁵ Et Winnicott ajoute qu'« il est important de noter la coexistence du développement de la personnalité et des phases de dépression à l'intérieur des phases de maladie. »

L'anamnèse de la petite enfance de Peter conduisit Winnicott à rapprocher l'absence du père pendant la guerre de la carence affective dont Peter avait souffert.

L'indication de traitement de Winnicott à partir de différents éléments, dont deux entretiens avec Peter, est qu'il utilise « la maison comme un hôpital psychiatrique où il pourrait régresser vers un état de dépendance et avoir un comportement infantile. Je pensais que cette phase durerait une année. La chose importante était de dire à Peter : « Le docteur Winnicott dit que tu es malade, que tu dois quitter l'école et vivre à la maison. Plus tard, quand tu iras mieux, on essaiera de trouver un externat. » Pendant cette année à la maison, les parents tinrent Winnicott informé de l'évolution de leur fils par un courrier hebdomadaire. Puis lorsqu'il pu réintégrer le système scolaire, le choix de l'établissement fut fait en fonction de la qualité d'attention et d'accompagnement du *house master* à l'égard de Peter. Sept ans plus tard, Peter, alors âgé de 22 ans, était en bonne santé, faisait des études de biochimie à l'Université mais ne s'était pas fait de véritables amis.

Sans doute est-il important d'évoquer la nature très individualisée des traitements proposés par Winnicott aux enfants *déprivés* manifestant une tendance anti-sociale. Il ne s'agit pas de prendre modèle sur un tel traitement mais de repérer ce que Winnicott nous transmet à travers la présentation de ce cas. Il fait passer le message que Peter est malade et non un voleur, un voyou. Ceci est à remarquer aujourd'hui où le politique pense d'abord répression des effets des actes avant de penser que l'acte anti-social est une parole à entendre au-delà du symptôme (si nous nous référons à la distinction que Winnicott fait entre la délinquance et la tendance anti-sociale). Autrement dit, nous ne traitons pas ici du cas du jeune qui s'est installé dans un comportement et un mode de vie délinquant avec tous les bénéfices secondaires qui en découlent. C'est à ce dernier que peuvent s'adresser les établissements au régime très strict. L'inquiétude et la vigilance à avoir est du côté du manque d'écoute de ceux qui demandent de l'aide de façon bruyante et désagréable mais qui demandent de l'aide et peuvent être aidés. Il est important de

lire le témoignage de Winnicott s'engageant hors de son cabinet, écrivant au directeur de l'école, prenant en compte l'environnement familial et scolaire, social, de l'enfant pour en faire le soutien de son traitement et en assurer le bon déroulement.

Quand les parents ne peuvent assurer ce rôle thérapeutique, quel autre type de lieu de soins est pertinent?

Winnicott évoque la valeur thérapeutique du placement du jeune en institution. Dans l'une de ses dernières interventions, en octobre 1970, il fait l'éloge du travail réalisé par David Wills et son équipe dans une institution pour enfants défavorisés où il a lui-même exercé comme psychiatre consultant.

Tout au long de sa vie Winnicott a répété que la psychanalyse n'est pas le traitement de la tendance antisociale et là il se fait plus précis : « ...dans cette institution, les véritables thérapeutes étaient les murs et le toit, la serre dont les vitres servaient de cibles aux briques... Les véritables thérapeutes, c'étaient aussi le cuisinier, la régularité des repas, les couvertures assez chaudes...ainsi que les efforts de David pour maintenir l'ordre en dépit du manque de personnel et d'un sentiment général d'inutilité; l'idée même de réussite était étrangère à ce genre d'établissement et ne correspondait pas à sa fonction... »²⁶

Par opposition au manque de pertinence de l'interprétation, Winnicott met en avant la valeur du cadre en tant que porteur de fiabilité et faisant *holding*, afin de permettre aux enfants de retrouver un environnement porteur et contenant qui leur a fait défaut. Et il ajoute, à l'intention des travailleurs sociaux de l'enfance inadaptée qui l'écoutent ce jour là : « La thérapie, telle qu'on l'entend dans un foyer, n'a rien à voir avec une attitude moralisatrice...traiter les symptômes comme des péchés ne serait pas thérapeutique. Il est préférable de se référer à un véritable diagnostic étiologique, fondé sur la personnalité et le caractère de l'enfant, plutôt qu'à une morale. »²⁷

En France, c'est cette voie là que Maud Mannoni a explorée et fait vivre avec la création de l'École Expérimentale de Bonneuil en 1969.

C'est à partir des impasses de sa clinique et de ses discussions avec Winnicott qui fut son contrôleur qu'elle en a conçu et assuré le fonctionnement.

« Très tôt j'ai été confrontée aux limites de l'analyse avec un certain type de patients : psychotiques, adolescents ou adultes à qui rien d'autre n'était offert qu'un maintien dans la famille ponctué par deux ou trois séances d'analyse par semaine. Influencée par Winnicott, que je rencontre régulièrement à Londres, je comprends que certains jeunes patients ont d'abord besoin d'un lieu où il y ait de quoi vivre affectivement pour eux. Car l'analyse n'est possible que si un minimum de sécurité existe d'abord dans la quotidienneté d'une vie. »²⁸

Bertrand, pré-adolescent dont la mère était particulièrement dépressive, ne pouvant suivre une scolarité dans un établissement classique, était entré à l'École expérimentale de Bonneuil. Lorsque sa mère venait le conduire, dès qu'il l'avait quittée, il se précipitait dans une pièce, située sous la cuisine, où il savait pouvoir être seul et là, à l'abri de tout regard, il engloutissait d'énormes tartines recouvertes d'une épaisse couche de beurre. À d'autres moments de forte angoisse il s'y réfugiait avec toutes sortes de victuailles volées rapidement en trompant la vigilance des adultes et il emplissait sa bouche à ne plus pouvoir la refermer comme pour colmater ce trou insupportable de l'espace entre lui et sa mère. Il ne s'agissait pas de manger mais plutôt de gloutonnerie et même ce terme est impropre. Comment qualifier la violence et le désespoir du geste qui cherche à effacer la réalité de la séparation, quelque chose de psychologiquement insupportable et inconcevable dans le sens d'une impossible élaboration psychique de son vécu de détresse, d'anéantissement provoqué par ce qui se présentait brutalement là, présent. Folle angoisse d'un trou réel, d'un espace béant, à laquelle réponse est donnée dans l'urgence d'un remplissage mais à l'abri du regard, comme pour retrouver une intimité avec la mère et l'apaisement des premières tétées ou même de la vie in-utéro.

Si l'on reprend le concept d'aire transitionnelle et que l'on cherche à interroger le vol, la destruction ou autre manifestation anti-sociale, « eu égard à la place qu'ils occupent dans l'aire qui se situe entre la réalité extérieure ou partagée et le vrai rêve »²⁹, il est évident que, pour Bertrand, il n'y a pas d'espace transitionnel et que les choses sont vécues dans la réalité. L'absence de la mère n'est pas symbolisable puisque la mère et son fils ne se vivent pas séparés. La mère est là où elle est morte ou il meurt, réalité psychique et réelle puisque la mère avait fait plusieurs tentatives de suicide. C'est dire aussi combien le sevrage représente à la fois la séparation du corps de l'enfant du corps de sa mère et qu'un sevrage réussi rend l'enfant porteur de l'image psychique du vécu sensoriel d'une mère contenant et soutenante. Seule la maîtrise symbolique de l'absence de la mère permet à l'enfant de supporter son absence réelle sans s'effondrer.

C'est tout ce travail d'élaboration psychique que Maud Mannoni pensait possible pour un jeune ayant manqué de ce temps de jeu et contre-jeu avec la mère dans un *lieu pour vivre* comme Bonneuil.

Ce lieu a été conçu comme lui-même espace transitionnel entre un dedans et le monde extérieur, lieu où puissent se vivre les expériences de rencontres, de séparations, d'absence, de faire, de vie, autant de références analytiques pour vivre l'accompagnement des enfants et des adolescents. Avec bien sûr, en arrière plan, la notion d'environnement telle que l'explicite Winnicott c'est-à-dire comme faisant partie de l'enfant au début de sa vie.

Bertrand, lui, s'est lancé dans la mécanique, accompagné par un jeune éducateur avec lequel il jouait aussi, à d'autres moments, aux échecs.

« Dans un cas propice, lorsque l'importance de la folie, ou de la compulsion inconsciente, ou de l'organisation paranoïde, etc., n'est pas trop grande, les conditions favorables peuvent avec le temps permettre à l'enfant de trouver une personne à aimer, au lieu de poursuivre sa quête en jetant son dévolu sur des substituts de l'objet dont la valeur symbolique est perdue. »³⁰

C'est cet environnement que l'École expérimentale de Bonneuil offrait à l'enfant : un lieu pour affectivement, au rythme des allées et venues de stagiaires venus du monde entier partager un bout de route, un temps de vie, des « permanents » assurant la régularité de repères fiables. C'est cette stabilité nouvelle de l'environnement, dit Winnicott, qui est thérapeutique. C'est elle qui permet à l'enfant de s'aventurer à la découverte d'expériences de « faire » avec d'autres, à la rencontre d'un autre qu'il pourra mettre à l'épreuve puis utiliser comme soutien, identification, témoin...

À l'image de ces murs debout dont les vitres étaient brisées, les personnels de ces institutions ont pour rôle essentiel de ne pas s'effondrer, de survivre aux attaques parce que :

« Pour avoir une signification dans un cadre de relation au moi les pulsions instinctuelles doivent être vécues...c'est l'environnement qui doit donner une occasion nouvelle à la relation au moi puisque l'enfant a perçu que c'était une carence de l'environnement dans le soutien du moi qui a suscité à l'origine la tendance antisociale .»³¹

Lorsque les jeunes cassent et détruisent, l'explication donnée est souvent qu'ils vont chercher une limite dans la rue. Ce qui est le plus souvent compris par le profane comme l'enfant allant chercher une limite autoritaire voire répressive hors de chez lui quand les parents sont trop laxistes mais la limite est d'abord ce qui permet à l'enfant de ne pas devenir fou, de le garantir contre l'angoisse, la sienne. C'est pourquoi bien souvent la sanction n'a pas le poids que la société lui attribue. C'est le côté *holding* de la limite qui est d'abord cherché. C'est pourquoi « cadre » est d'abord à entendre comme ce qui protège et pas seulement comme lieu de la transgression. Il contient et protège parce qu'il marque physiquement la limite dedans/dehors et qu'il est fiable dans le sens d'une permanence de la limite toujours à la même place. C'est à l'abri de ce cadre que « l'institution suffisamment bonne » peut fournir les conditions pour que se noue ou se renoue un lien entre pulsion agressive et pulsion libidinale dans un faire créatif.

Quand Winnicott évoque la réponse adéquate à la tendance antisociale de type destruction, il parle d'un enfant qui serait « *déprivé* du fait du père ou de la mère qui montrerait qu'elle a, derrière elle, un homme qui la soutient : grâce à quoi elle peut se montrer sévère ou capable de tolérer l'attaque de l'enfant et de réparer les dégâts faits aux vêtements, aux tapis, aux murs ou aux fenêtres de la maison .»³² Le délinquant n'a pas trouvé sur sa route d'adulte qu'il puisse essayer de détruire sans risquer d'y arriver. Ce qui explique que lorsque la limite entre monde interne, fantasme et la réalité est mal perçue ce sont des figures de pères vivantes que l'enfant, l'adolescent agresse au lieu de tuer symboliquement un père dans le rêve ou en le dépassant symboliquement dans la réalisation d'un travail, des productions artistiques...

C'est directement à ce cadre sécurisant (dans sa fiabilité, sa solidité et sa constance) sur lequel l'enfant, l'adolescent peut s'appuyer que Maud Mannoni fait référence lorsqu'elle retrace le parcours qui l'a conduit à créer un lieu d'accueil « inventé pour aider (et accompagner) le patient à se « risquer à vivre » en lui donnant la possibilité de pouvoir « compter sur quelqu'un »³³

Au crédit de ce qui peut se jouer pour des jeunes en difficulté dans une institution Winnicott conclut :

« Au stade suivant, il faut que l'enfant soit capable de ressentir le désespoir dans une relation, et non plus seulement l'espoir. C'est au-delà de ce stade que se trouve la véritable possibilité d'une vie pour l'enfant. Lorsque les éducateurs et le personnel d'un foyer pour enfants inadaptés font passer l'enfant par ces processus, ils ont effectué une thérapie qui est sûrement comparable au travail analytique. »³⁴

Le traitement par la psychanalyse

Rappelons très brièvement que Winnicott répète que la psychanalyse n'est pas le traitement de la tendance antisociale, et qu'elle ne serait susceptible d'intervenir que dans un deuxième temps. Elle sera peut être alors accès à la dissociation initiale et possibilité, pour la personne *déprivée* de refaire l'unité de son moi.

Notons cependant que Winnicott cite le cas d'une petite fille qui volait de manière compulsive et à laquelle une seule séance suffit pour redécouvrir « la mère de sa petite enfance. Elle pouvait de nouveau atteindre les seins et ne ressentait plus le besoin d'éprouver la béance de manière compulsive, sans conscience de la motivation. »³⁵

En résumé disons que les recherches de Winnicott, de Bowlby et de tous les psychanalystes s'étant penchés sur les racines inconscientes de la tendance antisociale disent la rupture vécue par la personne antisociale dans le continuum de vie de sa prime enfance. Ils affirment un début de relation satisfaisant avec leur environnement et une première maturation psychique qui s'est trouvée interrompue. Cette maturité permet cependant à l'enfant de comprendre qu'il y a eu défaut au niveau de son environnement, lui faisant inconsciemment rechercher de l'aide dans cette direction. Le vol, la destruction sont les deux façons principales de se manifester de la tendance antisociale. Elles disent la *déprivation* du jeune enfant d'un « bon objet » dans le premier cas et l'absence d'un adulte supportant d'être attaqué sans être détruit pour permettre à l'enfant de se développer à l'abri d'un environnement stable et fiable dans le second.

Ce sont donc les expériences dont la personne manifestant des tendances antisociales a manqué qui vont faire thérapie. Si ce terrain d'expérience pourra être le cadre de la cure analytique pour l'adulte aux prises avec des pathologies compulsives telles des errances, des achats compulsifs, ... que Winnicott rattache à la tendance antisociale, il affirme néanmoins que : « ... le traitement de la tendance antisociale n'est pas la psychanalyse. Il faut fournir la possibilité à l'enfant de redécouvrir des soins infantiles qu'il pourra mettre à l'épreuve et au sein desquels il pourra revivre les pulsions instinctuelles. C'est la stabilité nouvelle fournie par l'environnement qui a une valeur thérapeutique. »³⁶

Et l'importance d'offrir aux jeunes cet environnement qui leur a fait défaut est à rapprocher de ce que Winnicott nous rappelle dans ce livre qui témoigne de l'aboutissement de son expérience clinique et de son expérience personnelle de psychanalyste : « Au moment de l'adolescence l'immaturation est un élément essentiel de santé...Il faut que la société soit secouée par les aspirations de ceux qui n'ont pas de responsabilités. »³⁷ Et, trois ans après mai 68, D.W. Winnicott lance un appel à la société : « pour le salut des adolescents, pour le salut de leur immaturité, ne favorisez pas leur accession à une fausse maturité en leur transmettant une responsabilité qui ne leur incombe pas encore, même s'ils luttent pour l'obtenir »³⁸.

Autrement dit, lorsque les adultes abdiquent leur responsabilité d'adultes, les jeunes adolescents perdent leur liberté d'imaginer tant une société future idéale que leur propre place dans cette société. D'où sans doute l'importance d'une prévention à concevoir du côté d'un accompagnement des parents et l'importance de ne pas passer à côté de cette demande particulière des jeunes aux tendances antisociales..

BIBLIOGRAPHIE

- J. BOWLBY, *Attachement et perte* (1973), Paris, PUF Collection « Le fil rouge », 1978.
- J. BOWLBY, *Soins maternels et santé mentale. Contribution de l'Organisation de la Santé au programme des Nations Unies pour la protection des enfants sans foyer*, Genève, Organisation mondiale de la santé mentale, 1951.
- M. MANNONI, *Ce qui manque à la vérité pour être dite*, Paris, Denoël, 1988.
- M. MANNONI, « Donald Woods Winnicott. Londres, les années soixante. Témoignage d'un trajet » in *Logos Ananké*, n° 1, 1999, pp. 123-145.
- D.W. WINNICOTT, Pourquoi les enfants jouent-ils? (1942) in *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot, 1993, pp. 123-128.
- D.W. WINNICOTT, « L'aide aux parents normaux » (1944) in *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot, 1991.
- D.W. WINNICOTT, « Les foyers d'accueil en temps de guerre et en temps de paix » (1948) in *Déprivation et délinquance*, Paris, Payot, 1994, pp. 91-96.
- D.W. WINNICOTT, « Psychose et soins maternels » (1952) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, pp. 187-197.
- D.W. WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, pp. 292-302.
- D.W. WINNICOTT, « La capacité d'être seul » (1958) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, pp. 325-333.
- D.W. WINNICOTT, « L'adolescence » (1962) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, pp. 398-408.
- D.W. WINNICOTT, « Les soins hospitaliers en complément d'une psychothérapie intensive au cours de l'adolescence » (1963) in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1989, pp. 233-241.
- D.W. WINNICOTT, *Playing and Reality* (1971), Tavistock/ Routledge publication, 1991; *Jeu et réalité* (1971), Paris, NRF Gallimard Collection Connaissance de l'inconscient, 1990.
- D.W. WINNICOTT, *La consultation thérapeutique et l'enfant* (1971), Paris, Gallimard collection Connaissance de l'Inconscient, 1972.
- D.W. WINNICOTT, *Déprivation et délinquance* (1984), Paris, Payot, 1994.

Notes

1. D.W. WINNICOTT, *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, coll. Connaissance de l'inconscient Gallimard, 1972, p. 224.
2. *profond, archaïque et précoce.
3. D.W. Winnicott, « Les soins hospitaliers en complément d'une psychothérapie intensive au cours de l'adolescence. » (1963) in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1989, p. 238.
4. D.W. WINNICOTT, mis en italique par moi-même.
5. D.W. WINNICOTT, « La tendance antisociale » in *Déprivation et délinquance* » Paris, Payot, 1994, p. 149.
6. D.W. WINNICOTT, *La Consultation thérapeutique et l'enfant* (1971), Paris, Gallimard, Collection Connaissance de l'Inconscient, 1972, p. 306.
7. D.W. WINNICOTT, *Jeu et réalité*, Paris, NRF, coll. Connaissance de l'Inconscient, 1990, p. 24.
8. J. BOWLBY, *Attachement et perte*, Paris, Coll. Le fil rouge PUF, 1999, tome I, p. 302.
9. J. BOWLBY, *Attachement et perte*, Paris, Coll. Le fil rouge PUF, 1999, tome I, p. 303.
10. J. BOWLBY, *Attachement et perte*, Paris, Coll. Le fil rouge PUF, 1999, tome I, p. 306, mis en italique par moi.
11. D.W. WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956), in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 296.
12. D.W. WINNICOTT, « Psychose et soins maternels » (1952) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 195-6.
13. *Ibid.*
14. J. BOWLBY, *Int. Journal of Psycho-Analysis*, 21, 154, cité dans *Soins maternels et santé mentale*, Genève, OMS, 1951, p. 37.
15. J. BOWLBY, *Soins maternels et santé mentale*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1951, p. 39.
16. D.W. WINNICOTT, *Jeu et Réalité*, Paris, NRF coll. Connaissance de l'Inconscient, 1990, p. 39.
17. D.W. WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 301.
18. D.W. WINNICOTT, « Pourquoi les enfants jouent-ils? » (1942) in *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot, 1993, p. 126.
19. D.W. WINNICOTT, « Le développement affectif primaire » (1945) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 65.
20. D.W. WINNICOTT, *Jeu et Réalité*, Paris, coll. Connaissance de l'Inconscient, NRF Gallimard, 1990, p. 204. selon référence au texte *Playing and Reality*, Tavistock Publications Ltd, p. 148.
21. D.W. WINNICOTT, *Jeu et Réalité*, p. 161.
22. D.W. WINNICOTT, « L'aide aux parents normaux » (1944) in *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot, 1991, p. 200-1.
23. D.W. WINNICOTT, *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard, coll. L'Inconscient, 1972, p. 307.
24. D.W. WINNICOTT, *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard, coll. L'Inconscient, 1972, p. 308.

25. *Ibid.*, p. 310.
26. D.W. WINNICOTT, « Le placement en institution considéré comme thérapeutique » (1970) in *Déprivation et délinquance*, Paris, Payot, 1994, p. 253.
27. D.W. WINNICOTT, « Le placement en institution considéré comme thérapeutique » (1970) in *Déprivation et délinquance*, Paris, Payot, 1994, p. 257.
28. M. MANNONI, « Donald Woods Winnicott. Londres, les années soixante. Témoignage d'un trajet », conférence prononcée à Espace Analytique le 8 décembre 1997, publiée in *Logos Ananké*, n° 1, 1999, p. 123.
29. D.W. WINNICOTT, *Jeu et réalité*, Paris, NRF Gallimard, coll. Connaissance de l'Inconscient, 1990, p. 39.
30. D.W. WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 301.
31. D.W. WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 302.
32. D.W. WINNICOTT, *La Consultation thérapeutique et l'enfant* (1971), Paris, Gallimard, Collection Connaissance de l'Inconscient, 1972, p. 225-6.
33. M. MANNONI, *Ce qui manque à la vérité pour être dite*, Paris, Denoël, 1988, p. 86.
34. D.W. WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 301.
35. D.W. WINNICOTT, *La Consultation thérapeutique de l'enfant* (1971), Paris, Gallimard collection Connaissance de l'Inconscient, 1972, p. 227.
36. D.W. WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 302.
37. D.W. WINNICOTT, *Jeu et Réalité*, Paris, coll. Connaissance de l'Inconscient NRF Gallimard, 1990, p. 202.
38. D.W. WINNICOTT, *Jeu et Réalité*, Paris, coll. Connaissance de l'Inconscient NRF Gallimard, 1990, p. 202, mis en italique par moi-même.