

## Le trauma dans la clinique de Winnicott

par Jean-Pierre Lehmann

Afin de continuer à examiner tout ce qui concerne la clinique du trauma dans le contexte de la maladie somatique grave, je vais vous proposer de regarder ce qu'il en a été dans la clinique de Winnicott. Pour cela, il nous faudra rappeler quelle a été la conception qu'il s'est faite du trauma avant de voir quelle voie il a été amené à préconiser pour le traiter, quand il vient occuper une place importante au cours d'une cure. Développer cela nous amènera à envisager ce qu'a avancé Margaret Little car Winnicott, en traitant du transfert dans ces cures-là, s'est référé explicitement aux propos de Little.

C'est dans un article écrit en 1969, intitulé « *The Mother-Infant Experience of Mutuality* », « L'expérience de la mutualité Mère-Infans », que Winnicott a le mieux défini ce que le trauma était pour lui : « Ce contre quoi un individu n'a pas de défense organisée, de sorte que s'instaure un état confusionnel suivi peut-être d'une réorganisation des défenses – défenses d'un type plus primitif que celles qui étaient *good enough*, suffisantes avant l'apparition du trauma. »

Et pour bien faire comprendre à ses lecteurs ce qu'il entendait par là, il a précisé que le monde des *infans* se partageait en deux catégories : — d'une part, les *infans* qu'on n'a pas laissé tomber (c'est-à-dire ceux qui ont bénéficié d'un bon *holding*) et qui gardent, de ce fait, la capacité d'avancer et de reculer dans leur développement ainsi que de prendre tous les risques parce qu'ils sont bien assurés ; — et d'autre part, ceux qu'on a laissé tomber de façon significative, que ce soit une seule fois ou bien dans un ensemble de défaillances multiples de l'environnement (en relation avec l'état psychopathologique de la mère ou du substitut maternel). Ces enfants-là ont en eux l'expérience d'une angoisse impensable. Ils savent ce que c'est que d'être dans un état de confusion aiguë, ils connaissent l'*agony* de la désintégration, ou de la sensation de tomber sans fin ou de se sentir clivés dans la dissociation psychosomatique. Ils ont donc l'expérience du trauma et leur personnalité doit se construire autour de la réorganisation des défenses qui suivent les traumas, des défenses conservant nécessairement des traits primitifs tels que le clivage de la personnalité (comme les états phobiques).

A lire un tel texte, nous saisissons rapidement que pour lui, la notion de trauma était à situer fondamentalement dans une période très précoce du développement de l'individu, pouvant même remonter à la naissance. Winnicott s'est expliqué là-dessus dans son exposé de mai 1949 à la *British Psycho-Analytical Society*, intitulé « *Birth Memories, Birth Trauma and Anxiety* », « Souvenirs de la naissance, trauma de la naissance et angoisse ». Il y a dit que pour sauvegarder le mode de vie personnel au tout début, l'individu a besoin

que les empiètements (*impigements*) de l'environnement qui suscitent des réactions soient des plus minimes, de telle sorte que le fil de sa vie personnelle ne soit pas perturbé par une quantité de réaction supérieure à celle qui peut être vécue sans perdre le « *sense* », le sentiment-sensation, de la continuité de l'existence personnelle. Il a repris là le thème qui lui était cher entre tous : la santé mentale de l'individu est établie par la mère qui, parce qu'elle est dévouée à son nourrisson, est capable d'une adaptation active. Cela suppose un état fondamental de « *relaxation* », de détente chez la mère, et aussi une compréhension du mode de vie individuel de l'*infans*, provenant de sa capacité de s'identifier à lui. Cette relation mère-*infans* commence avant la naissance de l'*infans* et se poursuit pendant l'accouchement et après. Le trauma de la naissance, selon Winnicott, ne survient que quand l'accouchement est anormalement compliqué, ce trauma est une interruption dans le fil du « *going on being* », de l'allant-devenant, de la continuité d'être de l'*infans* et quand cette rupture est significative, les détails mêmes de la manière dont les empiètements sont ressentis ainsi que les réactions de l'*infans* à ceux-ci, se transforment à leur tour en facteurs significatifs néfastes pour le développement du moi. Dans ces circonstances, l'individu n'a aucune chance (si ce n'est en naissant à nouveau au cours de l'analyse) de progresser naturellement dans son développement affectif, même si par la suite les facteurs externes sont extrêmement favorables. Et de fait, Winnicott a rapporté certains cas de patientes dont la régression à la dépendance avait été d'une telle qualité, qu'elles avaient réussi à revivre le processus de leur naissance, mais cette fois-ci avec quelqu'un – l'analyste – qui était capable de s'identifier à elles, de telle sorte que son adaptation active avait permis une reprise du développement affectif primaire qui avait été entravé par le trauma de leur naissance.

Au cours de cette même conférence, Winnicott avait mentionné le lien qu'il avait établi entre le trauma de la naissance et les « *psychosomatic disorders* », les troubles psychosomatiques. Nous aurons l'occasion, plus loin, d'y revenir.

Une des manifestations symptomatiques de la précocité du trauma est ce que notre auteur a nommé « *Fear of Breakdown* » qui a été traduit par « Peur de l'effondrement ». Si *Breakdown* signifie effectivement, dans le vocabulaire psychiatrique, effondrement, il n'est pas sans importance de remarquer que Winnicott a mentionné qu'il avait employé ce terme parce qu'il est vague et peut vouloir dire diverses choses. Personnellement je vous en citerai deux qui me semblent, en l'occurrence, importantes : « démolition » et « désintégration ». Mais Winnicott a noté que dans le contexte où il en a parlé, « *Grosso modo*, ce mot signifiait un échec, une faillite, une défaillance de l'organisation d'une défense ». Mais une défense contre quoi ? Non pas une défense telle qu'on la rencontre dans le champ névrotique, une défense contre l'angoisse de castration. Winnicott a employé le terme « *Breakdown* » pour décrire l'état de choses impensable, qui est sous-jacent à l'organisation de la défense dont il entendait parler ici. Il s'agit de quelque chose de plus psychotique : c'est un « *Breakdown of the establishment of the unit self* », un effondrement de la constitution du *self* unitaire. Le moi organise effectivement des défenses contre le *breakdown* de l'organisation du moi car ici c'est l'organisation du moi qui est menacée, étant donné que le moi ne peut pas s'organiser contre la défaillance de l'environnement.

Puis Winnicott avait rappelé, dans ce contexte, ce qui concernait le rôle de l'environnement dans le processus de maturation de l'individu. Mais avant que nous en parlions, je voudrais préciser si ce n'est pas clair pour certains, que quand Winnicott a fait cet exposé, il avait en vue certains patients qui craignent que survienne, un jour, un *breakdown*. Certains s'en plaignent dès le début du traitement mais d'autres ont mis en place des défenses contre cette crainte, telles que les phobies, et il faut des progrès considérables au cours du traitement pour que chez eux, la crainte de l'effondrement à venir devienne un facteur dominant qui finisse par occuper le devant de la scène.

Ceci dit, je peux reprendre avec Winnicott ce qu'il a appelé ici de sa théorie des stades précoces du développement affectif. L'individu passe d'une dépendance absolue à une dépendance relative avant de parvenir à l'indépendance. Dépendance de l'environnement qui, quand il est favorable, peut se décrire en termes de *holding*, capacité de la mère de bien porter son bébé, de *handling*, lui procurer manuellement de bons soins notamment au cours de la toilette, puis d'*object presenting*, c'est-à-dire présenter au fur et à mesure que le bébé est capable d'entrer en contact avec eux, des fragments de la réalité extérieure. Si donc l'environnement est suffisamment adapté, le développement se fait, selon les termes propres à Winnicott, en **intégration, en habitation de la psyché dans le corps et en relation d'objet**.

Mais si la mère ou le substitut maternel défaille dans son *holding*, *handling* et *object presenting*, au lieu du développement que je viens d'évoquer, l'*infans* puis l'enfant et l'adulte pourra être sujet à ce que Winnicott a appelé *agony*, c'est-à-dire à des angoisses primaires de type psychotique :

- Retourner à un stade de non-intégration
- Tomber à jamais
- Perdre l'habitation de la psyché dans le corps
- Perdre le sens du réel
- Perdre la capacité d'être en relation avec des objets...

Toutefois, ces « *agonies* » sont impensables. Aussi ce que nous montre toujours la clinique, ce sont les organisations défensives pour échapper à ces angoisses : la désintégration, le *self-holding*, la dépersonnalisation, le recours au narcissisme primaire, les états autistiques. La maladie psychotique n'est pas un *breakdown*, elle n'est pas un effondrement : c'est une organisation défensive contre une angoisse primitive.

Tout ce qu'avait jusque-là énoncé Winnicott lui avait alors permis d'exposer sa thèse : « La crainte de l'effondrement est la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé. » A l'origine, en effet, la crainte de l'angoisse primaire entraîna l'organisation défensive qui se manifeste cliniquement.

L'expérience thérapeutique de Winnicott lui a révélé qu'il y a des moments où le patient a besoin qu'on lui dise que l'effondrement qu'il craint à tel point que cela détruit sa vie, **a déjà eu lieu**. Il porte cela caché au loin dans l'inconscient, non pas l'inconscient dû au refoulement de la névrose, ni l'inconscient lié au refoulement originare ni même l'inconscient tel que l'a conçu Jung. Dans le contexte de la crainte de l'effondrement,

inconscient veut dire que le moi est incapable d'intégrer quelque chose. Le moi est trop immature pour rassembler l'ensemble des phénomènes vécus dans l'aire de l'omnipotence personnelle.

Mais comment se fait-il que le patient continue d'être tourmenté par ce qui appartient au passé ? Cela est dû au fait que l'angoisse primaire ne peut se mettre au passé si le moi n'a pas pu d'abord la recueillir dans l'expérience temporelle de son propre présent. La conséquence en est que le patient continue à chercher le détail du passé qui **n'a pas encore été éprouvé**. Il le cherche donc dans le futur. Cette chose du passé, du début de la vie, n'a pas eu lieu pour lui parce qu'à l'époque, il n'était pas là pour que ça ait eu lieu pour lui, il n'était pas suffisamment constitué pour pouvoir recueillir en lui ce qui s'est passé.

Alors n'y aurait-il aucune solution ? L'analyse ne pourra pas venir à bout de cette crainte de l'effondrement à venir ? L'analyse ne pourra-t-elle pas se terminer ? Car pour se terminer, il faut faire l'épreuve de la chose redoutée. Heureusement il y a une possibilité, mais qui est loin d'être facile à atteindre. Cette possibilité réside dans ce que peut être amené à vivre l'analysant, dans le transfert. Quand celui-ci est suffisamment solide, c'est-à-dire que l'analysant éprouve réellement que l'analyste est devenu pour lui ce substitut maternel venant à la rencontre de ses besoins primaires, ceux nécessaires au développement affectif primaire tel que nous l'avons évoqué tout à l'heure (intégration, habitation de la psyché dans le corps, et relation aux objets), quand il a régressé à l'état de dépendance, alors l'angoisse primaire peut être éprouvée dans le transfert, quand l'analyste se permet de défaillir quelque peu. L'analysant recueille peu à peu la faillite originelle de l'environnement, dans son état de dépendance. Bien sûr, il faut pour cela que ces faillites de l'analyste soient d'un degré raisonnable.

Winnicott, dans un autre article « *The concept of Trauma in Relation to the Development of the Individual within the Family* », « Le concept de trauma en relation avec le développement de l'individu dans la famille », en a donné deux exemples, l'un concernant l'analyse d'une fillette et l'autre d'une patiente adulte. Cette dernière avait une défense très bien organisée contre l'espoir. Il y avait chez elle un désespoir immuable et elle savait que l'analyse ne pouvait pas réussir. Cet état de choses avait commencé lorsque dans sa petite enfance, son père était mort et que sa mère était devenue immédiatement mélancolique, d'une mélancolie qui avait duré jusqu'à sa propre mort.

A l'époque qu'il a relatée, Winnicott ne voyait cette patiente qu'une fois par semaine. La semaine précédant la séance en question, elle aurait dû venir à une heure qui avait été changée. Or elle était venue à l'heure habituelle et était repartie quand on lui avait dit, à la porte, qu'elle avait fait une erreur. La semaine suivante, elle avait commencé en parlant de cela et en disant à son analyste qu'elle avait vu sur le visage de la personne qui avait ouvert la porte une expression critique, presque comme : « Tu as été vilaine. » Elle avait poursuivi en disant combien elle aimait cette personne qui la faisait toujours entrer dans la maison de Winnicott. Était venu ensuite le matériel dépressif habituel. Elle avait été contente, la semaine précédente, de partir et de ne pas avoir de séance. D'autres matériels avaient été évoqués (traumatisme lié à ce que son ami avait réagi de façon terrible à quelque chose qu'elle avait dit). Tout était réduit de la même manière : les choses étaient éventuellement

bonnes mais bien sûr étaient gâchées. Elle avait formulé une nouvelle version de l'incident qui avait abouti à sa tentative de suicide quand, à l'université, elle avait demandé qu'on lui accorde de fournir un autre travail pour remédier au fait qu'elle avait échoué à un examen en raison du fardeau que représentait la mélancolie de sa mère ; sans s'y attendre, elle avait été accusée de réclamer des privilèges. De là, elle était passée au traumatisme originel quand, se rendant près de sa mère après la mort de son père, elle s'était attendue à trouver sa mère habituelle toujours prête à la rendre heureuse et qu'à la place, elle avait trouvé une nouvelle personne, quelqu'un d'irritable, de déraisonnable, et qui n'avait plus de relation privilégiée avec elle.

Ce nouveau matériel n'était pas réellement nouveau ; la patiente avait toujours su cela, mais ce jour-là, elle avait eu envie de donner à son analyste une image plus claire de ce dont elle s'était toujours souvenue. A ce moment, Winnicott avait fait une interprétation : rien de plus que de relier ces exemples de traumatismes à l'épisode de la porte avec la personne qui, au lieu de la faire rentrer, lui avait dit qu'elle avait fait une erreur. C'est alors que la patiente avait ressenti son premier « trauma » analytique ou « trauma bénin ». Elle n'avait pas fait ce lien elle-même. Elle avait pu reconnaître la validité de ce lien mais pas l'intégrer sur-le-champ. Elle avait alors vu ce qu'elle n'avait pas vu avant, c'est-à-dire qu'elle avait reconnu le délire qui était au centre de l'épisode de la porte. En réalité la personne à la porte avait été gentille. Mais la patiente avait vu le visage de cette personne comme s'il était rébarbatif et accusateur. La réaction avait été la même qu'à l'égard d'un persécuteur. Cette personne représentait Winnicott dans le transfert, et en fait la patiente avait aussi dit de lui, quand elle était venue là, à la séance suivante, que lorsqu'il se montrait normalement compréhensif et certainement pas en colère, pour une raison ou une autre, elle lui en voulait d'être gentil.

Le schéma était donc le même que dans la séance avec la fillette rapportée par Winnicott mais que je n'ai pas évoquée : la patiente était arrivée à la porte sans ses défenses, « sachant » qu'on la ferait entrer. La personne à la porte serait dans le champ de son omnipotence, faisant partie de « l'environnement généralement prévisible ». Mais elle ne l'avait pas été. Était alors venue une haine inconsciente de cette personne. Ce qui était conscient, c'était l'idée délirante que cette personne la critiquait, ce qu'elle avait fui promptement, avec le sentiment d'avoir eu la chance de pouvoir le faire.

La patiente avait alors fait l'expérience, dans le « transfert délirant », de la persécution qui est une étape nécessaire pour parvenir à la haine d'un bon objet, ce qui est le matériel de la désillusion. Pour la première fois peut-être, en dix ans d'analyse, la patiente était parvenue à une modification de ses défenses, défenses organisées à l'origine par rapport au changement soudain et imprévisible de la mère qui avait suivi la mort imprévisible du père.

Winnicott, en parlant du « transfert délirant », avait mentionné qu'il était reconnaissant à Margaret Little d'avoir défini et explicité cette notion.

Aussi n'est-il pas inutile à notre propos d'évoquer ce qu'en a écrit M. Little. Avant de le faire, je voudrais signaler que M. Little, à ma connaissance, n'a pas utilisé dans ses écrits, le terme de « trauma », mais – nous le verrons – ce qui est survenu dans la petite

enfance des patients dont elle a parlé, est en tout point semblable à ce que Winnicott a nommé « trauma ».

Elle a, de fait, écrit en 1958, dans un article paru dans l'*International Journal of Psychoanalysis*, intitulé « *On delusional transference (transference psychosis)* » : « Il semble qu'une relation dissymétrique n'ait jamais eu lieu auparavant. Apparaît chez eux une sorte d'addiction à l'analyse. Par leur insatiable besoin d'amour et d'attention, ils cherchent à contrôler de façon magique leur haine et leur destructivité sans limites. Cette addiction conduit à une recherche impitoyable et répétitive de « quelque chose » dont la reconnaissance et l'obtention (du moins de manière substitutive) peut amener à une réussite de l'analyse.

Ces caractéristiques semblent provenir d'une situation où la mère elle-même était infantile et tout aussi incapable que son bébé de supporter à la fois *separateness* (l'état de séparation) et *merging* (l'état de fusion) ; mère dont l'angoisse et l'inadéquation ont eu l'effet de véritables persécutions pour l'enfant. Dans ces conditions, les mécanismes habituels de projection et d'introjction étant soumis à une distorsion, la position dépressive n'a pu être atteinte. »

Dans un autre texte intitulé « Présentation directe de la réalité dans les secteurs délirants », elle a dit que chez ces patients ont persisté jusque dans leur vie d'adulte, sous la forme d'un délire, des secteurs d'un état d'indifférenciation primaire totale qui les empêchent de faire des inférences correctes et de recourir à la symbolisation ou à la métaphore : le symbole et la chose symbolisée sont une seule et même chose, comme le sont la déduction, ses prémices et ses conséquences. Pour ces raisons, ils sont incapables dans maints secteurs, de recourir à l'épreuve de réalité ; ils ont d'abord à la **découvrir**. Ils sont pris dans des processus de différenciation et d'intégration. C'est à cet état qu'appartient l'angoisse psychotique d'annihilation, du fait que séparation et fusion sont toutes deux appréhendées comme étant identiques, inévitables et annihilant. La réalité doit donc leur être présentée sans qu'il y ait besoin de déduction et de symboles, en recourant au factuel et au concret, selon un mode spécifique pour chaque patient et en fonction du contexte immédiat. Une fois atteinte la prise de conscience de la réalité, la partie non-psychotique peut entrer en jeu et la capacité de déduction pourra être utilisée. Mais seulement dans un second temps, après la découverte de la réalité.

M. Little a souligné que la plupart de ces réalités qu'il faut présenter appartenaient à un stade très précoce, celui où commence la différenciation psyché-soma, bien avant la verbalisation. Lier ces réalités avec des mots ne devient possible que plus tard, mais c'est alors essentiel. L'expérience corporelle est donc fondamentale : à ce stade elle a le même type d'effet qu'une interprétation correcte, donnée au bon moment, dans l'analyse d'un névrosé.

Je vais évoquer avec vous un des cas qu'elle a rapportés pour illustrer cela : Un jour, un de ses analysants, Charles, dont l'analyse piétinait, s'était aperçu qu'il avait envie de lancer quelque chose sur une cruche posée sur la cheminée du bureau de Margaret Little. Toute tentative de comprendre pourquoi ou d'envisager de le faire, avait été inutile. M. Little avait fini par lui donner un journal froissé en boule, qu'il avait lancé à plusieurs reprises sur la

cruche, en ratant sa cible. Il avait commencé à se désespérer, **quelque chose** l'empêchait de viser correctement. Il s'était apprêté à lancer encore une fois la boule et, au moment où il avait levé le bras, il avait dit tout à coup avec colère : « Voyons, ne faites pas ça ! » M. Little lui avait demandé : « Que s'est-il passé ? » « Vous avez tiré sur mon bras ». Il avait lancé à nouveau le journal roulé en boule, qui avait touché carrément la cruche. Il s'était alors rappelé sa mère faisant le même geste : il l'avait sentie qui lui tirait le bras. Il avait, à ce moment, halluciné son geste. Ceci avait été mis en rapport avec les expériences où on l'avait empêché de mettre des choses dans sa bouche, et d'autres où il avait gardé la bouche résolument fermée pour éviter qu'on y mette de force ou qu'on en retire quelque chose ; cela avait été relié ensuite à des expériences d'interruptions de la tétée ainsi qu'à des souvenirs d'avoir été forcé de prendre des médicaments. Sa mère était responsable de sa confusion, faisant entrer tout à fait arbitrairement des conflits extérieurs. Elle entretenait la confusion en lui sur son identité. Il n'avait jamais été capable d'établir l'identité de son propre corps et nombreux étaient les souvenirs corporels qui n'avaient jamais été assimilés. M. Little avait alors posé la main là où il avait cru sentir qu'on l'avait tiré, et il avait découvert qu'il était capable de faire la distinction entre le contact réel et l'hallucination, entre son analyste et sa mère. Il était fort possible que sa mère, après l'avoir touché, ait nié ensuite l'avoir fait ou qu'elle ait distrait tout à coup son attention, si bien qu'il ne savait plus très bien ce qui s'était passé. Il la voyait présentement faire la même chose avec ses petits-enfants mais ç'avait été seulement lors de cette séance qu'il avait pu déduire qu'elle avait dû procéder de même avec lui.

Bien que M. Little n'ait pas utilisé le terme « trauma » dans les textes que je viens de rappeler, nous voyons que l'allusion est claire à des événements traumatiques de la petite enfance. Et l'importance qu'elle attachait à la manière dont l'analyste pouvait accueillir le transfert délirant et permettre au patient de retrouver, à travers ce délire, des souvenirs corporels très précoces, n'avait pas échappé à Winnicott qui avait su en tirer profit dans les cures où il lui semblait fondamental que l'analysant, par le biais d'un « trauma analytique » bénin, fasse l'épreuve de la faillite de l'environnement et ne craigne plus que survienne dans le futur, le *breakdown* qui a eu lieu dans le passé.

J'ai dit précédemment, en évoquant sa conférence sur « *Birth Memories, Birth Trauma and Anxiety* », que Winnicott y avait parlé des « *psychosomatic disorders* ». Je vais y revenir, en m'appuyant sur ce qui a été édité dix-sept ans après sa mort, sous le titre « *Human Nature* », à savoir ses notes pour les conférences qu'il a faites à l'Université de Londres à des étudiants se destinant au travail social, de 1954 à 1970. Nous pouvons y lire dans un chapitre intitulé « *The Psychosomatic Field* » : « Dans le domaine de la psychosomatique, on ne peut pas présumer qu'il y a une association serrée entre la psyché et le soma ; la psychosomatique doit prendre en compte les états à la fois communs et importants dans lesquels la relation entre psyché et soma est relâchée ou perdue. » Et dans la chapitre « *Dwelling of psyche in body* », « L'habitation de la psyché dans le corps », Winnicott reprenait ce thème en disant que les troubles psychosomatiques ont de nombreuses sources mais que celle qu'on oublie d'habitude, est peut-être la plus importante. « Il est banal de voir une discussion sur la psychologie des troubles psychosomatiques ne faire aucune mention de la valeur positive pour le patient de l'arrimage de tel aspect de la psyché dans telle partie du corps. Il y a une

angoisse psychotique sous-jacente au trouble psychosomatique... Il n'y a pas d'identité inhérente du corps et de la psyché. »

Comme nous savons bien que l'emménagement ou l'habitation de la psyché dans le corps est lié, selon Winnicott, au *Handling*, c'est-à-dire aux soins manuels fournis au bébé par la mère ou le substitut maternel à ses manipulations caressantes, nous saisissons facilement qu'une carence, une faillite dans ces soins soit, pour notre auteur, une cause majeure des maladies psychosomatiques. Certes, il n'a jamais, du moins à ma connaissance, parlé du cancer. Mais ne pouvons-nous pas présumer que cette forme de trauma primitif, l'absence d'un *Handling* suffisamment bon – qui va souvent de pair à une carence de  *Holding* – puisse être à l'origine de certains cancers, en tenant compte du fait que la plupart du temps, il y a un autre facteur traumatique récent contemporain du début du processus cancéreux, ce second trauma venant réveiller le premier.

J'ai ainsi reçu autrefois une jeune femme chez qui avait été détecté récemment un cancer du sein. Persuadée que cette affection avait une cause psychique, elle avait pensé que pour que son traitement médical puisse la guérir, il lui fallait faire conjointement une thérapie. Une amie à laquelle elle en avait parlé avait lu un article que j'avais écrit sur Winnicott. Elle lui avait donné mon adresse.

Le trauma récent avait été la mort de son compagnon dans un crash d'avion en Amérique latine où son entreprise l'avait envoyé pour régler un problème. La tumeur s'était vraisemblablement développée peu après cette perte brutale. Mais au cours de l'analyse fut reconnu un premier trauma infantile. Un frère aîné à qui elle avait dit qu'elle était en analyse lui avait rappelé – elle semblait l'avoir oublié - que six mois après sa naissance, sa mère avait été atteinte d'une maladie grave qui avait nécessité qu'elle soit longtemps hospitalisée et qu'ensuite elle fasse un long séjour dans un sanatorium. Le bébé avait donc été confié à une cousine qui n'avait pas d'enfants. Mon analysante était restée chez elle deux ans et demi. Et la survenue de remémorations concernant son séjour chez ce substitut maternel, avait montré assez évidemment que cette cousine était loin d'avoir les qualités d'une mère ordinairement dévouée. Nous pouvons supposer que pour cette patiente, la séparation de sa mère et l'incapacité de la cousine à procurer au bébé un bon *handling* avaient été à l'origine du trauma précoce réveillé par le trauma récent. Dans cette analyse toutefois, la survenue d'un trauma bénin n'avait pas été nécessaire pour déclencher un transfert délirant car elle n'avait pas développé une véritable organisation des défenses par rapport à la perte d'une mère « suffisamment bonne ».

*Jean-Pierre Lehmann*

Pour les journées de Psychisme et cancer :  
« Cancer et trauma » 15-16 mars 2014