

# **L'enfant malade de sa peau**

Approche psychosomatique  
de l'allergie précoce

**Dans la même collection**

- A. ANZIEU, *La Femme sans qualité. Étude psychanalytique de la féminité*
- D. ANZIEU, *Le Groupe et l'individu. L'imaginaire de groupe*
- D. ANZIEU, *Le Moi-peau*
- C. BARROIS, *Les Nervosés d'aujourd'hui. Le psychologue appelé face aux dérives des classes psychiques*
- H. BLANCHI, *Le Moi et le temps. Psychanalyse du temps et du vieillissement*
- J. BERGERE, *La Personnalité normale et pathologique*
- J. BERGERE, *La Volonté fondatrice. L'impulsif de GELPÉ*
- G. BLENDONU, *M. R. Bion. La vie et l'œuvre, 1897-1979*
- F. BIELLET (É. T. A. T.), *Fonction et situation projective*
- D. BRUN, *L'enfant adulte pour mort. Sujets psychiques de la guérison*
- N. C. GENEYER, *Corps et fantasmes. Pathologie du psychosomatique*
- C. GANBERI, *Le Rön-grach et clinique adulte. Interprétation psychanalytique*
- C. GANBERI, *Le Psychopathe et le prétexte du Rön-grach*
- A. GEDON-BELM, *Elisabeth. Naissance à la vie psychique*
- F. COUHAN, *Empire et violence maternelle*
- R. DERYN, *Mécanisme psychosomatique*
- A. EIGUER, *La Parenté qu'assomine. Transfert et contre-transfert en temps familial psychanalytique*
- A. EIGUER, *Le Père et l'inceste. À son compte*
- A. EIGUER, *La Folie de Narcisse. La double configuration psychique*
- J.-M. GAUTHIER, *L'Enfant malade de sa peau. Approche psychosomatique de l'allergie précoce*
- R. KAES, *La Grande et le sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique de groupe*
- M. MONAUZE, *La Problématique alcoolique*
- J. NATHAN, *La Folie des curés. Traités de l'impulsivité sexuelle*
- J.-N. NATHAN, *Psychanalyse parentale. Essai d'impulsivité sexuelle*
- N. NICOLAÏDIS, *La Thérapie de Groupe. Structure et médiation*
- B. PENOT, *Figures au sein. Étude de l'égroté*
- M. PERUJON, A. THOMER-RENARD, *Desus et sous de la pulsion de mort. Figures de la veillée*
- J. M. RELOT, *Melancolie et Klein. Pratiques déconstruites en pratique systémique, 1979-1992*
- J. M. RELOT, *Melancolie Klein. Le moi et le por objet, 1952-1960*
- N. RAUSCHKE, H. KAUBENBERG, C. M. H. BOZOU, *Le Rön-grach en clinique infantile*
- S. RAVI, *Le Corps réel, corps imaginaire*
- S. RAVI, *De la projection. Une étude psychanalytique*
- S. RAVI, *Penser la sonnette. Interprétation analytique*
- S. RAVI, *Le Gros chapeau et le gèle. Essai d'anthropologie psychanalytique*

**Psychismes**

Collection dirigée par Didier Anzieu

Jean-Marie Gauthier

**L'enfant malade  
de sa peau**

Approche psychosomatique  
de l'allergie précoce

PU BILINON

# TABLE DES MATIÈRES

En couverture :  
Mary Cassatt, *La Toileuse*,  
Peinture, 1892.  
Chicago Art Institute

Ph. Joseph Martin © Archives PhotoB.

## Introduction

1

## PENSER LA RELATION CORPS PSYCHÉ

### 1. L'eczéma est-il une affection cutanée ?

Les allergies	15
Clinique de la dermatite atopique	17
De l'eczéma à l'atopie	20
Critique de l'épistémologie médicale	24

### 2. Pour que la médecine intègre l'histoire

Le stress et l'histoire	27
La médecine et le temps	27
Vers une conception purement pragmatique de l'activité médicale	32
Théorie des quatre corps	34

### 3. Freud et la question du corps

L'affect pathogène et organisateur nosographique	38
Les ambiguïtés du lien somato/psychique chez Freud	43
Le réalisme en psychanalyse	44
La séduction de l'hystérie	48
Les impasses théoriques	52

### 4. Les limites de l'approche psychanalytique

L'hystérie théorique	55
L'école de Paris	56
Le modèle post-kleinien	61
Critique de la notion de stase	63

© DUNOD, Paris, 1993  
ISBN 2 10 001691 1  
ISSN 0335 492 X

"Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants-droit, ou ayants-cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. La loi du 11 mars 1957 n'autorise, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, que les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, d'une part, et d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration."

**TEMPS ET IDENTITÉ :**  
**LES TROUBLES DU RYTHME CHEZ L'ENFANT**

<b>5. La temporalité et l'identité</b>	81
Julien et l'indifférenciation	85
Noël et la question de l'héritage	90
Carlo et les origines de la répétition	94
La constitution de l'identité	96
<b>6. Le temps et l'interprétation</b>	101
Olivier	102
Gisèle	105
<b>7. L'imaginaire parental et le développement de l'enfant</b>	115
Céline ou habiter un corps qui ne vous appartient pas	116
La nature spécifique de l'impasse du nourrisson	119
Rythme et somatisation	125
<b>8. L'espace encombré ou la perturbation des rythmes de l'enfant</b>	133
Joël et Gérard	134
Failles de l'auto-érotisme et insuffisance du modèle carenciel	138
Fonctions d'identité	143
Sommoi corporel et fonction de l'imaginaire	146
Organisation de la temporalité	150
L'impasse	153
Statistiques	155
<b>Conclusions</b>	163
D'un point de vue psychosomatique, la dermatite atopique n'est pas une affection cutanée	163
Complexité et méthodologie	168
Hypothèses	171
L'importance du système émoionnel	173
Le rythme comme signifiant fondamental	176
Perspectives thérapeutiques	179
<b>Bibliographie</b>	183
<b>Index</b>	189

---

## INTRODUCTION

C'est d'abord l'énigme que posait, dans la pratique clinique, cette affection qui m'a conduit à m'intéresser à la dermatite atopique. Il était surprenant de devoir constater que le plus souvent, et malgré nos investigations et une « bonne relation » thérapeutique, cette maladie nous restait inconnue jusqu'au jour où un enfant s'absentait de l'espace thérapeutique soit pour un vaccin, soit en raison d'une poussée aiguë d'eczéma. En plus des difficultés diagnostiques, il nous fallait aussi, bien souvent, avouer que cette forme de pathologie, pourtant réputée « psychosomatique », restait inaccessible sur un plan thérapeutique : quel sens spécifique lui donner, pourquoi et comment interpréter ces manifestations cutanées parmi les autres pathologies auxquelles elles étaient le plus souvent associées ? Il n'était pas sûr non plus que, si une signification propre pouvait leur être donnée, celle-ci ait quelque valeur sur un plan étiopathogénique.

Cette maladie constitue aujourd'hui encore une énigme tant sur un plan clinique que sur le plan théorique, tant pour la médecine que pour la « psychosomatique » psychanalytique. Si ces dernières décennies ont vu le terme d'eczéma supplanté par celui de dermatite atopique, ce changement d'appellation, qui, comme on le verra, révèle nombre de difficultés de la nosographie médicale, laisse en suspens bien des questions ; tant et si bien qu'après le règne sans partage de l'allergie et de l'atopie, son corollaire où la peau n'est plus que le siège d'une affection généralisée sans rôle spécifique particulier, certains préconisent aujourd'hui le retour à une conception cutanée de cette affection,

sous le vocable de dermatite eczémateuse. En fait cette affection, qui pourrait paraître banale ou sans intérêt, se révèle extrêmement utile pour mettre en évidence un certain nombre de difficultés des conceptions médicales et psychanalytiques du corps et de la maladie.

Mon premier intérêt pour l'eczéma de l'enfant est issu de consultations de pédopsychiatrie motivées avant tout par des difficultés d'apprentissage auxquelles la dermatite semblait souvent s'intriquer. En fait, ces enfants qui, sans présenter de déficience mentale, souffrent de troubles d'apprentissage, de dysharmonies d'évolution, sont légion et la réalité quotidienne d'une consultation de pédopsychiatrie ambulatoire. Or la littérature pédopsychiatrique sur ce sujet est très éparse, discrète et comme en proportion strictement inverse à celle qui concerne la psychose infantile, objet d'une littérature d'autant plus abondante que ce type d'enfants se rencontre, heureusement, assez rarement. Paradoxe accentué par le fait que ces troubles d'apprentissage ne sont que rarement compris et théorisés en tant que tels, pour être le plus souvent rattachés aux catégories habituelles de la nosographie pédopsychiatrique, à savoir la psychose, la névrose ou les perversions ; tout se passe donc comme si la pédopsychiatrie ne pouvait intégrer dans son cadre conceptuel habituel les difficultés de constitution de l'appareil à penser, dont on peut raisonnablement estimer que l'enfance représente pourtant un des moments essentiels de création. C'est dire que cette difficulté de penser conjointement le développement cognitif et les aléas du développement affectif rend difficile l'abord thérapeutique de ces enfants, ce qui aggrave d'autant leur pronostic.

Mon premier domaine de recherche fut et reste encore aujourd'hui celui de ces troubles que l'on dit instrumentaux. C'est à l'occasion de mes premières réflexions sur ce sujet que j'ai découvert la richesse et la précision des conceptions de Sami-Ali. Cette pensée, pour moi, s'est révélée de plus en plus féconde et irremplaçable dans la compréhension non seulement de ce type d'enfants mais aussi de l'ensemble de la psychopathologie elle-même. Ces troubles instrumentaux nous confrontent en effet à une grande complexité étio-pathogénique étant donné qu'il ne peut être question *a priori* de ne tenir compte ni de la situation neurologique de l'enfant, ni de son contexte familial culturel, économique ou social ; cette caractéristique doit nous conduire à nous interroger sur les concepts que nous utilisons : c'est à ce niveau que la pensée de Sami-Ali s'est révélée précieuse.

En réduisant mon étude à la seule dermatite atopique j'ai en fait tenté d'isoler, de façon d'ailleurs assez arbitraire, une réalité clinique en espérant limiter le nombre de variables envisageables et permettre

une recherche aussi précise que possible de ses déterminismes. Au terme de ce travail, comme on le verra, je ne sais si ce que j'ai mis en évidence est spécifique de la dermatite atopique : si on admet que j'ai mis en évidence un certain nombre de traits psychiques chez les enfants eczémateux, il est impossible de dire s'ils ne peuvent être retrouvés dans d'autres affections, mais aussi de préciser le lien qui existe entre ces caractéristiques et la pathogénie voire l'étiologie de l'eczéma ou encore les rapports qu'il conviendrait d'établir entre dermatite atopique et troubles instrumentaux. Mon seul objectif était de vérifier si une approche psychosomatique de la dermatite atopique était justifiée et de poser un certain nombre de repères épistémologiques et méthodologiques qui permettraient de construire une clinique et une approche thérapeutique de ces troubles qui soient, si possible, falsifiables : au delà des mots et des hypothèses théoriques, j'ai tenté de confronter les paradigmes de la psychanalyse à la réalité du « corporel ».

Au niveau théorique aussi, les approches « psychosomatiques » psychanalytiques de l'eczéma laissaient en suspens bien des questions. Tous les écrits semblent tôt ou tard revenir à une conception de la dermatite atopique qui en fait quasi « naturellement » une affection cutanée tout en glissant le long d'une équation analogique qui fait équivaloir caresse cutanée à satisfaction libidinale et la pathologie à une inversion de cette satisfaction par carence et dépression maternelle ou par agressivité/grattage, explications d'ailleurs le plus souvent conjointes. Outre le fait que ces explications cutanées ne m'aidaient guère à comprendre le lien qui pouvait exister entre eczéma et troubles instrumentaux qui, eux, concernent l'ensemble du corps, mes premières lectures sur les conceptions médicales de la dermatite atopique m'ont rapidement fait comprendre que, sur un plan physiologique, le rôle étio/pathogénique de la peau dans cette affection était lui aussi énigmatique. Le caractère purement analogique de cette conception « psychosomatique » de l'importance de la peau dans l'eczéma du jeune enfant devenait ainsi évident : il devait être la conséquence de présupposés théoriques qu'il fallait mettre en évidence.

Il est clair que si une même hypothèse, après bien des détours et des recherches parfois assez éloignées les unes des autres, aboutit systématiquement à refaire surface, c'est qu'elle doit être inscrite dans les apories de base de la théorie utilisée ; nous n'apprenons, en effet, jamais rien de l'expérience, sinon grâce à quelques présupposés qui organisent nos observations dont la « neutralité » ne peut dès lors plus être assurée que par l'interrogation sans cesse reprise de cette axiomatique de base. Ajoutons aussi que le rôle supposé d'une dépression maternelle comme étiologie d'une psychopathologie infantile est telle-

ment étendu qu'il n'explique plus rien : à force d'expliquer aussi bien les troubles psychosomatiques que la toxicomanie, les troubles instrumentaux, l'autisme, la psychose ou encore les diverses formes d'anorexie, on se retrouve avec une explication étiopathogénique qui ne rend plus compte de la spécificité particulière de ces différents troubles puisqu'il reste alors à déterminer les chemins particuliers qui amènent tel ou tel enfant à telle ou telle forme de pathologie ; si du moins on cherche à établir une théorie qui donne le maximum de chances à l'abord thérapeutique. Je ne dis donc pas que cette dépression n'existe pas, mais que, d'une part, elle est bien difficile à distinguer d'une dépression quasi « physiologique » qu'on observe chez la plupart des mamans et que, de plus, cette hypothèse se révèle trop générale pour être utile à l'approche thérapeutique.

En résumé, on pourrait dire que j'ai tenté de répondre, en partie du moins, à la question suivante : si on admet que la dermatite atopique est une affection psychosomatique, comment un trouble psychique, dont la nature reste à préciser ainsi que le lien qui le relie à celui des parents, atteint un enfant dès l'âge de trois mois, âge où la dermatite atopique se manifeste fréquemment ? Il me fallait non seulement réinterroger les paradigmes de la pensée psychosomatique, mais en même temps affiner mes questions à partir de la clinique. À côté d'une recherche clinique, j'ai donc poursuivi une recherche de nature plus épistémologique sur la manière dont à la fois la médecine et la psychanalyse pensent le corps, démarche qui figure dans les premiers chapitres de cet ouvrage et qui n'est dissociée de la partie clinique que pour des raisons de commodité de l'exposé car dans ma recherche elles ont été et restent profondément indissociables : ce qui compte le plus en recherche et ce qui la détermine de part en part, c'est la manière dont on pose les questions ; c'est en tout cas la position minimale de base qui permet de sortir d'une conception empiriste de l'activité scientifique.

Ce travail a fait l'objet d'une thèse soutenue en janvier 1992 à l'université Paris 7 dont ce livre constitue une sorte de retranscription. Outre le fait que ce travail m'a fourni l'occasion du plaisir de tenter un rapprochement entre mes deux formations de base, la psychanalyse et la médecine, j'espère qu'il ne sera qu'un premier pas dans un univers qui à mon sens reste totalement à explorer : celui des rapports entre le corps et le fonctionnement mental ; cela implique la mise au point de méthodologies de recherche qui respectent la complexité des phénomènes étudiés, raison pour laquelle j'ai moi-même utilisé une méthodologie complexe faite d'une association entre recherche clinique, observation directe et recherche statistique. Une de mes plus grandes joies dans ce travail fut de constater combien cette combinaison métho-

dologique se révèle riche car elle interdit tout repli simplificateur sur des interprétations présupposées à l'avance, ce qui, à mon sens, constitue le principal écueil de la recherche psychosomatique. En effet, nos angoisses et nos fantasmes peuvent habiter l'ensemble de notre corps et s'y déplacer au point que nous croyons parfois trop facilement connaître toutes nos réalités corporelles ; mécanisme de défense d'autant moins évitable que notre pouvoir imaginaire sur le corps se trouve cruellement remis en cause par la maladie, qu'on soit patient, médecin ou spectateur. Cet ouvrage tente de restituer la richesse et le plaisir que j'ai rencontrés à interroger non seulement la clinique, mais aussi les concepts que nous utilisons pour penser le corps et rendre compte de ses multiples facettes et implications relationnelles : la critique conceptuelle se veut ici gage et condition d'une progression dans la recherche des réalités cliniques et thérapeutiques auxquelles nous sommes confrontés.

---

**1**

PENSER LA RELATION  
CORPS PSYCHÉ

## L'ECZÉMA EST-IL UNE AFFECTION CUTANÉE ?

1

### LES ALLERGIES

Le concept d'allergie tel qu'il est actuellement entendu tente de regrouper un certain nombre de situations cliniques où la rencontre d'un individu avec certains antigènes provoquent une réaction immunologique anormale et excessive en raison surtout de l'importance des phénomènes vasomoteurs<sup>1</sup>. On espérait, ainsi, regrouper sous une même pathogénie toute une série de manifestations cliniques telles que l'asthme, le rhume des foins, l'œdème de Quincke, l'eczéma et l'urticaire, affections désormais considérées comme autant de manifestations d'un même déséquilibre immunologique distribué sur l'ensemble du corps et, donc, capable de se manifester dans les diffé-

1. Le terme d'allergie existe depuis les débuts de l'immunologie : il signifiait alors toute réaction anormale vis-à-vis d'un antigène et courait ainsi le risque d'un usage abusif au point de pouvoir être identifié à toute forme possible d'immunopathologie. Son usage tend, aujourd'hui, à disparaître dans les milieux médicaux où on lui préfère le terme d'hypersensibilité immédiate. Bien que, dès 1921, des expériences de Prausnitz aient tenté de réduire le terme d'allergie à celui d'hypersensibilité immédiate, il faudra attendre les années soixante et l'identification des immunoglobulines pour que le concept d'allergie devienne le concept pathogénique tel que nous le connaissons aujourd'hui. C'est sous le synonyme d'hypersensibilité immédiate que le terme d'allergie est aujourd'hui passé dans le vocabulaire courant. Il est censé représenter un ensemble symptomatologique finalement moins précis qu'il n'y paraît à première vue, d'où la nécessité dans ce premier temps de tenter d'en décrire la portée réelle.



rentes parties de celui-ci, ce qui a justifié la création du terme d'*atopie*. Selon les artisans de cette perspective (Ellis E., 1987) l'*atopie* serait une anomalie constitutionnelle qui possède les caractéristiques suivantes :

1. caractère héréditaire,
2. éosinophilie sanguine,
3. hypersécrétion d'immunoglobulines de type Ig.E,
4. réactivité anormale des bronches et de la peau.

Les allergies constituent des affections importantes sur un plan épidémiologique puisqu'on estime qu'environ 10 % de la population occidentale en sont atteints. Si on veut bien considérer que 35 millions d'Américains (Salvaggio J.E., 1985) en souffrent, on conçoit combien ces affections peuvent poser problème au niveau de la santé publique. Il est important de noter que, sur un plan nosographique, le concept d'*atopie* propose une classification des affections qui repose sur la pathogénie et non sur la phénoménologie clinique : au-delà des variations symptomatiques propres à chaque organe et individu, les diverses manifestations « allergiques » sont le résultat d'un enchaînement de réactions chimiques dues à la surproduction de certaines protéines plasmatiques, les immunoglobulines de type Ig.E. Ces anticorps associés à l'allergène (les antigènes impliqués dans la réaction allergique) provoquent une dégranulation de deux types particuliers de cellules immunitaires : les mastocytes et les basophiles. Cette dégranulation s'accompagne de la libération de produits chimiques (tels que l'histamine, par exemple) responsables d'une vasodilatation locale importante qui, en dernier ressort, serait la cause principale des manifestations cliniques de l'allergie : œdème et exsudation. Une chaîne de réactions chimiques devient le principe unificateur d'un ensemble de pathologies jusque là dissociées. Il importe, comme on le verra par la suite, à l'aube d'une recherche en psychosomatique, de distinguer ces différents niveaux de la pensée médicale : la phénoménologie clinique ou symptomatologie, la pathogénie ou mode de production de cette symptomatologie, et l'étiologie qui, elle, concerne la recherche des causes d'une affection. On note d'emblée que ce concept d'*atopie* renferme quelques imprécisions : la référence faite au caractère héréditaire de l'affection donne à la définition un parfum d'étiologie qu'on distingue mal, dès lors, de la pathogénie, sans pour autant qu'on puisse préciser les mécanismes de l'héritage ; les traités médicaux parlent alors pudiquement d'affection à caractère « familial ».

De plus, ce concept d'allergie n'explique pas tout. Si, en cas d'allergie clinique, l'excès d'Ig.E est de règle, son rôle pathogénique reste à

préciser car on peut observer un excès d'Ig.E chez 20 % de la population normale, sans manifestation allergique. De plus le décours temporel de ces affections est extrêmement fluctuant et plusieurs manifestations allergiques peuvent ou non apparaître chez un même individu à des moments différents ou simultanément, ce qui en rend le pronostic malaisé. Cette hypothèse n'explique pas non plus le passage de ces différentes manifestations d'un organe à l'autre. C'est ainsi qu'un doute sur l'importance pathogénique des Ig.E conduit certains auteurs à parler, aujourd'hui, de l'existence en fait d'un « sujet allergique » dont la réactivité serait exagérée, ce qui se traduirait, entre autres choses, par une surproduction d'Ig.E qui ne serait plus strictement cause mais conséquence, au même titre que d'autres manifestations, d'un mode particulier de relation à l'environnement. Cette définition, qui met plus l'accent sur une disposition générale du sujet que sur son seul équilibre immunologique, laisse la porte ouverte à bien des questions. Même si le rôle joué par les Ig.E est indéniable dans la pathogénie de l'allergie, on ne sait si ce qui compte vraiment au plan étiologique est leur surproduction, ou une sensibilité exagérée à leur action, qui est déterminante, ni dans quelle mesure toutes ces hypothèses relient de la génétique ou des conditions dans lesquelles s'est effectuée l'indivuation immunologique, c'est-à-dire dans quelles conditions d'environnement antigénique l'individu a pu sélectionner ses propres antigènes pour les distinguer de ceux étrangers à sa propre constitution.

## CLINIQUE DE LA DERMATITE ATOPIQUE

Les manifestations allergiques sont donc extrêmement variables en ce qui concerne leur gravité, d'un patient à l'autre, mais aussi chez un même patient à des moments différents de son histoire. C'est pourquoi, pour des raisons de méthodologie, j'ai choisi de limiter mon étude à la question de la dermatite atopique sans préjuger de l'unicité réelle de cette entité nosologique ni de la spécificité éventuelle des manifestations morbides mises en évidence par ma recherche. Devant la multiplicité des tableaux cliniques, des déterminants possibles et de leurs évolutions respectives, il s'est agi, pour moi, de limiter le nombre des variables possibles et de choisir un ensemble de manifestations cliniques sur lequel il serait possible d'appliquer un certain nombre d'outils d'analyse. Le choix de la dermatite atopique résulte à la fois de ma volonté de délimiter un champ le plus précis possible d'investigation, mais aussi de la fréquence très importante de cette

affection chez l'enfant. On estime que 0,7% de l'ensemble de la population présente des manifestations de dermatite atopique suffisamment sévères pour consulter (Johnson M-L., 1985). Fréquence plus grande encore en pédiatrie où on estime que 2,4 % de l'ensemble des enfants en sont atteints (Fitzpatrick *et al.*, 1987).

### Définition

La dermatite atopique est une maladie inflammatoire, chronique et récidivante de la peau. Elle se développe le plus souvent au cours de la petite enfance, l'enfance et l'adolescence. Cette affection est fréquemment associée à une augmentation du taux sérique des Ig E et à une histoire personnelle ou familiale de dermatite atopique, d'asthme et de rhinite allergique, chacune de ces maladies étant représentée en quantité et intensité très variable, par ailleurs.

### Manifestations

Il s'agit d'une épidermodermite prurigineuse, apparaissant en nappes ou en placards, très récidivante, caractérisée par une rougeur inflammatoire à bords généralement mal délimités sur laquelle l'épiderme est vésiculeux, croûteux ou en desquamation. Au plan histologique, cette maladie se caractérise par la présence d'un œdème intercellulaire plus ou moins prononcé. Au niveau macroscopique, elle associe ainsi, de façon préférentielle, trois symptômes : le prurit, l'érythème et la vésiculation de la peau.

Les vésicules peuvent sécher, sur place, sans s'ouvrir (eczéma sec), ou donner lieu à une phase suintante où les vésicules, en grand nombre, se rompent et donnent lieu à un écoulement clair incessant. Parfois l'épiderme peut apparaître comme lisse et vernissé, par diminution de son épaisseur, ou, tout au contraire, s'épaissir considérablement, ce qui, en ce cas, conduit soit à des phénomènes de desquamation accentuée soit à une lichénification de l'épiderme qui devient grisâtre et quadrillé, comme en « écailles de poisson » (ichtyose). Ajoutons encore que chacune de ces phases peut se surinfecter et que, de plus, les patients atteints de dermatite atopique semblent plus sensibles aux infections cutanées ; toutes choses qui donnent une idée de l'ampleur de la variété des manifestations cliniques possibles de la dermatite atopique, puisque chacune de ces variations reste possible à un moment ou à un autre de la maladie. Même si une certaine régularité se manifeste chez tel ou tel malade, la dermatite atopique est une

maladie extrêmement variable quant à ses manifestations cliniques, que ce soit pour un même patient ou, *a fortiori*, en ce qui concerne les différentes personnes atteintes par cette affection.

### Évolution temporelle

De plus, la dermatite atopique évolue par phases successives et peut prendre soit un aspect aigu et récidivant, soit un aspect subaigu (des accentuations se développant sur un fond toujours perturbé), soit un aspect franchement chronique. Pour 60 % des patients, la maladie se développe durant la première année de la vie, pour 30 % entre 1 et 5 ans ; restent donc 10 % qui font mentir cette règle, assez fondamentale pourtant dans la recherche et la définition de la dermatite atopique, qui veut que cette maladie se développe dès le plus jeune âge (Soter N., Fitzpatrick T., 1987). Toutes choses qui tendent à rendre peu précis les contours cliniques de cette affection.

Quand, à cela, s'ajoute le fait que cette dermatite atteint surtout le visage du nourrisson, mais que sa localisation est flexurale chez l'enfant et que, chez l'adulte, elle se localise surtout aux mains, on comprendra toute la difficulté qu'il y a à poser ce diagnostic puisque toutes ces règles ne sont que des indicateurs de fréquence et non des critères descriptifs, stricts et décisifs dans l'attribution, à une symptomatologie donnée, du diagnostic de dermatite atopique. Rien n'empêche qu'à tout moment le décours habituel de cette affection puisse se modifier, qu'elle se généralise à l'ensemble du corps ou se limite aux zones qui viennent d'être citées.

On pourrait dire, au terme de cette description clinique, que le domaine d'application du concept de dermatite atopique est assez large et ses limites peu précises, ce qui conduit à penser que seule la manifestation de plusieurs de ces signes et leur association peut conduire à poser, de façon correcte, ce diagnostic de dermatite atopique.

### Associations

Il est assez caractéristique de constater que 31% des patients souffrant de dermatite ont une histoire personnelle d'asthme ou de rhinite allergique, et 62 % (soit les deux tiers) des antécédents familiaux dans ces deux affections. Seuls 21 % des patients n'ont pas d'antécédents, ni personnels, ni familiaux, d'asthme ou de rhinite allergique. L'association de dermatite à de l'asthme ou de la rhinite devient ainsi un des bons critères de diagnostic de la dermatite atopique.

## Diagnostic différentiel

La dermatite atopique doit avant tout être distinguée de la dermatite de contact. Ces deux affections se distinguent par leur localisation et les mécanismes immunitaires en jeu. Dans le cas de la dermatite de contact, l'hypersensibilité est à médiation cellulaire (dite encore retardée) et la lésion se développe à un endroit précis du corps qui a été en contact avec un agent chimique précis qui a joué le rôle d'allergène. Dans la dermatite atopique, le déséquilibre porte sur l'immunité humorale, immédiate.

La dermatite atopique doit aussi être distinguée de ce phénomène encore largement « mystérieux » (Bach J-F, 1986), de la photosensibilisation qui se produit en fonction de l'exposition au soleil et à la lumière et qui s'associe, ou non, à la présence d'un allergène local. Ici c'est essentiellement les circonstances d'apparition de la dermatite qui permettent le diagnostic différentiel.

## DE L'ECZÉMA À L'ATOPIE

Montrer les raisons du passage à la notion de dermatite atopique partir de ce qu'on qualifiait, autrefois, d'eczéma nous place d'emblée face à des problèmes épistémologiques qui sont ceux de la médecine actuelle ; questions qui touchent à la manière dont la médecine définit et classe les affections, sa nosographie. Parler d'eczéma ou de dermatite atopique relève d'un choix que l'on fait entre diverses options sur les mécanismes, la nature et les causes de l'affection ; c'est pourquoin me semble utile de tenter de cerner, en quelques traits, certains de moments essentiels de l'évolution des conceptions que l'on s'est données de cette maladie. Cette mise en perspective a, tout d'abord, une valeur heuristique, puisque se situer dans une approche psychosomatique, c'est regarder d'une façon particulière le champ de l'épistémologie médicale.

Dans leur *Précis* de 1965, Degos et Lortat-Jacob (Degos R., Lortat-Jacob E., 1965) font appartenir l'eczéma du nourrisson à l'ensemble plus général, de la maladie eczémateuse qui, elle-même, est classée dans le groupe des affections provoquant l'apparition de vésicules. Les autres « dermatoses vésiculées » sont l'herpès, le zona, la varicelle, les miliaires, et les affections de la peau d'origine fongique. Tout au long de leur description de l'eczéma, les auteurs insistent pour dire : « Les notions récentes de l'allergie ne peuvent expliquer, jusqu'

présent l'étiologie de tous les eczémas. [...] Il nous semble difficile de ne pas admettre l'existence d'un eczéma constitutionnel lié à une diathèse souvent familiale précédant par poussées depuis le plus jeune âge ou se révélant plus tardivement » (p. 138).

Ils poursuivent leur description en indiquant combien la pathogénie de cette affection leur paraît multiple. Ils récusent ainsi la distinction entre un eczéma constitutionnel et celui qui serait dû à des agents externes. Ils insistent pour montrer qu'il existe souvent un terrain prédisposant et que la plupart du temps « l'eczéma-maladie » est déclenché par des facteurs externes : à leurs yeux, donc, les deux facteurs, terrain et « réactogène », sont essentiels pour comprendre et soigner cette affection : c'est pourquoi ils utilisent le vieux terme de « diathèse » qui désigne l'ensemble des manifestations morbides relevant chez une même personne d'une cause générale unique. L'eczéma ferait partie de la diathèse « neuro-arthritique » (*op. cit.* p. 130). Ils nous rappellent que, si l'eczéma du nourrisson se développe sur un terrain familial, héréditaire, il convient de tenir compte des multiples facteurs qui interviennent dans la pathogénie de cette affection : au-delà des facteurs héréditaires il faudrait tenir compte de facteurs endocriniens, intestinaux, métaboliques et émotionnels pour expliquer les diverses manifestations et l'évolution peu prévisible de cette affection. Le diagnostic et la nosographie restent, ici, manifestement du côté de la pathométiologie clinique ; l'eczéma est une affection cutanée aux origines multiples certes, mais que, en raison des incertitudes quant à son étiopathogénie, renforcées par l'impression générale d'une réactivité exacerbée de la peau, il convient de garder dans une nosographie organisée par la pathométiologie clinique. Cette réactivité particulière, évoquée des cette époque et qui réapparaît aujourd'hui sous les termes de « sujet allergique », donnait lieu, par exemple, à la recherche et à l'estimation de l'importance du dermatographisme comme procédure d'évaluation et de pronostic. L'eczéma, dans cette perspective, était de plein droit, une affection cutanée.

Cette perspective est à l'opposé de ce qui a conduit, grâce à la notion d'allergie, à un regroupement pathogénique d'affections atteignant des organes très différents où le terme d'eczéma s'est vu supplanté par celui de dermatite atopique. L'eczéma y devient la manifestation cutanée d'un déséquilibre immunologique généralisé. L'eczéma cesse d'être une affection de la peau pour devenir la manifestation cutanée d'un désordre immunologique global. Si par ce biais on pense pouvoir résoudre la pathogénie de ces affections, on laisse cependant sans réponse la question de la localisation particulière de ces affections à un organe particulier mais aussi le passage de ces manifestations d'un organe à l'autre chez le même individu. Si à tout cela on ajoute que des

individus incapables, pour des raisons génétiques, de sécréter des IgE sont parfaitement capables de souffrir d'une dermatite atopique tout à fait typique et que, de plus, le taux sanguin d'IgE n'est pas un facteur de pronostic, on comprend pourquoi la question de savoir si l'eczéma est ou non une affection cutanée reste ouverte. Ce regroupement de l'eczéma dans le concept d'allergie, qui a justifié le changement de son appellation, laisse en suspens autant de difficultés qu'il n'en a résolues. Si l'allergie peut fournir un modèle utile sur un plan purement pathogénique, celui-ci laisse entier le problème de la réactivité particulière de la peau de ces sujets et la succession et la diversification temporelle de ces manifestations chez un même sujet. Le problème de l'étiologie aussi, reste entier, car on se demande encore aujourd'hui si l'allergie est la cause réelle de ce trouble cutané ou si elle est, elle-même, la conséquence d'une réactivité particulière de la peau dont l'eczéma serait une autre conséquence : il existerait, en ce cas, un rapport de contiguïté entre la dermatite et l'allergie, qui évoluerait suivant des lignes parallèles mais non strictement contingentes.

Ce sont sans doute ces ambiguïtés qui ont conduit certains auteurs à classer l'eczéma comme une des formes de pathologie de la peau survenant dans le cadre des désordres de sa réactivité (Soter N., Fitzpatrick T., 1987), ensemble pathologique qu'ils nomment les dermatites eczémateuses. Cette classification, qui a le mérite de maintenir intacte la complexité des phénomènes, réintroduit le terme d'eczéma attribué à toutes les affections caractérisées par la présence d'un œdème intercellulaire (on a même proposé, à un moment donné, de classer ces affections sous le vocable de dermatites spongieuses). Le diagnostic redvient non seulement histologique et local mais aussi clinique plutôt qu'étiologique ou pathogénique. On le voit, classer la dermatite atopique et la définir comme entité nosographique n'est pas chose aisée.

Au terme de cette brève revue de l'évolution du concept d'eczéma on pourrait dire que la dermatite atopique est phénoménologiquement une affection cutanée qui possède des implications « généralisées » à l'ensemble du corps ; la question de savoir si elle doit être considérée comme une affection cutanée, reste entière. Quel rôle joue la peau dans l'étiopathogénie de cette maladie ? La peau n'est-elle que le siège transitoire d'un déséquilibre généralisé ? En ce cas, la peau ne serait que le réceptacle passif d'un désordre plus vaste, de type allergique, par exemple. Ou bien cet organe joue-t-il un rôle essentiel dans le déclenchement de cette affection ? En ce cas, la dermatite atopique serait bel et bien une affection cutanée, voire même le déclencheur d'une série de réactions en chaîne à l'origine de la pathologie allergique et cutanée dans une association où le lien éventuel de causalité

reste à préciser : l'allergie pourrait ne pas être la cause de l'eczéma, mais simplement la conséquence d'un autre trouble de « régulation de la réactivité » au même titre que l'eczéma. Cette question de la nature « cutanée » de l'eczéma indique combien la phénoménologie clinique ne permet pas de donner cohérence à la nosographie médicale.

La peau est, en effet, une zone de rencontre privilégiée entre les antigènes et le système immunitaire. On sait que le mode d'introductions d'un antigène, son association à d'autres substances, peut favoriser la sécrétion de certaines immunoglobulines plutôt que d'autres. Cette régulation est assurée à un niveau cellulaire grâce aux interactions des cellules entre elles. Il s'agit là du réglage fin (qui est spécifique des antigènes rencontrés) et local (propre aux tissus dans lesquels le système immunitaire a été stimulé). On sait aussi que la réactivité du système immunitaire dépend de l'équilibre physiologique général de l'organisme : le système nerveux et hormonal exerce une influence décisive sur les potentialités de notre réponse immunologique. Les systèmes nerveux et immunitaire possèdent un bon nombre de médiateurs chimiques en commun : les messagers immunologiques sont également des substances neurotropes — qu'il suffise de citer, à titre d'exemple, le cas de l'histamine. Cette coordination peut se faire soit directement par le canal de l'innervation du tissu immunologique, soit par sécrétion hormonale, à partir de l'axe hypothalamo-hypophysaire. À leur tour, les sécrétions « hormonales » immunitaires peuvent influencer le fonctionnement cérébral, ce qui explique, par exemple, la somnolence en cas de fièvre. Il existe donc entre les deux systèmes une régulation réciproque, qui peut être considérée comme non spécifique et non locale.

Il se pourrait dès lors que le trouble fondamental de l'eczéma ou de l'asthme affecte, surtout, les qualités de la barrière entre l'intérieur du corps et l'extérieur de celui-ci, en fonction de qualités particulières des muqueuses et des surfaces de contact, elles-mêmes sous le contrôle potentiel de l'état neuro-hormonal, émotionnel. Cette conception d'une réactivité anormale de la peau et des bronches à des irritants mécaniques, chimiques ou pharmacologiques pourrait expliquer la modifications de sécrétion des immunoglobulines présentes dans la peau et les muqueuses ; dans ce cadre on pourrait intégrer l'hypothèse de certains auteurs pour qui l'allergie serait due à un trouble de la sécrétion des IgA dans les premiers mois de la vie.

Ces difficultés mettent en évidence des problèmes épistémologiques que la médecine va devoir affronter tôt ou tard : comment penser les maladies et les classer? Comme je le montrerai dans le prochain chapitre à propos du stress, à l'heure où la pensée de type cybernétique s'est développée et nous invite à penser en terme de globalité d'un fonctionnement, la théorie médicale reste étrangement figée dans un découpage de la réalité corporelle qui est plus proche de la planche anatomique que de l'élaboration d'un modèle dynamique qui tiennent compte de la multiplicité des régulations, dont on connaît pourtant toute l'importance en physiologie. Comment, à l'avenir, la médecine pourra-t-elle classer les affections : suivant la symptomatologie, l'étiologie ou la pathogénie ? Et quels pourraient être les avantages et inconvénients de chacun de ces choix ? Il y a place pour un débat qui semble bizarrement rester en suspens dans le monde médical.

Ainsi les traités d'immunologie ne consacrent-ils aucun chapitre particulier aux relations entre le système immunitaire et les autres fonctions corporelles ; bien qu'il soit dispersé sur l'ensemble du corps et assure une fonction essentielle de coordination entre les différents organes, c'est son fonctionnement, seul, qui est étudié. À l'image de ce qui se passe dans tous les traités de médecine, aucun chapitre n'est consacré aux relations entre le système considéré et le reste des fonctions ou organes : la pensée cybernétique, pourtant mise au premier plan à tout moment, apparaît plus comme un slogan que comme le point de départ d'une modification des modes de penser la maladie. La pensée médicale semble toujours s'organiser à partir d'une division du corps en ses divers organes plutôt que privilégier les fonctions biologiques : c'est ainsi que le système immunitaire est assimilé à un organe particulier dont on pourrait, en toute légitimité, étudier l'organisation et le fonctionnement propre, bien qu'anatomiquement il ne soit pas isolable ; il possède bien entendu certaines structures identifiées au plan histologique, qui lui sont propres, mais ces organisations sont dispersées sur l'ensemble du corps et ce système partage avec d'autres des lieux anatomiques qui leur sont communs : comment pourrait-on distinguer système sanguin et immunitaire ? On pourrait développer une approche du corps et de ses affections à partir des fonctions biologiques plutôt que des organes et de leur découpage anatomique ; mais cette proposition conduit, d'emblée, à de sérieux problèmes épistémologiques qu'elle aurait cependant l'avantage de poser clairement : quel découpage est-il légitime d'effectuer et quelle place accorde-t-on aux relations entre les diverses fonctions isolées et les divers organes concernés par une même fonction ?

Il est clair que tout découpage est artificiel et consécuteur à la limite de nos capacités d'études ; alors que l'anatomie peut nous donner l'illusion fallacieuse d'une légitimité visuelle, la définition purement expérimentale d'un découpage particulier de la réalité corporelle aurait l'avantage de rappeler non seulement que toute forme de séparation est arbitraire mais aussi qu'elle risque par là même d'être source d'erreur. De plus, cette tendance à limiter et à décrire fonctions et maladies à partir de la structure anatomique constitue une vieille tradition médicale sur l'importance de laquelle nous aurons à revenir : notons ici simplement que le choix de ce type de démarche vise sans doute à perpétuer une méthodologie de travail qui a su se montrer efficace et qui jouit d'une notoriété qui lui est, d'ailleurs, difficilement contestable. Mais de plus, ce choix épistémologique est associé à une structuration et un mode de production des biens et du « savoir » médicaux particuliers qui ne sont pas sans importance sur la possibilité dont pourrait disposer la médecine actuelle pour transformer et sa pratique et sa théorie. Pour le dire brièvement, il n'y a pas que les livres de médecine à être divisés par organes : les hôpitaux et les rapports de pouvoir qu'ils sécrètent le sont tout autant. L'épistémologie médicale n'est pas indépendante de la pratique médicale, ni de son mode de production, ni de ses rapports de pouvoirs et des ritualisations que ceux-ci entraînent dans les relations qui existent entre les médecins et entre les médecins et leurs patients.

Classer la dermatite atopique dans les affections cutanées aurait, ainsi, peut-être l'avantage de maintenir ouverte la question des rapports entre la peau et le développement de l'identité immunologique a, de chacun de nous ; la classer comme trouble immunologique a, incontestablement, l'avantage de fournir une pathogénie et donc aussi un mode de traitement, certes symptomatique (car seule la mise en évidence d'une étiologie précise pourrait fournir l'occasion d'un traitement de fond) mais qui pourra se révéler rapidement efficace. Or jusqu'à présent cette étiologie nous manque, et, une fois encore, on ne peut séparer pratique médicale, nosographie et épistémologie : il n'est pas impossible que certaines formes de rapports de pouvoirs entre les patients et leurs médecins, associées à certains rituels, parfois, de soumission de ceux-ci à l'industrie du médicament, conduisent l'épistémologie médicale à privilégier la pathogénie.

On voit que l'épistémologie médicale est loin d'être univoque et la dermatite atopique lui pose bien des difficultés. Cliniquement, on constate que cette affection possède une capacité de transmission et qu'elle s'associe à d'autres manifestations pour lesquelles l'hypersensibilité immédiate (l'allergie) joue un rôle incontestable et en proportion différente de ce qui se passe pour la dermatite. À cela s'ajoute le

fait que la peau de ces patients semble présenter une réactivité anormale. Tout ceci posé, la description de cette maladie doit encore préciser que son évolution est imprévisible et en ce qui concerne son propre déroulement temporel, et quant à son association en qualité et quantité variables aux autres affections de ce groupe. L'épistémologie médicale se confronte ici à la complexité, c'est-à-dire à la multiplicité des facteurs étiopathogéniques, à la non-linéarité des décaissements temporels, à une hérédité qui ne se laisse pas saisir par les lois de Mendel et à une association de manifestations dont on peut à grand-peine tenter de construire le lien « anatomique » qui les unit : à elle seule, l'anatomopathologie ne peut expliquer la transformation d'une dermatite atopique en asthme, même si elle permet, par la présence d'infiltrats typiques, d'en expliquer la pathogénie : l'anatomo-pathologie restait impuissante à penser le changement d'organe. Pour tenter de faire face à ces interrogations, la pensée médicale devrait sans doute maintenir ouverte cette question de la complexité et, dans ce cas, la description et la nosographie pourraient rester purement symptomatiques sans aucun présupposé pathogénique ou étiologique, ce qui aurait l'avantage de maintenir des questions ouvertes.

C'est pourquoi il semble indispensable de s'interroger plus longuement sur cette épistémologie, ce qui pourra, peut-être, nous permettre de comprendre comment et pourquoi il lui est difficile d'intégrer une perspective « psychosomatique ». Nous le ferons à partir des conceptions actuelles de la neurobiologie, ce qui nous conduira, quasi naturellement, aux hypothèses psychosomatiques.

## 2

### POUR QUE LA MÉDECINE INTÈGRE L'HISTOIRE

#### LE STRESS ET L'HISTOIRE

Le destin et l'utilisation actuelle du terme de stress, si souvent tenu pour synonyme à l'abus dans le champ de la psychosomatique, illustrent ces difficultés de l'épistémologie médicale. Avec la création de ce concept, on pensait pouvoir établir une corrélation entre un état sub-jectif de tension et des modifications physiologiques transitoires mais propres à expliquer à long terme et en cas de répétition l'apparition de modifications durables du fonctionnement corporel : physiopathologies connexes et voies d'entrées à de véritables affections somatiques. Mais depuis les découvertes et recherches initiales de Selye et Cannon, les transmetteurs se sont multipliés et leurs relations complexifiées. On est loin actuellement des espoirs d'une conception « unitaire » des rapports du corps et de l'esprit, de l'espoir de pouvoir relier somatisation, déterminants externes et internes, autour d'un concept simple dans une logique toute linéaire. Il est devenu nécessaire aujourd'hui de postuler l'existence de plusieurs modules, ou modes, réactionnels par rapport à un stimulus extérieur pour expliquer les différences de réaction et de nocivité potentielle du stress. Il faut, donc, s'intéresser au mécanisme interne pour établir la nocivité potentielle d'une situation de stress.

Un auteur comme Dantzer (1989) par exemple, qui a consacré très récemment un ouvrage aux conceptions « biologisantes » des hypothèses psychosomatiques, montre qu'il faut expliquer les différences de nocivité en fonction des conditions hormonales : « Il existe un couplage étroit entre les divers modes d'activations hormonales et les stratégies comportementales élémentaires. L'adaptation aux agressions met en jeu différents modules organisant le comportement et permettant les ajustements physiologiques correspondants. Le module activé quand l'organisme ne peut se dérober à l'agression est différent de celui qui intervient lorsqu'il y a possibilité de prévision et par conséquent de préparation à l'action. On ne peut donc expliquer les modifications physiologiques et hormonales qui se produisent dans l'organisme sans s'occuper des stratégies adoptées face à la situation agressive, ce qu'on a appelé les stratégies d'ajustement, ce n'est qu'à cette condition que l'on réconciliera le psychique et le physiologique gardés trop longtemps séparés par les biologistes du stress » (p. 99).

On voit bien que le concept de stress à lui seul ne peut expliquer la pathologie : le caractère « stressant » d'une situation ne peut être défini entièrement de l'extérieur du sujet. De plus, le concept de stress reste fondamentalement une notion biologique qui ne donne pas accès au monde interne, ce qui en constitue une des difficultés fondamentales. La littérature médicale a vu fleurir ces dernières années les notions de eu- ou de dys-stress, ce qui montre bien qu'il est devenu difficile d'établir une correspondance étroite entre une situation supposée pathogène et la réaction de tel ou tel individu particulier. Il existe actuellement une sorte de paradoxe qui veut que plus la médecine va loin et affine ses conceptions physiologiques, moins son savoir devient représentable au sein d'une conception unitaire du fonctionnement physiologique, si du moins elle veut se tenir strictement à une épistémologie dominée par l'anatomique et le visuel. La médecine est confrontée à la complexité des réactions mises en jeu et ce ne sont pas des notions aussi vagues que celles de eu- ou de dys-stress qui permettent d'éclaircir la situation.

L'importance « stressante » d'un stimulus est liée non seulement à la qualité propre de celui-ci mais aussi à la capacité qu'aurait l'organisme soumis à ce stimulus d'y « faire face ». À moins de supposer que toute réaction possible de l'organisme soit totalement inscrite dans son patrimoine génétique, ce qui est contradictoire avec la capacité d'apprentissage, « faire face » fait appel nécessairement au passé du sujet d'expérience et à ses apprentissages antérieurs. Il faut dès lors s'attacher à la façon dont un individu gère une situation qu'il devient difficile de qualifier de « stressante » sans tenir compte de l'histoire de l'individu. S'il faut tenir compte de l'état du sujet face à la situation

stressante, comment pourra-t-on apprécier cet état de préparation d'un sujet ? C'est ainsi qu'on voit naître des concepts qui se situent de plus en plus à la limite du subjectif, telles que ces notions d'activation ou d'ajustement. À propos d'ajustement, on propose de parler de la possibilité ou non de contrôler son environnement comme facteur de stress ; mais comment peut-on juger de cette capacité sans chercher à connaître le monde interne des représentations que se donne un sujet à propos d'une situation déterminée, et ceci comme la conséquence directe de son histoire ? On voit pointer là les limites du concept de stress, qui ne permet pas l'accès à la subjectivité de l'individu. À tout moment, on sent pointer, derrière ce concept d'ajustement qui se voudrait purement externe, la question de l'histoire personnelle de chaque individu ; car c'est elle, en définitive, qui explique les différences de réactions au stress. Il est bien difficile, que ce soit pour des singes ou d'autres animaux, de penser que tous les individus puissent être identiques simplement parce qu'ils seraient objets d'expériences : cela relève plutôt d'une projection qui est en parfaite contradiction avec la théorie de l'évolution basée sur la diversité génétique et non sur l'existence d'une uniformité génétique. Le savoir darwinien n'est accessible que dans l'après-coup et pour des grandes populations d'individus. Comment la biologie pourrait-elle penser l'histoire d'un individu ? Et comment la médecine, qui comme pratique concerne le particulier, peut-elle généraliser son savoir, ou encore, quel peut être son rapport avec des théories générales telle que le néodarwinisme ?

Il est, désormais, inévitable qu'une théorie de la maladie prenne en considération les facteurs individuels et historiques propres à chacun d'entre nous. Au-delà des souhaits d'intégration des diverses disciplines telles que la psychologie, la sociologie et la neurobiologie, il faudrait dès lors définir de nouvelles méthodologies de travail et la médecine devrait accepter de s'éloigner d'une pensée causaliste linéaire, fortement accrochée aux acquis de l'anatomie, où voir équivalait à savoir. On ne peut séparer l'épistémologie de la méthodologie qui lui donne consistance et réalité. Il ne suffit pas de souhaiter un rapprochement entre diverses disciplines, encore faut-il tenter de voir en quoi chacune de ces approches sera alors contrainte de changer ses propres conceptions ; sans cela, toute approche de la complexité tend à se réduire à une hiérarchisation qui retourne aux présupposés de base : le génétique redevient la causalité « dure », le psychique l'étiologie « molle ». Ce retour au génétique n'est pas le résultat d'un hasard ; il permet à la médecine de conserver une épistémologie linéaire, simple, locale et visuelle où il n'est pas indispensable d'intégrer la question du temps. Suivons à nouveau la démarche de Dantzer : « Au début du

XIX<sup>e</sup> siècle avant l'identification du bacille de Koch, on considérait la tuberculose comme une maladie de la passion, une propagation de la consommation de l'esprit au corps. Elle touchait les artistes, les poètes, les personnes sensibles et romantiques » (p. 30).

Grâce à cet exemple, Dantzer montre le danger d'une compréhension psychosomatique de la maladie. « La valeur métaphorique de la tuberculose a disparu de l'imaginaire populaire non pas lors de l'identification de la cause de cette maladie mais seulement après la découverte des médicaments antituberculeux » (p. 34).

Il importe de suivre cette citation au plus près car elle est exemplaire de bien des ambiguïtés épistémologiques. La conception « populaire » et « non-scientifique » qui attribue l'origine de la maladie tuberculeuse à un certain groupe social et à un certain type de profession est ici considérée comme purement et simplement métaphorique ; le pur produit d'imaginaires abandonnés, en l'absence d'une juste raison scientifique, à l'auto-référence de leurs désirs. Il est hautement vraisemblable que la maladie tuberculeuse a été considérée comme l'effet en retour, voire la punition, de la vie « dissolue » que pouvaient mener les artistes, et nous pouvons suivre Dantzer lorsqu'il pointe cette valeur « métaphorique » ou imaginaire de la tuberculose. Mais cela ne suffit pas pour ignorer que l'apparition d'une maladie peut aussi être la conséquence de certains modes de vie et de certaines circonstances socio-économiques qui, elles, ne sont pas purement fantasmatiques.

Il est évident que l'interprétation de la plus grande fréquence éventuelle d'une affection dans un groupe social particulier peut trouver sa source dans l'imaginaire, fût-il « populaire » ; cela n'ôte pas à la médecine le devoir de vérifier ce que cette perception possède, peut-être, de vérité empirique ; à moins que la médecine ne tienne à ignorer, à tout jamais, la sociologie et la psychologie. L'expérience actuelle du SIDA ou la situation socio-sanitaire des pays du « Tiers-Monde » sont pourtant là pour nous interpeller. Sans vouloir entrer dans la polémique qu'avait suscitée ce livre, c'est aussi ce que voulait nous dire Illich (1975) : l'amélioration générale des conditions de vie a, sans doute, eu plus d'effets positifs et à moindre coût pour la santé de la population que le développement de la technologie médicale.

Après avoir écarté les facteurs environnementaux, en les qualifiant trop rapidement, de métaphoriques, l'auteur voudrait nous faire croire aussi que la cause de la tuberculose est le bacille de Koch, ce qui, à proprement parler, est faux puisque cela néglige l'existence de porteurs sains : si ce fameux bacille peut être considéré comme un facteur indispensable à l'apparition de la maladie (on ne peut jamais mettre en évidence une affection tuberculeuse où cet agent ne serait pas présent),

cela ne peut cependant nous conduire à penser qu'il en est la cause unique et ultime, car la présence de cet agent peut être détectée en l'absence d'affection. Après avoir fait l'impasse sur les facteurs environnementaux, Dantzer semble à nouveau vouloir oublier les notions de terrains et de prédisposition. Ce qui paraît gêner sa démarche, c'est la possibilité d'envisager une causalité multi-factorielle.

En fait la médecine évolue, depuis fort longtemps, entre deux pôles conceptuels : celui d'une part qui considère que la maladie est le résultat d'un dérèglement interne de l'organisme, d'une prédisposition (la fameuse notion de terrain), l'autre qui pense qu'elle est due à une agression de l'organisme par un agent pathogène externe. Mais cette sorte d'épistémologie implicite exclut toujours et fort « naturellement » les facteurs externes que sont aussi les conditions socio-économiques et, plus généralement, environnementales, et aussi les facteurs « internes » qui ont trait au « psychique ». On voit bien ainsi que, outre le dualisme qui existe entre causes organiques et causes psychiques, la médecine doit affronter bien d'autres bipôles étologiques, ce qui la place devant une multiplicité de causalités et de choix épistémologiques différents. Il faut noter que ce dualisme causal se retrouve au cœur de la perspective psychologique, puisqu'on peut attribuer des dérèglements psychiques soit à des causes internes, soit à des causes environnementales, ce qui montre combien la situation est de fait assez compliquée.

Dantzer a eu beau jeu dans un premier temps de brocarder certaines conceptions psychanalytiques de la psychosomatique. Il est vrai que, fidèle à l'excès à une certaine tradition freudienne et aux études sur l'hystérie, la psychanalyse s'est toujours limitée à ne penser le corps que comme un corps libidinal, réservoir et lieu de manifestation des pulsions. Comme je le montrerai au chapitre suivant, il est dès lors inévitable que les psychosomaticiens d'obédience psychanalytique considèrent la maladie comme l'expression d'un conflit interne, en s'enfermant dans ce que j'appelle l'hystérie théorique. L'ouvrage de Dantzer a le mérite de nous montrer l'intérêt préalable d'une réflexion épistémologique à toute extension du modèle freudien au-delà des limites de la psycho-névrose : ne pas réinterroger le modèle analytique conduit, inéluctablement, à interpréter le trouble somatique de la même façon qu'un symptôme névrotique, ce qui constitue, en soi, non seulement un risque thérapeutique mais aussi une erreur épistémologique.



## LA MÉDECINE ET LE TEMPS

Après avoir critiqué, et à juste titre, certaines conceptions psychanalytiques de la psychosomatique, il reste aux tenants de la théorie du stress à définir la manière dont il pourrait rendre compte de l'état interne du sujet et de l'organisation et de la justification du découpage temporel que leur méthodologie suppose. Tout établissement d'un « état interne » suppose l'identification d'un moment donné qui n'a pourtant de sens que par rapport au mouvement évolutif global dont il est la représentation ; tout événement/découpage est représentatif d'une trajectoire de vie qu'il faut connaître pour que cet événement puisse prendre sens. La pensée médicale est ainsi confrontée à la question du temps sur deux fronts : le premier concerne le destin des systèmes complexes, le deuxième concerne la manière dont elle peut définir un découpage temporel légitime pour « mesurer » un état interne.

Quand Dantzer parle des théories de l'ajustement ou de sensibilisation à des situations de stress, il fait toujours implicitement appel à des états internes antérieurs dont on ne peut dénier l'importance : comment organiser un découpage temporel dans un univers sans cesse changeant et déterminant pour l'avenir ? Où qu'elle aille, la médecine n'échappera plus à la question du temps comme à celle du visuel/anatomique comme organisateur de sa vérité scientifique. Tout se passe, avec la découverte de la multiplicité des déterminants du devenir physiologique, comme si on n'arrivait pas à faire coïncider dans une même conception la pathogénie biochimique dynamique et complexe avec une nosographie dominée par l'anatomique, le visuel et le local. La complexification due à la mise en évidence progressive d'une multiplicité de médiateurs conduit inévitablement à se réfugier du côté génétique si on ne renonce pas à une conception linéaire de la causalité.

L'histoire n'arrête pas de pointer et de vouloir rappeler qu'il est difficile et hasardeux de vouloir se passer d'elle. Le corps physiologique est lui-même le fruit d'une histoire qu'il est vain de nier, de même qu'un cerveau n'existe que dans la relation qu'il permet d'établir avec l'extérieur ; de même, la vie d'un enfant dépend totalement des soins qui lui sont apportés de l'extérieur : le bébé seul et le cerveau comme purs organes sont des fictions. Parti de l'idée que le stress devait être de nature différente chez les babouins dominants et chez les dominés, Sapolsky (1990) est arrivé, au terme de son étude, à penser que l'importance du stress était due à la manière dont un singe vit sa position de dominant ou de dominé. Il devient décidément difficile de se passer de l'histoire des individus pour expliquer leurs différences de sensibilité à la maladie.

Si la complexité et les réalités biologiques, cérébrales et développementales imposent que la médecine reconsidère ses représentations du temps, on voit pointer quelle pourrait être la place d'une approche psychosomatique. Dantzer a raison lorsqu'il appelle la psychanalyse à sortir de son modèle hétérodoxe ; il se trompe lorsqu'il croit que la physiologie ne peut avoir de signification. L'histoire donne un sens relationnel même à la biologie, si du moins on accepte de considérer le corps au-delà de ses limites matérielles comme un lieu d'échanges indispensables à sa survie même. Notre passé relationnel détermine aussi notre fonctionnement physiologique, dont la structure peut ainsi acquérir un sens ; à charge pour le psychosomaticien de savoir de quel corps il parle et de quelle nature est la signification qu'il lui donne.

L'histoire d'un patient est sans doute l'endroit où la médecine sera en mesure de rencontrer la complexité et, par là, de pouvoir développer un savoir qui tiennne compte à la fois des données des laboratoires ou des études épidémiologiques, mais aussi des particularités propres à l'histoire des patients en tant qu'individus : seule l'histoire permet de donner sens car elle seule peut intégrer la complexité ; travailler dans un temps figé et immédiat permet certes d'isoler des variables, mais comment pourrait-on en reconstruire les interactions sinon dans la diachronie ? La réflexion sur le temps doit être au cœur de l'épistémologie médicale.

Une science telle que la médecine, si elle ne fait pas référence à l'histoire du sujet, ne pourra jamais fournir que des explications générales, alors qu'elle s'adresse à un individu particulier en raison même de son histoire. Si elle veut retrouver le dialogue avec les patients, la médecine doit inévitablement gérer cette tension entre un savoir généralisable et un savoir individualisé puisque comme pratique thérapeutique elle est confrontée à des histoires singulières. Il est possible que la perspective psychosomatique apporte quelque réponse à cette question et permette d'éviter un messianisme médical qui ne fait qu'entériner l'impuissance du corps médical à rendre les patients « compliants ».

L'épistémologie médicale, si elle accepte la complexité, devra dès lors intégrer dans ses réflexions la question du temps : à quel moment convient-il, est-il légitime de mesurer un fonctionnement physiologique ? La temporalité est actuellement au cœur de toute la réflexion sur l'épistémologie des sciences : « Notre siècle a connu des mutations scientifiques décisives. Parmi celles-ci, je mettrais en bonne place la redécouverte du temps. » (Prigogine, 1990.)

En quelques années la physique a ainsi non seulement introduit le temps dans ses conceptions de l'univers, mais ce temps, désormais non idéalement réversible et continu, est même devenu un des acteurs de l'évolution des systèmes physico-chimiques situés loin de l'équi-

libre : les systèmes dissipatifs. Avec ces autres notions que sont les bifurcations et la théorie des catastrophes, ce que la physique redécouvre, c'est la complexité en même temps que l'historicité : l'état final d'un système n'est explicable que par son histoire : deux systèmes (complexes et situés loin de l'équilibre), identiques au départ, peuvent évoluer dans des directions rapidement divergentes au point qu'il est impossible de prévoir, *a priori*, leurs trajectoires respectives.

Cette remise à l'honneur du temps irréversible, qui se produit en même temps que la prise en compte de la complexité des systèmes, là où la physique classique les épurerait, conduit à une révision de la notion de causalité. Cette notion est corrélatrice à la nécessité de la représentation du temps : un événement doit en précéder un autre pour pouvoir être reconnu comme cause efficiente. L'étude des systèmes dissipatifs et la prise en compte de la complexité conduisent la physique au voisinage de la reconnaissance d'une causalité propre aux sciences humaines où, comme le disait De Waelhens (1972), la causalité ne peut être strictement prédictive mais historique : c'est-à-dire que, déterminée dans l'après-coup, l'évolution d'un système devient fonction de son histoire.

## VERS UNE CONCEPTION PUREMENT PRAGMATIQUE DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE

Lorsqu'on s'interroge sur la nature de l'épistémologie médicale, il est frappant de constater combien celle-ci est quasi inexistante. Le plus souvent implicite et, ainsi, non exempt de contradictions. Alors que depuis une certaine d'années, des sciences telles que la physique ou la mathématique ont renouvelé entièrement le cadre conceptuel de leurs travaux, tout se passe comme si la médecine devait pouvoir se dispenser de cette critique conceptuelle.

Face à cette complexité des points de vue possibles, il est sans doute plus aisé d'opter pour une épistémologie plus pragmatique et de considérer que la médecine se définit, avant tout, par une action thérapeutique efficace. Cela constitue un glissement conceptuel qui conduit à passer d'une épistémologie de la maladie à une défense/illustration de la pratique médicale. C'est de cette façon que l'on peut comprendre que la médecine se passe aussi aisément d'une recherche qui concerne les fondements théoriques de son objet de savoir ; on passe de la définition de la maladie à celle de l'acte médical, d'une démarche épistémologique à une pragmatique ; démarche qui peut toujours trouver sa

justification dans l'urgence des demandes des patients et des émotions réciproques que cela suscite. La priorité donnée à la recherche de la pathogénie et les rapports de pouvoir que cela suppose, comme je le soulignais au chapitre précédent, s'inscrivent parfaitement dans cette perspective pragmatique. Le caractère spectaculaire de l'efficacité supposée tend à prendre le pas sur la recherche étiologique.

Plutôt que d'aborder les questions sur la validité du savoir médical actuel, on assiste souvent à une justification pure et simple de l'organisation sociale actuelle de la médecine. Le dernier livre de J. Hamburger (1990) illustre ce point de vue. Son ouvrage est un vigoureux appel à la perpétuation de l'organisation de la recherche et de la pratique médicale actuelle. Il suffit d'affirmer, et sans doute à juste titre, que l'hyperspécialisation est la garantie d'une (certaine) médecine de qualité pour justifier et appeler de ses vœux une organisation hyperpyramidale du corps médical et du patient lui-même qu'il faut, à tout prix, rendre « compliant ». Ce qui est occulté, c'est que la médecine dont il est question est une médecine hautement technicienne capable d'exploits qui ne sont pas sans influence sur sa renommée et son pouvoir de prestige. Il faut décidément distinguer très nettement santé publique et médecine : ce dont Hamburger parle, c'est d'une qualité de prestation médicale dont le rapport avec le mieux-être sanitaire général de la population devrait être monté. Cette proposition néglige le fait que l'exercice de la médecine au sein des centres universitaires ne représente qu'une fraction infime de l'ensemble des activités médicales mais que, de fait, cette partie exerce sur le reste des prestataires une forme d'autorité qu'elle doit à la sophistication et la précision de ses techniques.

L'appel de J. Hamburger aux médecins généralistes pour que ceux-ci assurent le relais entre ces centres hyperspécialisés et les patients, laisse en suspens la question de l'activité propre de ces praticiens et du savoir scientifique qui pourrait être le leur. Acceptons comme axiomes de base que, pour des raisons économiques (le coût de la Sécurité sociale) et techniques (l'indisponibilité sur le terrain d'un appareillage sophistiqué), le médecin « généraliste » soit destiné à prévenir plutôt que guérir, à s'occuper de la santé plus que de la maladie, et que, d'autre part, il dispose d'informations qui concernent la globalité de son patient aussi bien au niveau corporel que familial, social et culturel. La question qui pourrait se poser est de savoir quelle sorte de science, à partir de son domaine propre d'activité, ce praticien peut développer et construire, et quels rapports ce savoir pourrait entretenir avec la science des laboratoires universitaires. Cela pose le problème de la formation du médecin de famille, qui se déroule entièrement en milieu hospitalier universitaire dont les rapports au corps et au malade

(isolé de son contexte) sont très différents de celui qui sera le sien ; comment ne pas comprendre alors que le fossé entre sa formation de base et ses activités réelles devienne source de frustration pour le médecin de famille, frustration dont il s'accommodera comme il peut ; mais il n'y a pas, pour l'instant, que les patients qui recherchent des « voies parallèles ». Il existe cependant des tentatives pour sortir de cette situation et former ces praticiens en liaison directe avec le futur théâtre de leur activité. L'avenir de ces essais est, sans doute, lié à la capacité qu'ils auront de développer un savoir qui leur soit propre et qui aura recours aussi bien à la sociologie et à la psychologie qu'à la physiologie : son paradigme serait d'envisager le destin de la pathologie en fonction de l'ensemble de ses déterminants potentiels.

La conception pragmatique semble constituer une tradition de la pensée médicale. La démarche de J. Hamburger, que j'ai choisie comme exemple, loin d'être unique et isolée, constitue l'ordinaire de la médecine. Tous ces ouvrages, aussi célèbres et fondamentaux pour l'enseignement de la médecine, que sont le *Cecil Textbook of Medicine* (1985) ou le *Traité de médecine* (1987) de P. Godeau, consacrent leurs premiers chapitres à la définition de l'activité médicale. On y parle surtout de l'attitude technique et éthique qui sied au médecin plutôt que de la définition de la maladie, de la santé ou encore des critères de validation du savoir médical. La médecine y apparaît comme une pratique qui trouve sa propre validation à l'intérieur même de son activité. Il y a là, à l'évidence, un risque de tautologie.

À force de vouloir nier tout imaginaire et toute croyance, ces conceptions scientifiques de la médecine bâtissent une impasse car elles ne peuvent échapper à cet acte de foi extraordinaire qui consiste à situer le « meilleur » dans l'avenir. Acte de foi qui propose de « croire » qu'une pédagogie adéquate permettrait de réconcilier le patient et la médecine. L'histoire de ce siècle devrait pourtant nous mettre en garde contre tout un volontarisme scientifique qui n'a jamais pu être à la hauteur des espoirs qui furent placés en lui. Ce volontarisme rationaliste est partagé aussi par J. Hamburger. Fidèles à l'extrême à un déterminisme causaliste linéaire, ces auteurs donnent une place primordiale au déterminisme génétique comme origine des maladies. L'avenir de la médecine serait dans la recherche génétique et un jour viendra où la mise à jour des lois de ce déterminisme trans-formerait de façon radicale la pratique des soins et du diagnostic apportés aux malades. Acte de foi qui renferme une impasse.

Forts de ce déterminisme et de cette foi rationaliste, il resterait, en effet, à ces auteurs, à expliquer leurs motivations à écrire : de quel déterminisme relève la volonté d'instruire le grand public ? C'est que « Les hommes ont en eux les gènes qui les conduisent à des temps dif-

ficiles, et non pas vers le monde idéal auquel ils aspirent » (Hamburger J., *op. cit.*, p. 183).

Reste à espérer qu'ils disposeront des gènes qui leur permettront de suivre et d'être attentifs aux propositions de la biologie moderne. Sinon, comment expliquer l'entreprise de J. Hamburger ? Après avoir fait l'apologie du déterminisme génétique, pour lequel notre destin est tout entier contenu dans nos chromosomes, comment peut-on espérer que l'information et la raison pourront infléchir nos funestes prédispositions ? On le voit, la foi dans un déterminisme strict et direct, dans une causalité unique et seule indispensable à la production de symptômes, conduit à une impasse : elle entre en contradiction avec toute volonté pédagogique qui, elle, repose, au minimum, sur une foi en nos capacités de transformation. À suivre ce causalisme génétique strict, il vaudrait peut-être mieux sélectionner qu'informer ; mais alors pourrions-nous être assurés que les sélectionneurs disposeront des gènes adéquats pour les faire obéir aux « lois éternelles de la biologie » ? Les médecins ne peuvent *a priori*, en tout cas, être considérés comme tels car rien dans la théorie de l'évolution ne nous permet de le penser.

Si, à cela, on ajoute encore que l'adaptation est un constat *a posteriori* et que les théories de l'évolution ne possèdent aucune valeur prédictive quant à la qualité d'un mécanisme adaptatif, on peut comprendre comment ces choix idéologiques conduisent à des impasses.

Il n'est pas sûr, tout d'abord, que l'épistémologie médicale se distingue facilement de celle de la biologie qui, aujourd'hui, est entièrement dominée par la théorie de l'évolution. Si celle-ci est souvent évoquée en même temps que les rétro-actions chères aux cybernéticiens pour expliquer tel ou tel dispositif physiologique, ce point de vue ne va pas sans poser quelques difficultés. Il n'est pas évident *a priori* que le cadre conceptuel développé pour expliquer l'évolution des espèces soit applicable immédiatement à l'étude de la maladie. Cette théorie est en effet une reconstruction, une interprétation après coup de ce qui s'est produit sur des espaces de temps très longs et pour des populations d'un très grand nombre d'individus, savoir qui ne peut, donc, être établi qu'*a posteriori*. Cette méthodologie n'est évidemment accessible ni à la pratique ni au savoir médical, sinon, au pire, pour fournir un point d'appui à une sorte de pensée tautologique où toute affection serait le signe d'une incapacité biologique d'adaptation ; établir une équivalence entre maladie et inadaptation reste évidemment sans intérêt pour l'activité médicale puisqu'elle ne lui fournit aucune ressource supplémentaire pour penser son action. La médecine risquerait de ne plus disposer d'un savoir qui lui soit propre et ses praticiens seraient ainsi réduits au rôle de zélateurs d'une théorie dont ils n'auraient plus aucun moyen de contrôler la validité.

C'est dans le contexte de ce fossé entre le savoir biologique et les nécessités pratiques de l'activité médicale que certaines formes d'épistémologie médicale se sont développées, tout en restant, le plus souvent, informelles. Cette sorte d'épistémologie implicite, du quotidien, suscite l'apparition de contradictions, sources d'impasses théoriques et thérapeutiques.

Il est urgent que la médecine s'interroge sur l'échec de cette position rationaliste et positiviste. Il ne sert peut-être à rien de vouloir lutter contre les « médecines parallèles » si on n'essaye pas de comprendre ce qu'elles apportent aux usagers de ces pratiques. Ne pourrait-on voir quelque « retour du refoulé », pour les patients et les médecins, de ce qui est nié par la pensée médicale officielle ? La première tâche d'un rationalisme est de s'interroger lui-même, sur ce qu'il permet ou interdit dans la pensée et qui, dès lors, est irrémédiablement destiné à faire retour, fût-ce sous des déguisements souvent difficiles à démasquer.

## THÉORIE DES QUATRE CORPS

Entre le malade et le médecin se trouvent impliquées quatre dimensions, quatre façons de penser et de représenter le corps : celui du patient (le corps réellement malade) ; celui du médecin, je veux parler ici des motivations personnelles qui l'ont poussé à choisir ce métier (le corps potentiellement malade) ; le corps du savoir médical, c'est-à-dire le corps tel qu'il est conçu par la médecine (le corps anatomique) ; et enfin l'ensemble des médecins avec sa structure, son ensemble de règles, de rites, de jeux de pouvoirs, de prescriptions et de rivalités auxquels le patient risque d'être soumis (le corps médical) : seul le corps anatomique ne relève pas entièrement de l'imaginaire ; le corps médical est, quant à lui, fortement traversé par des réalités sociologiques. Les deux premiers, dans les rapports d'identification ou de contre-identification qu'ils permettent, donneront à chaque relation d'aide médicale sa coloration spécifique : si le patient peut se comparer au médecin qu'il imagine ne jamais être malade, cela peut rassurer celui-là qui supporte mal de l'être ; on est dans un imaginaire d'autant moins évitable qu'il nourrit la relation et la motivation à se soigner. Le corps anatomique et le corps médical, loin de favoriser les rapprochements identificatoires, visent à imposer un ensemble de règles stéréotypées de fonctionnement qui seraient comme la garantie d'une efficacité maximale ; on est du côté du Surmoi corporel.

C'est dans cette logique que la relation médecin/malade tend, de plus en plus, à se banaliser à travers la prescription faite aux médecins de se tenir à des schémas précis d'intervention. Comment, alors que l'accumulation du savoir médical a creusé le fossé qui sépare le corps vécu du patient de la représentation qui en est donnée par la science, le patient va-t-il être capable de récupérer un corps qui lui soit propre ? Comment le patient sera-t-il capable de comprendre ce qui lui est proposé, comment éviter un fossé entre deux discours, si du moins on continue à penser que le patient est autorisé à en produire un qui soit utile et reconnu ? C'est en tout cas au sein de celui-ci que pourra être repéré tout désir ou non de guérison et de soins, indice indispensable à l'établissement d'une stratégie thérapeutique. Question sans doute essentielle pour l'avenir de la médecine. Certes la récupération de pouvoir par le patient est illusoire dans le cadre des médecines parallèles qui reproduisent, le plus souvent, une relation médicale où la rupture médecin/malade atteint parfois le niveau de la caricature ; il n'empêche que cette quête, fût-elle imaginaire, indique la nature du malaise qui habite aujourd'hui le rapport des patients à leurs médecins. Il est insuffisant de penser cette relation en termes génétiques et pédagogique et il n'est pas sûr *a priori* qu'il faille toujours identifier maladie et difficulté d'adaptation.

Il s'agit, aussi, d'un des défis les plus importants lancés à la pensée médicale pour les années à venir : savoir comment elle pourra repenser sa pratique et sa théorie en s'éloignant d'une conceptualisation anatomique, héritée de la Renaissance, pour aboutir à une conception physio-dynamique globale et « relationnelle » des divers secteurs corporels. Si la médecine continue à penser en termes anatomiques, historiques et microscopiques plutôt que physiologiques et dynamiques, c'est qu'elle reste attachée à un paradigme de connaissance dominé par la vision : voir y équivalant à savoir, et identifier à localiser de façon précise la cause d'une maladie. Le passage à la définition d'une causalité dynamique impose l'abandon d'une certaine forme de représentation de celle-ci, car ce nouveau type de causalité n'est compatible qu'avec une représentation au mieux mathématique<sup>1</sup>. C'est en effet, dans ce cas, le destin de fonctions qu'il faut définir et non plus celui

1. C'est dans ce sens qu'il faut lire les ouvrages de Goldbeter A. 1989, *Cell to cell signaling : from experiments to theoretical models*, Academic press, et 1990, *Rhythms et chaos dans les systèmes biochimiques et cellulaires*, Paris, Masson. C'est aussi tout le sens de l'œuvre biologique de Thom R., en particulier, 1977, *Stabilité structurelle et morphogénèse*, Paris, Interéditions, ou encore des ouvrages remarquables de Bruter C.-P., 1985, *Topologie et perception*, Paris, Maitaine pour la deuxième édition.

d'organes dont on pouvait espérer suivre l'évolution pathologique grâce à l'analyse microscopique. L'abstraction devrait ainsi, peu à peu, remplacer le visualisable, ce qui n'est pas une reconversion facile si on considère l'importance qu'a eu l'anatomo-pathologie dans la définition des entités nosographiques. La médecine devrait quitter l'assurance de ses acquis tout pénétrés de « certitude visuelle ».

Elle se trouve, aujourd'hui, devant un choix : soit poursuivre au niveau moléculaire ce qu'elle a fait au plan anatomique, et tenter de rechercher une origine unique à chaque affection dans une logique de causalité linéaire, soit prendre en compte la complexité des situations qu'elle est amenée à traiter. Beaucoup d'affections, telles que les maladies cardio-vasculaires, sont la conséquence de facteur environnementaux comme le tabagisme ou l'alimentation. Toutes les campagnes de prévention cherchent à modifier des comportements. S'adressent à l'imaginaire social et individuel et aux aspects relationnels de notre quotidien, alors que la théorie cherche à nier ces aspects de la réalité humaine : n'est-ce pas une façon de construire une nouvelle impasse ?

De plus, il est vraisemblable que l'avancée des découvertes génétiques va montrer que, loin de pouvoir correspondre au paradigme des années 1950, la biologie moléculaire va devoir aussi intégrer à la fois la complexité et la dynamique. Il est vraisemblable que les découvertes futures de cette spécialité montreront qu'il existe aussi à l'intérieur de ces mécanismes génétiques des niveaux complexes de régulation où c'est la globalité de la situation qui peut prendre un sens, plutôt que la recherche et la localisation à tout prix d'un agent qui bien vite se révélera non unique. Je pense ici particulièrement à des rétroactions entre les gènes eux-mêmes, à l'existence de certains gènes spécialisés en régulation, mais, aussi, aux interactions entre protéines et gènes. Les progrès récents de la topobiologie (Edelman G., 1989) nous ont appris qu'indépendamment des facteurs génétiques le développement de l'embryon, et donc la sécrétion protéique, sont en lien avec des facteurs mécaniques de contrainte. Il est donc vraisemblable que, sous peu, la biologie moléculaire devra revoir son paradigme, « un gène, une protéine, un symptôme », qui établissait une correspondance directe entre maladie et vice génétique (schéma dont la simplicité et la promesse de maintien d'une causalité unique et locale ont, sans doute, assuré le succès).

La critique d'une causalité linéaire est aussi le sens qu'il faut donner à l'ouvrage de Ninio J. (1991). Il montre combien est désuète cette conception qui pense que les mécanismes de reconnaissance entre les divers acteurs biochimiques correspondraient au modèle de la clef et de la serrure, dans une parfaite adéquation de forme (anatomique)

entre messenger et récepteur. Là aussi l'efficacité est plus la conséquence d'un enchaînement, d'une association de divers mécanismes, que le résultat d'une reconnaissance stricte, de type tout ou rien, entre des effecteurs. On voit bien comment l'idéologie du visuel et du reconnaissable anatomique est prégnante dans la pensée médicale : dans le modèle de la bonne clef pour la bonne serrure, il a été projeté sur des molécules dont la stabilité n'est pas synonyme de rigidité de la forme, qui admet quelques variations, et dont l'efficacité n'est pas réductible à un tout ou rien visuel mais l'objet d'une approximation imparfaite et plus ou moins fortement probable.

Il est intéressant, aussi, de noter que les conseils de la médecine actuelle rejoignent étrangement ceux du savoir populaire et des prescriptions religieuses : ce ne sont que les mots qui changent : « éviter la surcharge pondérale » pour « jeûne et abstinence », ou : « éviter le stress » pour « le repos du jour du Seigneur », exemples auxquels on pourrait ajouter l'utilisation du poisson dans l'alimentation où le terme de régime a supplanté celui de jeûne. La médecine aurait peut-être beaucoup à apprendre de ces savoirs anthropologiques et empiriques.

Pour faire face à ce défi épistémologique de redéfinition de la causalité des maladies, la médecine devra intégrer et discuter l'intrication de quatre couples d'opposés : externe/interne, organique/psychique, unicité/complexité, localité/globalité. Il lui faudra aussi tenter de préciser les rapports qui vont du général au particulier, à l'individuel. En tant que théorie, elle se veut généralisante, mais comme pratique elle ne peut connaître que l'individuel. Poser cette question, c'est poser la question des rapports entre la médecine, comme pratique thérapeutique, et les connaissances biologiques développées en laboratoire. Je ne citerai, pour illustrer ce point particulier, qu'un seul exemple, qui a conduit à penser que le sport possédait une vertu préventive contre les maladies vasculaires, affirmation qui a eu le succès médiatique et commercial que l'on sait ! Ce qui apparaît aujourd'hui comme un mythe fut créé à Londres dans l'immédiat après-guerre : un groupe de chercheurs anglais dirigés par J.N. Morris (1953) avait noté que les receveurs de bus londoniens avaient tendance à être moins soumis au risque d'une maladie cardio-vasculaire que leurs collègues conducteurs. Il ont pensé que cela était la conséquence du fait que les premiers faisaient plus d'exercice physique durant leur période de travail : la tradition de courtoisie, qui est la leur, les obligeait à descendre fréquemment du bus. On peut remarquer, d'emblée, combien le choix des variables mises en évidence est soumis au risque de projection d'une problématique personnelle : on aurait tout aussi bien pu imaginer que cette différence résidait dans la quantité de contraires psychiques à traiter par ces deux catégories de personnel. Même si le

concept de stress me semble trop général, il aurait pu inviter à la prudence et suggérer que peut-être les conducteurs de bus avaient à affronter bien plus de difficultés et de responsabilités dans la circulation automobile. L'imprécision de ce point de départ est sans doute la cause du fait qu'aujourd'hui encore cet effet protecteur du sport n'a pu être démontré. Cela le serait-il, qu'il faudrait déterminer si le sport possède en lui-même cet effet, ou s'il est dû au fait que celui qui pratique du sport se donne un temps de détente, et, par exemple, comparer la pratique du sport avec celle de la peinture ou de la pêche.

### 3

## FREUD ET LA QUESTION DU CORPS

S'interroger sur les conceptions psychanalytiques de la maladie somatique, c'est questionner la place qu'occupe le corps au sein de cette théorie. À moins de supposer l'existence d'un psychisme autonome par rapport au fonctionnement corporel, ce qui serait contradictoire avec une recherche en psychosomatique, cette démarche peut aussi être vue comme une tentative d'évaluer l'importance du corps dans le fonctionnement mental, ce qui pourrait conduire à mieux comprendre les risques somatiques courus par certaines organisations psychiques. Si on accepte l'hypothèse d'un couplage somato-psychique, axiome incontournable d'une recherche psychosomatique, il ne suffit pas, en effet, de rechercher l'impact de facteurs psychiques comme déterminants potentiels de la maladie ; il faut tenter aussi de déterminer l'influence qu'exerce le corporel sur le psychique, ce qui conduit à mieux étudier les « lieux de passage » entre réalités corporelles et psychiques, faute de quoi le corporel risque de ne jamais apparaître que comme le lieu d'expression du psychique, ce qui s'accompagne inévitablement, comme on va le voir, d'un saut épistémologique qui, tout en cherchant à rendre compte du passage du psychique vers le corps, laisse, aujourd'hui encore, ce rapport énigmatique. Si, comme on l'a vu avec Danziger, la neurobiologie fournit un certain nombre de pistes, il est essentiel aussi que la psychanalyse, spécialiste de l'individualité et de son histoire, s'interroge sur la manière dont elle envisage cette relation.

## AFFECT PATHOGÈNE ET ORGANISATEUR NOSOGRAPHIQUE

Je m'attacherai d'abord à la pensée de Freud fondateur de la pensée psychanalytique, dont les apories risquent de peser directement sur nos conceptions actuelles. Sa recherche a été sous-tendue par une volonté de définir les rapports entre le fonctionnement neuronal et le fonctionnement psychique et, de ce point de vue, il est toujours resté profondément neuro-physiologiste ; dès que son propos lui en a fourni l'occasion, il n'a jamais manqué de suggérer quelque hypothèse sur la nature de la relation corps/psyché, qu'il concevait en termes de « transformation chimique », et ce jusqu'à la fin de sa vie.

Freud, dans un de ses premiers travaux scientifiques consacré à l'aphasie, a pris, sur cette question des rapports corps/psychisme, une position particulière qu'il importe de suivre de près car elle a eu une influence considérable sur le développement de la psychanalyse. Dans cet ouvrage au titre explicite de « Contribution à la conception des aphasies » (Freud S., 1891), il se propose de discuter de l'épistémologie de cette pathologie et de critiquer la conception de Wernicke qui, selon Freud, malgré les distances qu'il a prises par rapport aux localisationnistes, n'a pas suffisamment distingué les phénomènes psychiques de l'activité cérébrale. Il écrit à ce propos : « Certes, en regard d'une médecine d'époque qui avait tendance à localiser toutes les facultés mentales, [...] Wernicke parut réaliser un progrès immense lorsqu'il déclara que l'on ne pouvait localiser que les éléments psychiques les plus simples [...] » (p. 104.)

Freud va montrer, grâce surtout à la notion de représentation de mot, qu'on ne peut comprendre le fonctionnement mental grâce uniquement à ce qu'on nommait, à l'époque, les représentations « sensorielles », conçues comme des sortes d'atomes psychiques où la représentation d'une chose avait tendance à être confondue avec le souvenir sensoriel auquel elle aurait donné lieu. Freud pose en fait la question des rapports entre sensation/perception d'une part et représentation de l'autre. Ce qu'il démontre, c'est qu'en ce qui concerne le langage, et en particulier la « représentation de mot », on se trouve d'emblée face à un objet mental complexe où il est impossible, et sans doute nuisible, de vouloir isoler la sensation brute d'un ensemble associatif qui fait appel, entre autres choses, à la mémoire, à la vue, à l'ouïe, aux sensations musculaires laryngées, etc. ; le mot comme objet mental est inévitablement le résultat d'une association entre diverses sensations qu'il est donc inutile, voire erroné, de diviser en autant d'atomes isolés. Il est, en tout cas, utile et, pour Freud, indispensable d'étudier la

représentation en tant que phénomène psychique, c'est-à-dire à partir de la globalité de son fonctionnement. Ses prédécesseurs, soucieux de relier activité psychique et fonctionnement neurologique, auraient trop vite tenté de découper le fonctionnement mental en sensations élémentaires directement issues du fonctionnement neurologique. Parlant de l'assimilation de la représentation psychique aux modifications de l'activité neuronale, il écrit : « Une telle transposition est évidemment tout à fait injustifiée. Les propriétés de cette modification doivent être définies pour elles-mêmes et indépendamment de son corrélat psychologique » (*op. cit.* p. 106) ; et encore : « Le processus psychique est ainsi parallèle au processus physiologique [a *dependent concomitant*] » (*op. cit.* p. 105).

Loin de nier le rapport entre activité neuronale et activité psychique, Freud plaide clairement pour une épistémologie qui distingue processus physiologique et manifestation psychique. L'étude des faits globaux, qui implique que c'est le fonctionnement mental dans sa globalité qui doit être étudié, est légitime ; il définit de fait un nouveau secteur de recherches qui a ses lois propres et vis-à-vis duquel il conviendrait de développer une méthodologie de recherche qui lui soit adaptée. On ne peut qu'approuver cette vision de Freud, qui se montre à ce moment excellent épistémologue. C'est cet espace psychique que Freud, toute sa vie, tentera de baliser.

Mais Freud ne semble pas toujours parfaitement au clair avec les arguments méthodologiques qui sont les siens. Dans un autre partie de cet ouvrage, il écrit que le fonctionnement psychique doit être abordé dans sa globalité parce que les représentations et associations « ne se trouvent en repos en aucun point » (*op. cit.* p. 107). Ce faisant, il reproduit les erreurs qu'il dénonçait chez ses prédécesseurs car ce serait, dès lors, pour des raisons anatomo-physiologiques qu'on ne pourrait distinguer les deux phénomènes, et non pour des raisons de méthodologie. S'il est impossible de distinguer représentations et associations, c'est en définitive parce qu'il s'agit d'un seul et même processus de diffusion à l'entière du cerveau d'une excitation énergétique source d'une représentation et d'un affect qui, d'emblée pour Freud, sont la traduction subjective de ce travail mental : « Tous les états psychiques, y compris ceux que nous avons l'habitude de considérer comme "des processus de pensée", sont dans une certaine mesure "affectifs" et on n'en trouve aucun qui ne soit accompagné de manifestations corporelles. » (Freud S., 1890, p. 7.)

Partie des organes sensoriels périphériques, l'excitation neuronale gagne les organes centraux pour être ensuite déchargée par association ou activation motrice. La conception dynamique (ou conflictuelle) de la vie psychique, chère à Freud, est (et restera toujours) comme la

transcription au niveau mental d'un flux énergétique qui se produit sur un plan neuronal : il faut y voir l'origine de la théorie de l'affect et des ambiguïtés qu'elle contient. L'affect, comme vécu subjectif, est une conséquence directe de ce flux énergétique de base qui justifie, à lui seul, l'approche globale du fonctionnement cérébral, tout comme il fait également droit à l'indissociabilité entre vécu mental et corporel. L'affect, inséparable du flux énergétique, peut être considéré comme un phénomène subjectif qui est sous la dépendance directe du fonctionnement physiologique, donc comme un phénomène à la fois partiellement subjectif et matériel. Concept prisonnier d'une physiologie pétrie des conceptions scientifiques de l'époque qui conduira Freud, et, à sa suite, la psychanalyse, à confondre énergie psychique (l'affect) et énergie matérielle, neuronale, à prendre donc la métaphore de « l'énergie mentale » au premier degré, ce qui ne sera pas sans conséquence sur le développement d'une conception réaliste de la vie psychique, comme je vais le montrer. Freud, comme Wernicke qu'il critique, ne parvient finalement pas à distinguer nettement les différents niveaux d'investigations qui justifiaient pourtant la création de méthodologies distinctes.

L'année où il publie ses conceptions sur l'aphasie, Freud avance l'idée selon laquelle les « affects » pourraient avoir une influence directe sur la santé : « Les affects principaux jouent manifestement un grand rôle dans la capacité de résistance aux maladies contagieuses. » (*Op. cit.* p. 6.)

En même temps que l'affect devient un concept central de la pensée freudienne, Freud et Breuer, dès 1892, affirment que : « Devient traumatisme psychique toute impression dont la liquidation par le travail mental associatif ou réaction motrice offre des difficultés au système nerveux. » (Freud S., 1892 a, p. 28.)

La pathologie, c'est l'affect, ou plutôt son équivalent énergétique, corporel, bloqué ; dans la psycho-névrose de défense comme dans la névrose traumatique, c'est la surcharge énergétique qui est pathogène : « Quand cette réaction se trouve entravée, l'affect reste attaché au souvenir. » (Freud S., 1892 b, p. 5.)

Freud, dès cette époque, situe le pouvoir de l'action thérapeutique au niveau de ce qu'il appelle l'« abréaction » : « On peut donc dire que si les représentations devenues pathogènes se maintiennent ainsi dans toute leur fraîcheur et toujours aussi chargées d'émotions, c'est parce que l'usure normale due à une abréaction et à une reproduction dans des états où les associations ne seraient pas gênées, leur est interdite. » (Freud S., *op. cit.* p. 8.)

Ce qui est pathogène, c'est la stase énergétique que le thérapeute aura pour tâche de « libérer » en favorisant l'abréaction de l'affect.

c'est-à-dire sa libération différée. Cela, soit dit en passant, place d'emblée la question du temps au cœur de la psychanalyse, que ce soit en ce qui concerne ses conceptions pathogéniques (« le patient souffre de réminiscences » (*Op. cit.* p. 5) ) ou ses pouvoirs thérapeutiques : pour Freud : « L'être humain trouve dans le langage un équivalent de l'acte [...] » (*Op. cit.* p. 5.)

L'affect, sa stase et ses possibilités de « décharge » sont au centre de la pathologie mentale et de ses possibilités de traitement, la parole équivalent d'action dans l'après-coup est thérapeutique grâce à la mobilisation d'un affect jusque là « bloqué ». Au-delà des différences entre les causes et les manifestations des névroses, l'affect est l'élément unificateur de la nosographie freudienne d'autant plus qu'il justifie une approche globale du fonctionnement cérébral. Freud semble disposer là d'un outil idéal, adéquat à ses hypothèses de base. L'affect est non seulement le principe pathogène mais aussi l'organisateur de la pensée de Freud dans la classification des névroses ; conception qui implique un autre saut épistémologique (si on considère que le premier est l'ambiguïté du statut de l'affect) : la nosographie, la pathologie clinique est organisée à partir d'une hypothèse sur la pathogénie des affections, ce qui, outre le caractère hypothétique de la supposition, risque de conduire à une confusion des niveaux cliniques et pathogéniques. C'est dans les variations sur l'origine de la surcharge « énergétique » que se distinguent les divers types de névroses ; si son évacuation est thérapeutique, cela donne une légitimité supplémentaire à l'affect mais augmente d'autant les risques de confusion que je viens d'indiquer : le thérapeutique risque de venir confirmer le pathogénique. Si à cela on ajoute que, pour Freud, ce concept d'affect aide à penser le passage du somatique au psychique et réciproquement, on comprend la place centrale que ce concept a reçu au sein de la théorie analytique au point que Freud n'y a jamais renoncé, pressentant, à juste titre, que sa remise en cause conduirait à une rediscussion de l'ensemble de la théorie et de la pratique analytique.

La séparation des notions d'affect et de représentation permet à Freud de distinguer les névroses traumatiques (causées par un traumatisme réel) des psycho-névroses de défense (causées par un souvenir représenté pathogène). Dans ce dernier cas, l'individu malade se défend contre l'accession à sa conscience de certaines représentations inscrites dans sa mémoire, ce qui bloque l'énergie liée à cette représentation ; alors que, dans la névrose actuelle, la stase énergétique est due à une pratique sexuelle inadéquate, origine d'un dysfonctionnement de la chimie sexuelle. Dans les deux cas le traumatisme et la stase de l'affect sont au centre de la pathologie, ce qui les sépare c'est un décalage temporel : en cas de psycho-névrose, Freud pense encore



à ce moment qu'un trauma bien réel a eu lieu dans le passé. La distinction de l'affect et de la représentation constitue un outil essentiel à la nosographie freudienne. Avec l'hystérie, comme je vais le montrer, cette séparation affect/représentation, distinction avant tout méthodologique au départ, va prendre une couleur réaliste : l'hystérie réalise, matérialise cette distinction représentation/affect, puisqu'il s'agit de son mode favori de fonctionnement mental. Si de plus l'affect est assimilé au corporel (à tort, mais les ambiguïtés de son origine facilitent ces transformations abusives et implicites), il pourra sembler totalement « naturel » dès lors de le séparer d'un monde de représentations mentales auquel Freud va donner une autonomie propre et une importance croissante à partir de l'étude des psycho-névroses de défense. C'est pourquoi on peut penser que l'hystérie occupe une place centrale dans la pensée analytique non seulement parce qu'elle va servir de modèle de base à Freud, mais aussi parce que les concepts analytiques, dans leur définition, sont eux-mêmes infiltrés par un certain type de rapport à la vie mentale qui est propre à l'hystérie.

Cette distinction affect/représentation, à laquelle, aujourd'hui, la pensée analytique s'est habituée au point qu'elle paraît « naturelle », va permettre à Freud de développer une théorie de la pathologie mentale comme conséquence de conflits de représentations autour de certains moments de crises psychiques inévitables, dont le « complexe » d'Édipe est le prototype. Si le rôle pathogène des représentations fondamentales, l'affect reste de son côté le principe pathogène tant que physiologique, le problème du passage somato/psychique peut paraître résolu, de même que les questions qui touchent aux mécanismes pathogènes de l'affect bloqué par châtiment sexuel interposé. La distinction affect/représentation permet à Freud non seulement d'établir une nosographie mais aussi d'expliquer l'étiologie, la pathogénie et l'issue thérapeutique possible des névroses. Mais cette conception de l'affect, à la fois vécu psychique et réalité biologique, constitue un piège épistémologique fondamental qui conduit trop souvent la psychanalyse à verser dans une conception « réaliste » du fonctionnement mental.

## LES AMBIGUÏTÉS DU LIEN SOMATO/PSYCHIQUE CHEZ FREUD

De plus, Freud associe et, d'emblée, confond affect et libido, énergie sexuelle. On connaît l'option fondamentale de Freud, toute névrose est une pathologie sexuelle. En cas de psychonévrose, c'est un souvenir

sexuel traumatique qui est à l'origine de représentations inacceptables, source d'une tension psychique ; le but de l'activité thérapeutique sera de permettre au patient de laisser accéder cette « reminiscence » à sa conscience, en parler « liquidera » l'affect pathogène. Dans les névroses actuelles, si l'étiologie sexuelle est réaffirmée, « c'est la déviation de l'excitation sexuelle à distance du psychisme » (Freud S., 1895, p.31), résultat d'un blocage de l'énergie sexuelle (avant qu'elle n'accède à un vécu subjectif) conséquence de pratiques sexuelles inadéquates, qui est pathogène ; la cause est ici actuelle et la thérapie sera rééducatrice en invitant « médicalement » le patient à adopter des pratiques sexuelles adéquates. Il est bien difficile de savoir les raisons qui ont conduit Freud à émettre d'entrée de jeu cette hypothèse sexuelle, omniprésente dans ses premiers écrits<sup>1</sup>. Cette conception semble plus relever d'une conviction, d'un postulat, que d'une hypothèse qu'il aurait cherché à vérifier. Il semble bien que Freud ait reçu cette idée en héritage d'un psychiatre viennois, dont il parle d'ailleurs fort peu, M. Benedikt. Plus que les allusions furtives de Charcot sur les secrets d'alcôves pour expliquer l'origine des névroses, il est vraisemblable que Freud ait été fortement influencé par ce psychiatre viennois qui, par une sorte de processus de confession, obtenait des guérisons spectaculaires de malades hystériques chez lesquels il notait déjà la présence constante de fortes motivations sexuelles<sup>2</sup>.

L'affirmation de ce « dogme » psychanalytique a été, d'emblée, assez arbitraire et le fait de l'avoir reçu en héritage, pour Freud lui-même, n'a pas facilité l'étude objective et dépassionnée de ce concept central (Freud ne parle qu'à deux reprises, et dans des notes de bas de page, de ce maître qui lui permit de se rendre à Paris pour y suivre l'enseignement de Charcot).

En fait, cette proposition conduit le modèle freudien à ses premières impasses car, en même temps que se construit le concept d'affect, il se confond aussi implicitement avec celui de libido ; le « réalisme » neurophysiologique avec lequel a été conçu ce concept d'affect va s'étendre à celui de libido, ce qui ne facilitera pas l'étude et la remise en question de l'étiologie sexuelle de toute névrose. Ces ambiguïtés se marquent dans les écrits de Freud : il hésite entre des termes tels que tension physique, affect psychique ou libido psychique, sans arriver à bien les distinguer.

1. Voir en particulier les manuscrits A, B, E et G, tr. fr. Berman A., in *Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 3<sup>e</sup> éd. 1973.

2. Je me réfère ici à des notes non publiées du séminaire-lecture de Freud de la Soc. belge de psychanalyse, en particulier celles établies par Delahaye B.

Freud est aux prises avec son hypothèse énergétique et sa volonté de confirmer son hypothèse de l'étiologie sexuelle : son effort de classification repose sur cette sorte de binôme qu'il tente de confondre. La pensée de Freud trouve, dès ce moment, l'organisation qui sera encore celle des dernières années de sa vie : elle semble toujours s'organiser autour de différents couples d'opposés : représentation/affect, trauma/défense, corps/psychisme, passé/actualité, externe/interne, conscient/inconscient. Couples qui constituent autant de pôles dialectiques par rapport auxquels il cherche à situer la pathologie. À ceux-ci il ajoutera par la suite : plaisir/réalité, mots/choses, latent/manifeste, pulsions du moi/pulsions sexuelles et enfin pulsions de vie/pulsions de mort. Si la plupart des auteurs insistent, à juste titre, sur la valeur d'ouverture que peut avoir la mise en place de ces couples dialectiques d'opposés, il faut souligner qu'à côté de cela Freud construit une théorie bâtie sur un monisme énergétique, associé étroitement à une théorie dogmatique de l'origine sexuelle des affections mentales. Le monisme dogmatique de l'origine sexuelle des affections mentales que corps dans la psychanalyse ne peut plus être que libidinal parce que l'affect ne peut être qu'énergie sexuelle ; le corps ne pourra plus être conçu par les psychanalystes que dans la stricte perspective de son investissement libidinal : un corps donc fondamentalement imaginaire puisque organisé par le plaisir/déplaisir, les souvenirs et représentations, mais réduit à la seule sexualité.

Il est essentiel pour notre propos psychosomatique, d'étudier la manière dont Freud envisage le passage du « soma » au psychique. C'est une accumulation de tension somatique qui parvient à la vie psychique en forçant une barrière, une sorte de résistance que Freud situe au niveau des « conductions nerveuses ». Le modèle proposé est celui d'une transformation qualitative de l'énergie corporelle qui devient psychique par accumulation : une sorte de saut qualitatif transforme le corporel en vécu psychique. Modèle qu'on pourrait concevoir ; encore faut-il savoir, lorsqu'on parle de barrière entre le somatique et le psychique, de quelle nature est cet obstacle ; or Freud laissera cette question sans réponse.

La difficulté apparaît de façon très nette quand il aborde la question de l'étiopathogénie de la névrose d'angoisse qu'il classe dans les névroses actuelles. Comment peut-on qualifier de façon précise « l'angoisse des adolescentes » ou des « jeunes mariées » en restant fidèle à cette conception freudienne ? Doit-on attribuer la difficulté de satisfaction sexuelle à une cause purement organique et externe à l'individu ? Dans le cas contraire, comment faire le pont entre incapacité de réalisation et inhibition d'origine psychologique ou culturelle ? Il paraît impossible de maintenir une séparation nette entre ces deux configurations possibles de la pathologie névrotique : il est bien difficile

de faire le tri entre les effets d'un refoulement et ce qui serait dû à une impossibilité matérielle de réalisation.

De plus, selon Freud, l'excitation sexuelle psychique est le résultat d'une accumulation progressive et continue d'excitation viscérale dont la force parvient à rompre la « résistance interposée par les conductions nerveuses » (Freud S., 1895 a, p. 32) et parvient du même coup à l'existence psychique. La survenue de cette excitation dans le psychisme active représentations et fantasmes qui tendent à permettre à ce désir sexuel de se satisfaire suivant les voies « normales », nous dit Freud. Comment expliquer que, dans le cas des névroses actuelles, l'énergie sexuelle resterait purement corporelle, alors que c'est bien cette accumulation qui est cause du devenir psychique d'une tension issue des organes sexuels ? Il faut interroger la nature de la résistance des voies nerveuses, ce qui en fait renvoie le problème du passage somato/psychique à un autre niveau, sans qu'il ait reçu un éclaircissement satisfaisant de la part de Freud. La question de la nature psychique ou physiologique de la résistance reste entier car il ne dit rien sur la nature de « la résistance interposée par les conductions nerveuses » (*op. cit.* p. 32). De même, la non-satisfaction est autant d'origine psychique que conséquence de facteurs externes qui la rendraient impossible. L'insatisfaction des adolescents est due à l'intériorisation d'indications plus qu'à une incapacité de satisfaction. De plus, en cas de névrose actuelle, comment expliquer la présence d'un affect tel que l'angoisse si l'énergie sexuelle n'arrive pas à la conscience ? C'est, dit Freud, « que, pour une raison quelconque la connexion psychique qui lui est offerte est insuffisante » (Freud S., 1892-1894, p. 83). Cette réponse montre, en fait, que le modèle ne marche pas. Il suffit, pour le montrer, de reprendre le texte de 1895 où Freud aborde le problème des rapports de la névrose d'angoisse et de la neurasthénie, texte qui est une sorte d'explicitation du célèbre schéma présenté dans le manuscrit G où Freud tente d'expliquer les rapports entre excitation somatique et psychique, source interne/externe (Freud S., 1892-1894, p. 94) : il n'apporte pourtant pas de réponse à la question de savoir pourquoi, dans certains cas, une accumulation de tension provoque l'apparition d'un affect psychique et pourquoi, dans d'autres situations, cette accumulation reste à un niveau corporel tout en suscitant l'apparition d'un affect d'angoisse, affect qui, bien que vécu psychologiquement, resterait du côté du corporel ! Le problème du passage soma/psyché reste en fait totalement irrésolu.

L'erreur de Freud est de confondre conception étiopathogénique et nosographie, phénoménologie clinique et métapsychologie. Sans doute a-t-il voulu trop affirmer l'unicité de l'étiologie sexuelle malgré la diversité des troubles ; sa recherche nosographique est venue buter

sur sa conviction étio-pathogénique alors même que les ambiguïtés du concept d'affect lui ont fait croire qu'il pouvait résoudre toutes les difficultés : organiser la nosographie, expliquer les différentes formes de pathologie, la thérapeutique et le passage du somatique au psychique. En fait, la question, qui hante encore la psychanalyse aujourd'hui, est de déterminer ce rapport entre excitation somatique et psychique. Ces difficultés expliquent, en partie du moins, les difficultés qu'elle rencontre à penser et à traiter ces affections qu'on a pris l'habitude d'appeler psychosomatiques. Le modèle proposé par Freud laisse donc en suspens le problème des relations soma/psyché. La conception de saut « qualitatif » ne fait que déplacer le problème sur la nature de résistance des conductions nerveuses.

## LE RÉALISME EN PSYCHANALYSE

Je pense que la psychanalyse, dans son ensemble, reste trop souven-  
fixée à une conceptualisation réaliste de son savoir, oubliant qu'elle est avant tout une méthodologie d'investigation et de pratique thérapeutique qui isole et interprète un certain nombre de phénomènes mentaux choisis en fonction de l'évolution de la relation thérapeutique : ce qui définit sa nature rationaliste. Le réalisme consiste tout d'abord à oublier le travail de pensée de l'analyste et à se représenter la psychanalyse comme une mise en évidence de productions mentales qui n'existeraient que dans la tête du patient : on oublie que ce qui est appelé inconscient est un ensemble de manifestations dont l'assemblage et, dès lors, la signification sont le résultat d'un tri effectué par l'analyste au sein du matériel rapporté par le patient. Dans une perspective rationaliste, il est sans doute prudent de considérer que l'inconscient existe, avant tout, dans la pensée du psychanalyste que, si « vérité » de l'inconscient il y a, elle est surtout à rechercher dans la manière dont les psychanalystes traduisent son existence. Cela ne veut pas dire que l'inconscient, comme mode de pensée et appareil de production de sens, n'existe pas en tant que réalité indépendante de la cure analytique, au contraire, mais qu'il convient de garder toujours clairement à l'esprit que c'est la méthodologie analytique qui en définit le mieux la nature : ce qui revient à dire qu'on ne peut y avoir accès qu'indirectement et qu'il est préférable de ne pas perdre de vue que le premier préconscient qui travaille est celui de l'analyste et qui est indispensable dès lors d'interroger les mécanismes du décodage. Les questions pertinentes sont, alors, de savoir pour quelle raison effective tel ou tel type de découpage/interprétation des dires du patient

et, ensuite, de définir les processus, modes et moyens de « prise de conscience » et non de définir la vérité ou la structure de l'« Inconscient » pris comme réalité autonome. Cette conception rationnaliste aurait l'avantage de tenir la « vérité » analytique au plus près de son mode de production : la relation analytique. Il est vraisemblable que la « prise de conscience » soit inséparable de la structure relationnelle de la thérapie.

Freud écrit en 1920 : « Je me représente qu'en signalant l'existence de tels rêves mensongers, je déchaînerai chez plus d'un de ceux qui se nomment psychanalystes, une véritable tempête d'indignation et de désarroi. Alors, notre inconscient lui aussi peut mentir, lui le réel noyau de notre vie psychique [...] ? Comment peut-on après cela faire fond sur les interprétations de l'analyse et sur la certitude de nos connaissances ? » (Freud S., 1920 b, p. 264.)

Une fois de plus, Freud a bien pressenti certaines des difficultés à venir de la pensée psychanalytique : il ne faut pas oublier que, si la vérité psychanalytique existe, elle se situe dans les procédures de connaissances mises en place par la psychanalyse plus que dans la manifestation d'un Inconscient source de Vérité, atemporelle et non relationnelle ; l'inconscient n'est pas plus source de vérité que le conscient ; comme lui, il est soumis aux aléas de la relation et de l'interprétation qu'on en donne qui, seule, peut être considérée comme le fondement de la vérité analytique. Attribution de sens, prise de conscience et dynamique psychique sont autant de façons de décrire un seul et même processus, celui de la dynamique de la prise de conscience qui dépend étroitement du dispositif analytique au centre duquel on trouve la relation analytique et l'espace mental de l'analyste qui en est la pierre angulaire. Cet avertissement n'a sans doute pas toujours reçu l'attention qu'il méritait car le « réalisme psychanalytique » continue à faire quelques ravages.

Il est très malaisé de situer de façon précise le moment où, de qualitatif, le terme d'inconscient est devenu substantif, le moment où l'inconscient a été considéré comme un « objet » mental particulier. Cette transformation, qui n'implique pas automatiquement que l'inconscient soit conçu sur un mode réaliste, mais qui indique le moment à partir duquel ce glissement pourra avoir lieu « inconsciemment », s'est réalisée de façon progressive. Dans les écrits qui se situent entre 1896 et 1899, ce terme est employé parfois d'une façon, parfois de l'autre, indistinctement. En 1896, Freud écrit : « La défense attend son but qui est de repousser hors de la conscience la représentation inconciliable, lorsque se trouvent chez le sujet en question, jusqu'ici en bonne santé, des scènes sexuelles infantiles à l'état de souvenirs inconscients, et lorsque la représentation à refouler peut être

mise en relation par un lien logique ou associatif, avec une expérience infantile de cet ordre » (p. 102).

L'inconscient est encore un qualificatif qui aide à rendre compte d'une expérience clinique : « Les symptômes hystériques sont des rejets de souvenirs inconsciemment actifs. » (*Op. cit.* p. 103.)

En 1900, toutefois, dans *L'interprétation des rêves*, Freud définit « topique » et « instances psychiques ». À côté du préconscient, entre perception et contrôle de la motricité consciente, il situe l'inconscient : « Nous donnerons le nom d'inconscient au système placé plus en arrière : il ne saurait accéder à la conscience, si ce n'est en passant par le préconscient, et durant ce passage le processus d'excitation devra se plier à certaines modifications. » (Freud S., 1900, p. 459, 460.)

Bien sûr, cette topique n'est en rien anatomique et Freud ne prétend pas à l'existence de lieux cérébraux séparés qui contiendraient les différentes instances qu'il est occupé à construire. Le préconscient, le conscient et l'inconscient sont des constructions conceptuelles qui appartiennent en propre à la psychanalyse et qui sont destinées à permettre la description de certains phénomènes et à faciliter les échanges entre analystes. Tout cela fait partie des nécessités dues à la mise au point d'une nouvelle forme de savoir qui peut toujours maintenir un cap rationaliste. Néanmoins, ce saut du qualificatif au substantif fragilise l'édifice de la psychanalyse car il permet l'illusion de l'existence d'un inconscient, et surtout d'un préconscient, indépendant de l'activité interprétative de l'analyste, alors qu'à strictement parler il n'existe comme tel, qu'au sein de la relation analytique : on pourra parler ainsi parfois, de failles de ce préconscient alors qu'il est certainement plus prudent, sur un plan méthodologique, de considérer que, si carence il y a, elle doit tout d'abord être attribuée à l'analyste et à sa méthode d'interprétation. Il existe un autre facteur essentiel au développement de ce réalisme analytique : ce sont les ambiguïtés du concept d'affect.

Le réalisme analytique trouve ses origines dans la confluence de deux phénomènes : le monisme de l'étiologie sexuelle et le réalisme quasi-matérialiste avec lequel on considère l'affect, confondu avec l'excitation neuronale : tout se passe dès lors comme si ce concept d'affect ne posait plus question puisque reproduction au niveau psychique d'un travail neuronal dont la « réalité » n'est pas discutable. Le réalisme de l'affect entraîne celui de la psychanalyse qui n'interroge plus ses procédures de décodage car elle a tendance à se croire à l'écoute d'un discours pré-codé indépendamment de la relation analytique, comme si l'inconscient pouvait devenir objet d'observation « naturelle » au même titre que n'importe quel organe. Là aussi, il n'est pas sûr que la psychanalyse se soit fort éloignée de l'épistémologie médicale domi-

En 1920, dans *Au-delà du principe de plaisir*, il écrit encore : « On peut admettre que l'excitation, dans son passage d'un élément à un autre, doit surmonter une résistance et que cette diminution de la résistance constitue précisément la trace durable de l'excitation (frayage). [...] On peut rapprocher cette façon de se représenter les choses de la différence établie par Breuer entre l'énergie d'investissement quiescente (liée) et l'énergie d'investissement librement mobile dans les éléments des systèmes psychiques. » (Freud S., 1920 a, p. 68.)

Est-on si éloigné de ce qu'il écrit dans *L'Esquisse* vingt-cinq ans plus tôt : « Tandis, en effet, que la science s'est donné pour tâche de rapporter toutes les qualités de nos sensations à des quantités extérieures, la structure du système neuronal nous permet de soupçonner que la tâche de ce système consiste à transformer une quantité extérieure en qualités. » (Freud S., 1895 b, p. 328.)

Comme Sami-Ali (1987, p. 7) l'a montré, il existe une contradiction dans la théorie analytique puisque Freud a toujours postulé que les psycho-névroses de défense se constituaient autour d'un germe de névrose actuelle comme une sorte de noyau d'accrétion (Freud S., 1916, p. 367), ce qui est contradictoire puisque alors ce serait une inhibition de la sexualité génitale qui serait à l'origine de fixations pré-génitales, supposées plus « archaïques ». Je pense que c'est sa conviction profonde dans le pouvoir pathogène de la stase énergétique qui ne l'a pas autorisé à abandonner cette hypothèse contradictoire, car sa théorie de l'affect a laissé croire à Freud qu'il disposait d'une explication sur le passage du corporel au psychique et réciproquement ; la stase était à l'origine de la sécrétion de substances toxiques qui en dernier recours étaient responsables des phénomènes pathologiques (Freud S., 1929, p. 30 et 1931, p. 152). Sans cette conviction, il aurait pu abandonner cette hypothèse du noyau actuel sans rien modifier à sa conception des névroses de défense.

## LA SÉDUCTION DE L'HYSTÉRIE

Cette période de recherche nosographique va s'achever par un intérêt de plus en plus affirmé de Freud pour l'hystérie et surtout pour la mise au point d'une technique thérapeutique qui sera, dès ce moment, la cure psychanalytique ; on peut supposer que la découverte de l'efficacité de cette procédure thérapeutique n'a pas incité Freud à remettre en question le modèle de l'hystérie, ni les ambiguïtés et la confusion entre affect et libido. Freud semble dominé par le plaisir d'avoir mis

au point un procédé thérapeutique efficace : « Je crois que l'hystérie débarrassée de toute immixtion peut, à tout point de vue, être décrite séparément, sauf en ce qui concerne la thérapeutique. Car en thérapeutique c'est un but pratique que l'on veut atteindre : la suppression de l'état pathologique dans son ensemble. » (Freud S., 1895 c, p. 209.)

Si l'hystérie est le modèle freudien fondamental, son traitement est celui de toute forme de pathologie. Or l'hystérique sépare affect et représentation, c'est ce qui explique que l'hystérie soit devenue le modèle freudien de base : par effet de séduction, l'organisation mentale propre aux hystériques constitue une justification quasi expérimentale de la distinction entre affect et représentation, essentielle aux premières recherches de Freud. L'hystérique réalise le modèle freudien de séparation affect/représentation qui lui a permis de construire une nosographie dynamique et un nouveau procédé thérapeutique. Même si, à ce moment, Freud ne croit plus à sa « neurotica », il ne rediscutera pas le rôle pathogène de l'affect, de même qu'il ne discutera pas les relations entre névroses actuelles et psycho-névroses de défense. Le modèle est resté tel quel, inachevé, jusqu'à aujourd'hui. Comme souvent Freud a laissé ses hypothèses en chantier : sans renoncer à aucune il les a reprises et discutées chacune plus d'une fois ; ce qui laisse percevoir, outre son grand courage intellectuel, la possibilité d'une grande ouverture de la théorie analytique, à condition de reprendre, comme Freud lui-même, les discussions et hypothèses laissées en suspens.

## LES IMPASSES THÉORIQUES

Mais ce modèle conduit à des impasses théoriques auxquelles Freud lui-même n'a pas échappé. Le texte consacré à une définition métapsychologique de l'Inconscient débute en en donnant une définition toute prudente et assez rationaliste : « Nous disons alors qu'elle se trouve dans l'état "inconscient" et nous pouvons fournir des preuves solides de ce que, tout en étant inconsciente, elle peut produire des effets, dont certains même atteignent finalement la conscience. » (Freud S., 1915, p. 65.)

Inconscient peut toujours n'être qu'un qualificatif. Mais, comme on l'a vu, Freud est tenté par une sorte de « substantification » de cette notion ; comme souvent en ce cas, il paraît pourtant conscient des difficultés de cette perspective : « Comment parvenir à la connaissance de l'inconscient ? Naturellement, nous ne le connaissons que comme

conscient, une fois qu'il a subi une transposition ou traduction en conscient. » (*Op. cit.* p. 65.)

Il importe de porter attention aux termes de traduction et transposition. La « substantification » réaliste du concept d'inconscient poussera à ce que cette traduction soit considérée comme un processus naturel, une sorte d'échange entre deux systèmes, conception facilitée par les ambiguïtés du concept d'affect et des rapports soma/psyché ; dans ce cas on aura tendance à se représenter des contenus de pensée comme passant d'un côté à l'autre de deux structures de la Topique en fonction des quantités d'excitation neuronique disponibles. Le plus gros risque de cette conception est de négliger l'activité interprétative de l'analyse, qui est effectivement ce qui opère ce passage.

De plus, les difficultés théoriques abondent. Freud se pose, dans le cadre de sa théorie du refoulement, la question de savoir ce qu'est une représentation inconsciente, censée rester capable d'influencer nos comportements tout en restant méconnue : il pose la question d'une « double inscription » et, partagé à nouveau entre une conception réaliste et celle liée à sa pratique clinique, il ne peut trancher (*op. cit.* p. 79, 80). Cette question se repose à propos des affects : existe-t-il des sentiments inconscients ? La question est plus difficile en ce qui concerne l'affect que pour les représentations : l'affect peut-il être inconscient alors qu'il fut tout d'abord pour Freud l'expression psychique d'un déplacement d'énergie neuronale ? De nouveau cela dépend de la conception qu'on se donne de l'affect : si on le fait coïncider exactement avec l'énergie neuronale et en fonction de la théorie du saut qualitatif, on peut le supposer inconscient, mais comment expliquer alors que, même inconscientes, les pulsions restent capables d'actions ? Le refoulement s'adresse en effet à la représentation, qui, pour accéder à la conscience, doit se lier à un affect, ce qui détermine le but du refoulement : « Nous savons aussi que la répression du développement de l'affect est le but spécifique du refoulement. » (Freud S., 1915, p. 84.)

On voit bien qu'à négliger l'activité de l'analyse, la théorisation de l'« Inconscient » comme objet autonome de la vie psychique est bien difficile : si le refoulement opère sur la représentation pour réprimer l'affect, comment expliquer que ces représentations restent actives. Il ne peut y avoir, comme le dit Freud, au sens strict, « d'affect inconscient » et il conclut : « Mais il peut très bien y avoir dans le système des formations d'affects qui deviennent conscientes comme les autres. Toute la différence vient de ce que les représentations sont des investissements-fondés sur les traces mnésiques, tandis que les affects et les sentiments correspondent à des processus de décharge dont les manifestations finales sont perçues comme sensations. » (*Op. cit.* p. 84.)

Pour sortir de l'impasse, Freud propose une séparation totale entre affects et représentations qui seraient comme deux formes d'investissement d'énergie mentale. Mais si on sépare radicalement ces deux formes d'investissements, on risque de retrouver un problème de taille : comment s'associent-elles ? On le voit, cette conception rétrospective de l'inconscient conduit à l'impasse théorique : on ne peut maintenir ensemble la phénoménologie du refoulement et la conception dynamique et économique qui en est faite. Ce qui reste oublié, c'est que la prise de conscience passe par la relation et que les notions de refoulement, d'affect et d'inconscient sont avant tout destinées à rendre compte de la phénoménologie clinique. Leur association trop étroite au concept d'affect conçu comme une entité matérielle autant que subjective tend à confondre, dans un même mouvement, phénoménologie clinique, étiopathogénique et thérapeutique, trois niveaux qui réclament d'être distingués si, du moins, on veut garder quelque clarté et cohérence à la théorie analytique.

Revenons à la question du corps dans la théorie freudienne. C'est lieu d'investissement de l'énergie sexuelle qu'on appelle libido qui se déplace librement en raison, toujours, de la séparation affect/représentation. La théorie du narcissisme qu'il développera en 1914 (Freud S., 1914), ne fera que confirmer et renforcer cette vision du corps comme lieu d'investissement de la libido. Certes, Freud n'a jamais prétendu que la libido était la seule énergie psychique, mais c'est un fait : il n'étudié et défini que celle-là. Même s'il se dit insatisfait de cet inachèvement, et s'il rappelle en 1920 (Freud S., 1920 a) que l'énergie sexuelle n'est pas la seule qui existe et qu'elle doit être associée à d'autres énergies instinctuelles, il n'en reste pas moins que seule la libido est théorisée ; ce n'est pas par hasard.

Cela découle de ce que j'appelle le modèle hydrodynamique freudien : l'énergie libre se déplace aisément de représentations en représentations ; toute la dynamique du refoulement est descriptible en termes d'équilibre énergétique ; dans le psychisme, l'énergie mentale est ce qu'il y a de moins spécifique : non liée à une représentation particulière, elle est échangeable. On peut donc dire que Freud suppose une neutralisation de l'énergie psychique qui circule de représentation en représentations. L'existence d'une autre source d'énergie pulsionnelle, en mélangeant ses propres réalités à celles de la libido, mettrait en question automatiquement le dogme de l'origine sexuelle des psycho-névroses. La libido doit donc, dans les faits, rester le seul acteur énergétique. On voit comment il est impossible d'analyser une émotion sans la faire dériver nécessairement d'un rejeton pulsionnel, d'abord le corps sans faire référence à ce qu'il peut représenter comme lieu d'investissement de la libido. On verra au chapitre suivant le poids que peut exercer cette conception sur toute recherche en psychosomatique.

Freud, certes, a maintenu son système ouvert ; pour lui les pulsions sexuelles « s'étrayaient » (Freud S., 1905, p. 24) sur la satisfaction des besoins organiques, mais rien n'a été dit sur ce qui pouvait se passer au cas où cet étiage ne serait pas possible : que deviendraient, en ce cas, et la libido et le corps et la fonction organique support éventuel d'une pulsion ? Comment penser le corps sans se référer directement au narcissisme et étudier les conditions de son établissement ? Cette notion d'étiage indique que, si le développement de la libido corporelle est souhaitable, comme possibilité pour chacun de nous d'habiter un corps qui lui soit propre et désirable, il n'est cependant ni automatique ni « naturel » ; cette notion d'étiage fait resurgir la question du corps non libidinal puisqu'il indique la limite du modèle freudien dominé par le « dogme » de l'origine sexuelle de toute pathologie mentale et par là de toute forme d'énergie psychique. Si ces apories freudiennes ne sont pas questionnées et dépassées, même lorsque les manifestations somatiques ne seront pas systématiquement considérées comme une forme de conversion hystérique, on finira toujours, comme on va le voir, par les considérer comme des représentants dérivés, plus ou moins lointains, d'un conflit libidinal dont ils signalent indirectement l'existence. L'approche psychanalytique côtoie ainsi toujours de fort près une conception qui considère les troubles somatiques comme autant de représentants des conflits intra-psychiques et le corps comme le « théâtre » du mental. C'est à ce niveau que la distinction proposée par Sami-Ali, entre sens primaire et secondaire (Sami-Ali M., 1987) d'un symptôme, est très précieuse : il importe de distinguer un sens qu'on attribue quoi qu'il arrive à tout symptôme (le sens secondaire), d'un sens qui aurait valeur étiologique dans l'apparition d'une pathologie (sens primaire). Il importe donc de séparer phénoménologie et étiopathogénie.

L'hystérie n'est décidément pas un cas particulier des conceptions psychanalytiques de la pathologie mentale, elle occupe une place centrale au cœur même de cette théorie : la plasticité de la libido, le traitement des émotions par cette sorte de clivage entre représentation et affect sont autant de traits propres à cette pathologie qui continuent à occuper une place centrale dans la théorie psychanalytique et qui l'empêchent sans doute d'étendre son champ d'investigation à d'autres formes de pathologie. L'hystérie ne constitue pas seulement le modèle de base de la psychanalyse, ce qui lui a permis de se définir et de se développer, elle continue peut-être à imposer son mode particulier de traitement des fonctions mentales et psychiques à l'ensemble de la pensée psychanalytique. Il est vraisemblable que, pour dépasser cet obstacle épistémologique et aller du côté des pathologies somatiques, il faille repartir de cette notion d'étiage et d'établissement de la libido, dans une conception du narcissisme conçu comme le déve-

loppement chez l'enfant d'une capacité à construire et habiter un corps propre. Le réalisme psychanalytique et l'hystérisation inévitable de toute approche du corps sont deux perspectives qui ont fortement pesé et gauchit les avancées qui ont été faites depuis Freud dans la recherche d'une définition plus claire et plus opérante de la psychosomatique psychanalytique. Il faudrait éviter que l'impasse théorique ne se double d'une impasse pratique et thérapeutique.

## 4

## LES LIMITES DE L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Comme Sami-Ali (1987) l'a montré, deux approches du trouble somatique se sont développées dans le mouvement psychanalytique depuis Freud. Un de ces courant s'efforce de montrer que les affections psychosomatiques peuvent être mises sur le même pied que la conversion hystérique ; dans cette optique, le corps est toujours conçu *a priori* comme lieu d'expression d'un conflit psychique et ses manifestations comme autant de langages. L'affection est donc fondamentalement considérée comme métaphorique.

Le premier reproche, et le plus convaincant que l'on puisse faire à cette perspective, est qu'elle ne permet pas de distinguer les troubles fonctionnels de ceux qui s'accompagnent de lésions corporelles réelles. Comment, si l'on admet que la nature foncière de toute somatisation est la conversion, expliquer que parfois certains troubles n'atteignent que le corps imaginaire, alors que d'autres affections sont chent au corps réel (où l'anatomie elle-même ou la physiologie sont modifiées) ? Il ne suffit pas de montrer des analogies entre deux phénomènes, un travail d'analyse scientifique se doit de montrer aussi ce

<sup>1</sup> Pour la distinction entre corps réel et corps imaginaire voir Sami-Ali (1977). Cette distinction avait été pressentie par Freud dans son texte de 1894 consacré à la distinction entre les paralysies hystériques et les paralysies organiques. C'est dans ce texte (suite p. 62)

qui différencie certains phénomènes les uns des autres. Dans le cas contraire, ce travail reste sans grand intérêt puisque, après avoir montré que tout est équivalent, il reste à expliquer les différences. D'un plus, au niveau de l'interprétation, cette conception fait courir à l'analyse des risques épistémologiques. Toute la théorie de l'interprétation est basée sur l'existence supposée d'une homologie entre patient et le psychanalyste : ce dernier suppose en effet qu'un même rapport unit chez son patient ce qu'il appelle inconscient et conscient pour lui-même. C'est à cette seule condition qu'un travail d'interprétation est plausible ; poser par principe que toute somatisation est l'expression d'un langage du corps implique qu'une homologie existe aussi entre le fonctionnement corporel et le fonctionnement mental, ce qu'on ne peut, de toute évidence, se contenter d'affirmer sans l'avoir montré, surtout si on tient compte des ambiguïtés du modèle freudien à propos des relations soma/psyché.

Il reste évidemment la possibilité d'étudier toutes ces questions en idéalisant le savoir et la technique psychanalytique où tout le réel pourrait être réduit à la seule réalité de notre univers symbolique. La cure psychanalytique court le risque, en ce cas, de se confondre avec une pratique magique où les désirs de toute-puissance des analystes pourraient trouver un exutoire. L'hystérisation du « corporel » marque en fait, les limites du savoir psychanalytique, et un second courant « psychosomatique » a cherché à étudier la somatisation en reprenant les conceptions freudiennes de la névrose actuelle. Mais tous ces auteurs, malgré leurs efforts pour se détacher d'une conception du corps exclusivement libidinal et pour développer une méthodologie de

que se trouve cette phrase fameuse : « l'hystérique ne connaît pas l'anatomie », ce qui veut dire que l'hystérique invente son corps suivant des schémas qui ne sont en rien conformes au savoir défini par la médecine. Mais faute d'avoir fait l'objet d'une théorisation suffisante, cette ébauche de distinction entre deux réalités corporelles n'a pas fait l'objet d'une grande attention. Pour moi, ces deux concepts introduits par Sami Ali constituent des points idéaux par rapport auxquels il conviendrait de situer toute manifestation corporelle, les pôles d'une pensée dialectique à propos du corps ; le corps réel serait celui qui est défini par le savoir médical, individuelles et collectives, du corps. Mais ces pôles sont idéaux dans la mesure même où la science médicale est elle-même traversée par l'imaginaire, de même que le corps réel sous-tend l'existence même du corps imaginaire : pas de corps réel pur, ni d'imaginaire désincarné, mais des concepts apes à situer toute manifestation du corps. Ils doivent donc être considérés comme deux fonctions qui nous permettent d'évaluer la qualité d'une somatisation quelconque.

1. Je me réfère la surtout à la pensée de G. Bachelard à propos de ce qu'il appelle les obstacles épistémologiques ; voir par exemple : 1934, *Le nouvel esprit scientifique*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 1983 ; 1940, *La philosophie du non*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 1983 ; 1950, *La dialectique de la durée*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 1989. *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, 1989.

la recherche propre à la psychosomatique, se sont vus comme attirés par une sorte de puits de potentiel irrésistible et revenir, tôt ou tard, au point de départ de la théorie analytique : l'hystérie, qui est bien ce modèle incontournable ; toutes choses qui indiquent l'importance d'une réflexion épistémologique.

## L'HYSTÉRIE THÉORIQUE

W. Reich est le premier à avoir effectué ce mouvement de retour à la névrose actuelle. Reich a rendu au concept de stase énergétique toute son importance dans la pathogénie des affections mentales, rôle que Freud n'avait cessé de confirmer mais que, plus occupé par les névroses de défense, il avait un peu négligé au profit de l'étude de l'organisation du monde fantasmatique. On peut même dire que Reich a tenté de réunifier la théorie des névroses en rendant au facteur « actuel » une place prépondérante dans l'étiologie de toute forme d'affection mentale. Toute son œuvre est construite autour du concept de stase libidinale, qui deviendra plus tard la stase « orgonique ». Le refoulement cède le pas au concept de répression et les sexualités vroses de défense sont autant le résultat de la répression de la sexualité par le contexte social environnant que la conséquence d'une inhibition d'origine psychique et infantile.

En ce qui concerne les conceptions des rapports soma/psyché, Reich a établi un parallèle entre la rigidité des défenses caractérielles et une égale rigidité musculaire : l'individu se constituerait une « cuirasse » aussi bien psychique que musculaire, résultat de ses peurs et inhibitions infantiles. Reich établit, donc, un rapport direct entre blocage mental et blocage corporel : « Lorsqu'on a appris à interpréter le langage de l'expression biologique, il est aisé de reconnaître la nature de la cuirasse et la résistance de sa rigidité. Cette expression doit être comprise littéralement : l'organisme d'un tel malade exprime le fait qu'il retient quelque chose. Les épaules paraissent tirées en arrière, le thorax relevé, l'attitude du menton est rigide, la respiration superficielle, le bas du dos bombé, le bassin semble creux et comme sans vie, les jambes sont raides : voilà l'attitude générale de la "retenue". » (Reich W., 1949, p. 306)

Le schéma proposé ici n'est pas exactement celui qui était proposé par Freud dans la conversion hystérique. Le corps n'est pas le lieu d'un langage, il n'est pas utilisé comme l'expression symbolique d'un conflit interne. Tout se passe, pour Reich, comme si le corps et le psy-



chisme étaient comme les faces opposées d'une même pièce ; comme si un même mécanisme se manifestait également et en même temps au niveau et psychique et corporel. Loin d'être lieu de symbolisation, le corps est ici dans un rapport que l'on pourrait qualifier de symétrique par rapport au mental. Mais, en fait, Reich établit une équivalence qui reste fondamentalement de nature analogique : à la rigidité mentale, il fait correspondre une rigidité corporelle. Le lien qui unit corps et psyché est symbolique par théorie analytique interposée : rien en effet ne dit qu'une rigidité mentale doive se traduire par une rigidité physique ; cette équivalence, c'est Reich qui la postule par pure hypothèse théorique, et en référence à son propre imaginaire concernant le corps. On pourrait dire qu'en ce cas le corps est lieu d'expression du psychique par symbolisation du thérapeute interposée. Le désordre corporel reste finalement la traduction du mental et c'est le thérapeute qui détermine la nature de l'équivalence : je propose d'appeler « hystérie théorique » ces situations où le lien symbolique est établi par le thérapeute, en fonction de son imaginaire à propos du corps. Ici, cuirasse psychique ne signifie pas la constitution d'une cuirasse physique, sinon à un niveau métaphorique. Notons cependant que cette notion de cuirasse musculaire peut se révéler utile en ce qui concerne l'appareil musculaire qui est l'organe le plus proche de la vie relationnelle, des désirs et de leur réalisation, ce qui peut expliquer qu'un « blocage mental » se traduise directement par un « blocage corporel » ; mais ce modèle ne peut être étendu à l'ensemble des fonctions biologiques.

Toute l'œuvre de F. Alexander est une tentative de réinterroger le modèle analytique de la somatisation en tenant compte des apports tout neufs, à l'époque, de l'endocrinologie et d'une conception biologique des émotions. On croyait pouvoir disposer, ainsi, d'une théorie qui assure le passage du corps au mental. Le grand intérêt des recherches d'Alexander est qu'il propose une méthodologie de recherche très riche et variée, capable, en tout cas, de rendre compte de la complexité des déterminismes : « Le terme psychosomatique devrait être employé autant dans la recherche que dans la thérapeutique. Cela veut dire l'usage coordonné et simultané des méthodes et concepts d'ordre physiologique, anatomique, pharmacologique, chirurgical et diététique d'une part, et de l'autre psychologique. » (Alexander F., 1950, p. 38.)

Alexander tente bien de définir une approche du corps qui ne soit pas directement dépendante de la conception freudienne : il propose l'étude de neuf facteurs étologiques, au moins, qui vont de l'hérédité au climat affectif du milieu familial en passant par les soins reçus durant l'enfance, pour expliquer la somatisation (*Op. cit.* 40, 41).

Mais la difficulté à laquelle il est confronté, c'est que l'émotion en tant que telle n'est pas un objet psychanalytique, puisque toute forme d'émotion y est décomposable en affect et représentation. Comment établir un lien entre l'émotion et l'affect ? C'est, à nouveau, l'idée de stase, par le truchement, cette fois, d'une inhibition de l'expression émotionnelle, qui semble pouvoir offrir ce lien ; il serait, ainsi, aisé de concilier psychanalyse et endocrinologie : on voit bien comment ce retour à la névrose actuelle tente de donner réalité au concept de stase. Alexander pense que les somatisations sont le résultat d'un déséquilibre du système nerveux autonome (orthosympathique et parasymphathique) ; à l'origine du déséquilibre, l'inhibition de l'expression de vécus somatiques concomitants au surgissement émotionnel. Mais cette conception retourne, inversée, la question de la différence entre des troubles qui aboutissent à une somatisation et ceux qui n'en développent pas : ici, on poserait la question de savoir pourquoi des névrosés ne développent pas de somatisations, alors qu'ils présentent eux aussi de nombreuses inhibitions d'expression émotionnelle et tout aussi chroniques qu'en cas de « somatisation ».

Il n'est pas sans intérêt de s'interroger sur ce que cette théorie a produit comme interprétation des faits cliniques : j'ai choisi d'examiner le cas des affections de la peau étant donné qu'elles constituent le sujet dominant de ce travail. Après nous avoir rappelé les fonctions physiologiques de la peau, Alexander évoque l'inhibition de pulsions agressives, par culpabilité, pour expliquer l'apparition d'eczéma, et la rétention de larmes pour expliquer l'urticaire ; on voit bien que, loin d'aboutir à un repérage du corps réel, cette conception, une fois appliquée à la clinique, retourne inexorablement vers son point d'origine, la psychanalyse, la conversion hystérique et le corps imaginaire. Alors que, comme on a vu que, pour la médecine elle-même, il n'était pas certain que l'eczéma soit une affection cutanée, Alexander, lui, ne semble pas hésiter : il est conduit pas un imaginaire théorique qui voit dans la peau ce qu'elle peut représenter comme source de satisfaction libidinale, les caresses, et la pathologie qui s'y inscrit en négatif, le grattage par agressivité et le vide narcissique.

## L'ÉCOLE DE PARIS

Il est incontestable qu'après Alexander, considéré comme un des chefs de file de l'approche « symbolique » du trouble psychosomatique, l'autre « école » qui a pris le même chemin, pour le mener assez loin est ce qu'on appelle aujourd'hui l'école de Paris. C'est à...

sens, le grand apport d'Alexander fut d'introduire l'émotion dans la définition d'une approche psychodynamique des somatisations, le grand apport de l'école de Paris est d'avoir problématisé, de façon incontournable, la nature de l'organisation mentale des patients psychosomatiques.

Dès leurs premiers écrits (Marty P. *et al.*, 1963), ces auteurs insistent pour montrer que ces patients possèdent un fonctionnement mental particulier, qu'ils définissent de la façon suivante : « la pauvreté qualitative plus ou moins marquée de son système de relation à l'égard de l'objet mental [...] » (*Op. cit.* p. 12.) Ils qualifient cette forme particulière de vie mentale de pensée « opératoire ».

Cette démarche reste strictement freudienne dans la vision qu'elle se donne de l'appareil mental. D'emblée, ces chercheurs ont pensé que le symptôme psychosomatique avait valeur de signe d'un état de déséquilibre énergétique : « Avec un psychosomatique, on s'expose du moins théoriquement à provoquer une surcharge émotionnelle intense qui risque de s'investir dans la dysfonction en cause, avec des conséquences immédiates pouvant avoir une certaine gravité. » (*Op. cit.* p. 19.)

Cette perspective « économique » est fidèle à la conception freudienne de l'appareil psychique et de la névrose actuelle. Ils adoptent trait pour trait l'ensemble des apories freudiennes : « Dans cette perspective, l'activité de représentation absorbe, véhicule et canalise l'énergie, lui assure des issues différenciées et efficaces permettant ainsi au métabolisme psychosomatique de base de fonctionner de la façon la plus économique, c'est-à-dire en ne requérant qu'un minimum d'énergie. » (*Op. cit.* p. 19.)

Un rôle crucial est donné à la stase énergétique et au préconscient comme activité de liaison mentale pour assurer un bon équilibre somato-psychique et limiter les effets néfastes de la stase, la déficience du préconscient expliquant le risque somatique. Aussi, cette conception court le risque d'un hyperréalisme du modèle de la névrose actuelle, puisque toute pathologie est la conséquence de l'impossibilité de liaison de l'énergie mentale. Contrairement à Alexander, ces auteurs n'ont pas tenté d'associer à leur recherche une autre approche du corps que celle que nous avait léguée Freud. En donnant une valeur pathogénique au concept de stase, les hypothèses énergétiques de Freud perdent définitivement toute valeur métaphorique qu'on aurait encore pu leur attribuer pour devenir la réalité corporelle et matérielle source du risque de somatisation.

C'est bien dans ce type de voie que s'est engagé P. Marty, qui pose une continuité entre phénomènes physico-chimiques, mentaux et sociaux : tout phénomène vital est conçu comme le résultat d'une

organisation dynamique de niveaux successifs et hiérarchisés, représentant autant d'états particuliers de l'équilibre les deux instincts fondamentaux : instincts de vie et de mort. Marty reprend et amplifie la conception de Freud à propos de la lutte des « pulsions de vie et pulsion de mort », c'est pourquoi il parle d'instincts. Il justifie cette conception par la théorie de l'évolution, mais qui est celle de Teilhard de Chardin plus que celle de Darwin. Toute manifestation psychique devient le reflet de l'équilibre énergétique entre ces deux instincts fondamentaux, au sein d'une vision qui va de l'inanimé à l'esprit par le jeu d'un accroissement des liens (on voit bien le rôle central que joue dans cette conception le préconscient, qui n'est jamais pensé à partir de celui de l'analyse) : « Un savoir parfait concernerait l'économie psychosomatique d'un individu permettrait de comprendre, à n'importe quel moment, les mouvements fonctionnels d'organisation, de désorganisation [...] ; il permettrait aussi, théoriquement, de prévoir ces mouvements dans la mesure où les changements du monde seraient prévisibles. » (Marty P., 1976, p. 83.)

Peut-on mieux résumer une conception panénergétique ? L'équilibre énergétique est l'organisateur fondamental de notre vie mentale et, si ce n'étaient les incertitudes du monde extérieur, tout comportement serait en théorie prévisible sur cette base. Cette vision court dès lors le risque de réduire l'importance des conflits de représentations dans le développement de la pathologie mentale : le conflit intrapsychique, cher à Freud, risque de perdre le rôle central qu'il occupe dans la théorie analytique et le rôle structurant de l'Œdipe, dogme central de la psychanalyse, risque de se voir réduit. Toutes choses qui, comme on le voit, ramènent aux problèmes laissés en suspens par Freud : quel rapport y a-t-il entre névrose actuelle et psycho-névrose de défense ? quel est le rôle réel joué par la stase « énergétique » dans la pathogénie des affections, c'est-à-dire en définitive, quels sont les rapports entre psyché et soma ? ou encore, le modèle de séparation affect/représentation est-il autre chose qu'un modèle clinique ? peut-on lui attribuer un rôle dans la pathogénie sans courir le risque de buter sur les contradictions du modèle dominé par le fonctionnement hystérique ? En donnant le primat à l'énergétique, Marty réduit l'importance pathogénique de l'inconscient dynamique.

C'est, sans doute, dans ce contexte qu'il faut comprendre la publication en 1984, par M. Fain et C. Dejours, d'un livre intitulé *Corps malade et corps érotique*. L'introduction donne le ton : on affirme tout d'abord que cet ouvrage est destiné à favoriser l'avènement d'une véritable théorie psychosomatique et ce à partir des expériences et des formations que les auteurs ont connues en participant aux diverses activités de la clinique psychosomatique dirigée par P. Marty ; fidélité

à une œuvre dont ils ne tardent, pourtant, pas à se démarquer : « Le corps érotique s'oppose donc économiquement au corps organique et la sexualité psychique est qualitativement d'une autre espèce que la sexualité physiologique ou "animale". (Fain M., Dejours C., 1984, Introduction p. 12.)

Cette phrase, qui postule que l'existence d'un corps érotique protège des affections somatiques, marque une rupture définitive avec les positions de P. Marty, pour qui : « Elle implique la continuité entre l'ontogénèse et la phylogénèse comme la continuité entre la psychosomatique et les sciences physico-chimiques. Aussi bien notre théorie psychosomatique ne peut-elle s'inscrire que dans une perspective totale de l'évolution ». (Marty P., 1976, p. 121.)

On voit bien en quoi ces deux approches se différencient : là où Marty postule une continuité évolutive, Fain et Dejours font de la rupture une exigence dont le principal résultat est (ce n'est pas un hasard) de remettre au premier plan la théorie analytique de la sexualité infantile et du complexe de castration. Fain et Dejours mettent une différence « panénergétique » de Marty puisqu'ils postulent une différence nette entre un corps qu'ils qualifient d'érotique et un corps organique tel qu'il existerait avant le complexe d'Œdipe. C'est à une nouvelle version du saut qualitatif qu'ils nous invitent, rupture qui ouvre la porte à la réintroduction de la pulsion de mort qui, à la différence de ce qui pense Marty, n'est plus un concept purement énergétique, mais devient aussi force de déliaison. On peut se poser la question de savoir ce qui conduit ces auteurs à opposer réalité psychologique et corps organique plutôt que d'analyser leurs intrications respectives. Opposer ces réalités, c'est courir le risque de se couper de zones de recherches intéressantes, mais cela permet à coup sûr de préserver l'intégralité d'une théorie qu'on veut mettre à l'abri de toute surprise. On peut aussi s'étonner de voir le corps physiologique assimilé à un corps animal pour quoi réintroduire cette espèce de dualisme, qui n'est pas propre à l'animal, « inférieure », en nous ? Ce dualisme, qui n'est pas propre à l'animal, « inférieure », en nous ? Ce dualisme, qui n'est pas propre à l'animal, « inférieure », en nous ? Ce dualisme, qui n'est pas propre à l'animal, « inférieure », en nous ?

Au dualisme discutabile des relations corps/psyché, on oppose le dualisme méthodologique tout aussi tranché. Comment penser, d'un point de vue du corps au fantasme et réciproquement ? Il

serait pas étonnant, dès lors, qu'on se trouve, dans cette perspective, assez vite confronté à de grosses difficultés méthodologiques : comment penser la somatisation ? Fain propose dans le cadre des avatars de l'évolution de la sexualité et ce depuis l'enfance. Fain et Dejours proposent, c'est clair, de remettre en selle la théorie psychanalytique la plus classique. Plutôt que d'en réinterroger les ambiguïtés à propos des relations corps/psychisme, le modèle freudien est remis en selle : tel quel, la division entre névroses actuelles et névroses de défense est érigée en principe, l'hystérie redevient l'horizon indépassable de la psychanalyse. La maladie somatique est pour ces auteurs le résultat de la non-expression d'une certaine forme de violence (on retrouve, à nouveau, ce vieux concept freudien de stase !); seule la constitution d'une sexualité « humaine » (grâce à ce que Dejours appelle le pouvoir de subversion de la libido) est capable d'enlever, toute forme de violence à ce qui, en raison de l'animalité supposée, pourrait être appelé « instincts sexuels » ; le passage corps/psychisme est assuré par la libido qui arrache la sexualité à l'« animalité » de notre corps. Comme Reich, ces auteurs utilisent le terme de répression pour distinguer du refoulement les mécanismes mis en jeu en cas de somatisation. Dejours propose d'ailleurs l'utilisation éventuelle de techniques actives pour aider le patient à prendre connaissance de cette violence (Dejours C., 1989, p. 41 à 50) ; une fois cette prise de conscience faite, la violence, par effet d'association à des représentations et par phénomène « économique », se lie et perd en intensité ; elle est, dès lors, traitable par une analyse classique. Comme Freud qui sépare la thérapie analytique des conseils hygiéniques destinés aux névroses actuelles, Dejours propose l'emploi éventuel d'une méthode active pour traiter les patients somatisants et leur faire prendre conscience de leur violence interne. Stase et division de la pathologie en deux grandes catégories, priorité donnée à l'économie tout en reaffirmant la primauté de la sexualité, Dejours, cent ans après lui, se retrouve face aux mêmes apories que Freud lui-même ; se pourrait-il que la psychanalyse se révèle impuissante à les dépasser ?

« Une fois redécouvert par le patient le lien qui rattache la névrose d'angoisse à sa violence, on peut envisager de travailler directement sur cette zone dangereuse et retrouver une signification derrière le traumatisme et le débordement économique. » (*Op. cit.* p. 47.) Ce texte reproduit quasi mot pour mot les textes freudiens. Rien n'a changé, sinon qu'entretiens on a réussi à opposer approches biologiques et psychiques, ce qui est contraire à la pensée même de Freud. Ces propositions n'éclairaient pas le lien soma/psyché, à moins aussi qu'elles ne visent, précisément, à nous écarter de toute tentation d'étu-

dier la nature de ce pont ; c'est peut-être de cette façon qu'on peut comprendre leur volonté de distinguer radicalement approche médicale et psychodynamique.

On peut trouver dans l'ouvrage de Fain et Dejours un des rares textes récents traitant de l'eczéma (1984). Cette étude, très intéressante, rapporte quantité de manifestations cliniques dont j'ai moi-même noté la grande fréquence, comme nous le verrons par la suite. Chez Émilie, l'eczéma a commencé à l'âge de deux mois, au lendemain d'un changement de chambre. Elle est amenée chez sa psychologue par une mère anxieuse et culpabilisée : depuis le début, la relation entre elle et Émilie ne s'est pas bien déroulée et elle ressent, fût-ce confusément, qu'il y a sans doute un rapport entre ces difficultés et le désir qui l'habitait de mettre au monde un garçon. Elle consulte lorsqu'Émilie a quatorze mois contre l'avis du père qui ne croit pas à la chose « psy ». Depuis longtemps, Émilie a le sommeil difficile, elle ne joue pas, se montre facilement inconsolable et présente un léger retard de développement psychomoteur. Toutes ces difficultés s'intriquent à une attitude maternelle faite d'un curieux mélange de surprotection et d'inattention à sa fille ; elle intervient sans arrêt mais comme à contre-temps, comme poussée par ses propres angoisses plus que par l'intuition de ce qu'elle pourrait sentir du vécu de sa fille ; le tout dominé par toute une série d'attitudes qui visent à empêcher Émilie de se gratter, de peur qu'elle n'aggrave encore cet eczéma. Ces attitudes éducatives, fort proches de ce que Sami-Ali a appelé le *Summoi corporel*, induisent une relation d'indifférence, dominée par un cercle vicieux : l'eczéma pousse la mère, déjà très « interdictrice », à renforcer cette attitude pour empêcher un grattage qui pourrait, à son tour, aggraver l'eczéma.

La discussion sur la pathogénie de l'eczéma s'écarte pourtant des observations cliniques : « [...] l'eczéma coïncide avec le moment théorique où la mère peut redevenir épouse et partenaire sexuelle, où les brèches ainsi ouvertes dans la relation mère enfant vont permettre, à travers la censure de l'amante pour reprendre l'expression de Branschweig et Fain, à la fois la constitution de la satisfaction hallucinatoire [...] et l'introduction fantasmatique du père dans cette relation. » (*Op. cit.* p. 16.)

Ce lien direct, entre l'eczéma et la genitalité parentale, va conduire à des impasses théoriques. On insiste, en effet, tout d'abord, sur le fait qu'Émilie a dû faire face, de façon très précoce, à l'absence psychique de sa mère, déçue de la naissance d'une fille ; comment expliquer, dès lors, que son réinvestissement de son rôle d'épouse pose problème ? On nous explique en effet que le déficit d'investissement de la mère entraîne l'apparition d'un eczéma qui contraindrait, en retour, la mère

une surprotection, sans doute ambivalente, puisque destinée à une fille qu'elle ne désirait pas. Jusque là, nous pouvons comprendre et trouver le modèle intéressant : il souligne l'existence d'une contradiction, source d'un cercle vicieux dans l'attitude maternelle. Mais comment alors comprendre cette autre proposition : « La maladie d'Émilie a contraindrait Mme B. à une préoccupation maternelle permanente et envahissante, empêchant le retour à sa sexualité de femme [...]. Il n'est pas dans mon intention d'explicitier ici les raisons pour lesquelles s'établir la profonde complicité de Mme B. avec la maladie d'Émilie, au regard de sa vie conjugale, pour entretenir cette situation voire la créer activement : l'excitation de l'heure du coucher par exemple. » (*Op. cit.* p. 17.)

Ici, le prurit est assimilé à une excitation sexuelle qui conduirait la mère à s'identifier à l'enfant : l'eczéma devient à la fois signe et cause des inhibitions de la sexualité maternelle, alors même que ce serait le désinvestissement qui, dit-on dans un premier temps, poserait problème. Cette proposition, qui est en parfaite contradiction avec les hypothèses précédentes sur le non-investissement maternel, associe le grattage à un plaisir sexuel. On passe ainsi d'une explication dépressive à une explication qui fait appel à la sexualité parentale. Si ces deux modèles ne sont pas contradictoires, il faudrait au moins justifier ce passage de l'un à l'autre. En fait, ce virage, pour le moins hypothétique, se produit grâce à une triple réduction : tout d'abord, de toutes les manifestations corporelles on ne retient, au niveau interprétatif, que la dermatite atopique ; les troubles psychomoteurs ne seront pas pris en considération. Ensuite, l'eczéma, dont on a vu combien la pathogénie posait question, est ramené au prurit, ce qui, par équation symbolique et imaginaire psychanalytique interposé, conduit à faire équivaloir prurit/grattage/absence de caresse et, enfin, grattage à une satisfaction auto-érotique que, même teintée de masochisme, la mère identifie au plaisir sexuel dont elle ne veut pas pour elle-même, ce qui la conduit à réprimer sa fille. On oublie toutes les autres formes de contraintes que la mère exerce sur le corps de sa fille, notamment sur sa motricité, et la signification que cette attitude pourrait avoir.

Les contradictions ne sont pas effacées pour autant : « Il [le grattage] constitue pour Émilie l'apaisement d'une excitation douloureuse, la démanigaison, qui sert de support à un plaisir orgasmique si on la laisse se gratter ; la satisfaction libidinale qui succède à la décharge, d'autant plus complexe qu'elle intéresse le corps tout entier (l'eczéma étant atopique) à cette réserve près qu'Émilie n'a pas accès à tout son corps. » (*Op. cit.* p. 17.)

La contradiction devient inévitable. C'est non seulement la mère qui identifie le grattage à une forme de satisfaction érotique, mais aussi Émilie. Sans que son auto-érotisme se soit développé, ce que l'auteur

a souligné auparavant, comment expliquer qu'elle investisse son corps comme un objet global, source potentielle de plaisir érotique ? On ne peut jouer d'un corps qu'on ne possède pas, même sur un mode prétendument masochiste. La réduction de la clinique à quelques présupposés théoriques est évidente et l'ensemble du texte reste peu cohérent. On peut penser que le piège de l'hystérie théorique a imposé une conception de l'eczéma comme une affection cutanée dont la pathogénie devait, à tout prix, être recherchée dans les avatars d'une excitation sexuelle, ceci grâce à la réduction de la clinique au seul prurit et à l'assimilation de celui-ci à une forme de satisfaction érotique.

## LE MODÈLE POST-KLEINIEN

La pensée de Bion exerce une influence considérable dans les milieux analytiques actuels. Selon lui, la fonction de l'appareil à penser est de permettre de transformer des expériences émotionnelles en représentations. Cette activité de transformation est propre à la fonction *alpha*. Ce modèle reste, en fait, fort proche de celui de Freud (1911) : la liaison des affects à des représentations assurent la possibilité d'une décharge énergétique par sauts discrets, ce qui diminue d'autant la violence potentielle des émotions. Si cette fonction *alpha* est défaillante, les expériences émotionnelles s'accumulent sous forme d'éléments *bêta*. Ces derniers ne sont pas vécus comme des objets mentaux, mais comme des « objets en soi » qui encombrant l'appareil à penser et qu'on va chercher à éliminer, soit par des actions qui court-circuitent l'appareil à penser, soit au moyen d'hallucinations où l'appareil sensoriel est utilisé à rebours. Une possibilité d'évacuation de ces expériences non « digérées » se situerait dans l'appareil projectif mental, zone de fonctionnement à la limite du physiologique, dominée par les préconceptions où Bion place les phénomènes de groupe et les somatisations. La somatisation est donc conçue comme une forme d'évacuation d'éléments d'expériences émotionnelles qui, pour reprendre la terminologie de Bion, n'auraient pas été suffisamment « détoxiquées ». La question qui se pose, dès lors, serait de savoir comment et pourquoi cette fonction *alpha* se trouve défaillante en cas de risque psychosomatique et de différencier cela, par exemple, de risque psychotique.

Il y a, en parallèle, dans la pensée de Bion deux manières d'expliquer la défaillance de la fonction *alpha* : ce déficit est soit la résultante d'une intolérance « énergétique » à la frustration, soit le résultat d'attaques envieuses contre les liens de pensées : coexistence de

d'un modèle actuel et psychonévrotique cher à Freud. Bion donne une importance considérable aux soins apportés à l'enfant pour expliquer son développement mental ; les soins physiques et physiologiques apportés à l'enfant sont le résultat d'un travail de transformation de la mère qui est à l'écoute des signaux de besoins et de détresse que lui adresse son enfant : ce qu'il appelle « capacité de rêverie ». Ce qui est intéressant dans cette perspective, c'est que le corporel-physiologique de l'enfant est en continuité avec l'imaginaire maternel ; Bion, dans cette manière de voir, fournit un modèle pour penser l'étalement du corps et son fonctionnement sont les représentants des qualités parcellaires d'une relation constituée par l'interaction asymétrique d'un imaginaire, d'un côté, du physiologique de l'autre. Bion établit ainsi un parallélisme possible entre les fonctions corporelles et les fonctions de pensée, car c'est la répétition de bonnes expériences de maternage qui permet à l'enfant d'intérioriser la fonction de « rêverie maternelle ». Bion pense que les carences éventuelles de la fonction *alpha* s'expliquent soit par une incapacité constitutionnelle de l'enfant à tolérer les frustrations, soit par une insuffisance des capacités de rêverie de la mère. Ce modèle peut être considéré comme énergétique/actuel puisque l'appareil psychique se constitue pour lier les expériences émotionnelles les plus primitives à des représentations, ce qui les détoxique, et on pourrait considérer que la psychosomatique biomienne appartient au modèle de la névrose actuelle.

Mais l'incapacité éventuelle de la fonction *alpha* est aussi conçue comme le résultat d'attaques envieuses contre l'appareil à penser, comme le résultat d'attaques envieuses contre l'appareil à penser, en fait, comme si Bion essayait de synthétiser son apport propre avec celui de M. Klein : l'envie, la haine et la gratitude sont au centre de sa théorie, et il utilise abondamment les défenses dites archaïques comme le clivage, d'identification projective et d'introjection, pour expliquer la pathologie. L'éjection hors de soi des éléments *bêta* ne peut donc être vue seulement comme une pure décharge « économique », mais aussi comme un mécanisme de défense psychique, aussi primitif soit-il, contre des vécus émotionnels psychiquement intolérables : la théorie de Bion peut donc être considérée comme associant étroitement les conceptions de la névrose actuelle à celle de la névrose de défense. Tout se passe comme si, après avoir survalorisé les facteurs « économiques » en « actualisant » les psychoses, Bion proposait aussi une lecture des formes dites archaïques de pathologie comme des formes de défenses contre un conflit intra-psychique ; dans cette perspective, la somatisation redevient le signe d'un conflit intrapsychique qu'elle traduit, fût-ce indirectement. Ce qui devrait conduire à s'interroger à nouveau sur le lien qui va du soma au psyché : comment l'évacuation d'un vécu intolérable produit-il un accident

somatique ? Comme Freud, on peut se tourner vers l'hypothèse de la stase, ce qui, tôt ou tard, posera la question du choix d'organe puisque la somatisation est le reflet d'un conflit interne dont il est bien tentant, par imaginaire analytique interposé, de supposer que la nature influence le type d'organe atteint : la somatisation reste potentiellement un langage ; le considérer comme archaïque ne change décidément rien à sa nature profondément hystérique.

Si, sur un plan clinique, il est indéniable que le modèle de Bion peut se révéler utile pour déchiffrer certaines situations pathologiques complexes telles que la psychose, il importe cependant de souligner, au niveau théorique, que le concept de fonction *alpha* ne peut, à strictement parler, dépasser le niveau de la phénoménologie. Malheureusement, son extension à un modèle de développement normal de l'enfant, outre le fait que cela risque de conduire à négliger l'activité « *alpha* » de l'analyste, tend à donner une légitimité réaliste à ce qui n'est qu'un modèle : ce qui est assez surprenant, c'est que, bien qu'il n'ait jamais travaillé avec des enfants, Bion fasse systématiquement appel au développement psychique du bébé pour étayer sa théorie. Il justifie continuellement ses propositions en les présentant comme le mode « naturel » de développement psychique de l'enfant sans parler d'observations concrètes d'enfants. Il faut souligner le risque de circularité de cette démarche : parti de la clinique de la psychose considérée *a priori* comme la forme de pathologie la plus infantile et archaïque, on en explique l'étiopathogénie en faisant référence à des failles de développement survenues dans l'enfance dont la croissance des fonctions de pensée est conçue exclusivement à partir de la clinique de la psychose. Il serait sans doute plus prudent d'étudier cet enfant et son développement normal de plus près.

Ce réalisme est particulièrement net lorsqu'on considère la théorie de l'identification projective, dont on connaît l'importance dans cette approche : on la conçoit comme une éjection hors du moi de vécus insupportables, ce qui les priverait des possibilités d'une symbolisation ultérieure ; alors qu'il s'agit, sans doute et avant tout, de la manifestation d'une difficulté particulière pour l'analyste de traduire, en ses termes habituels, la clinique à laquelle il est confronté : n'a-t-on pas substitué une difficulté du patient à une difficulté de l'analyste ? Ceci rejoint une difficulté essentielle de celui qui serait habitué de trouver l'inconscient névrotique de celui qui serait habitué de trouver la symbolisation propres à expliquer l'apparition de la psychose, des somatisations ou des toxicomanies ? Comment distinguer ces diverses formes de pathologies les unes des autres ?

Ce n'est pas un hasard si, au bout d'une longue expérience clinique avec des patients « psychosomatiques », J. Mc Dougall interprète les

somatisations comme la manifestation d'une « hystérie archaïque » (Mc Dougall J., 1989, p. 82) par laquelle l'organisme en péril enverrait des signaux de détresse à son environnement. Cela résume les difficultés pour l'analyste clinicien de situer la place du corps dans sa pratique quotidienne ; après bien des détours, la psychanalyse retourne à une interprétation symbolique du trouble : la manifestation somatique est non seulement le signe d'un dysfonctionnement mental mais une forme de langage ; l'utilisation du terme archaïque ne change en rien cette perspective psychanalytique où l'hystérie reste décidément incontournable, sinon qu'il indique la prudence qu'il convient d'avoir dans l'interprétation en ne considérant pas la somatisation comme dans l'interprétation en ne considérant pas la somatisation comme dans l'interprétation. Loin de penser le corps réel, on est reconduit à ne pure métaphore. Loin de penser le corps que sous l'angle de l'investissement libidinal, plus envisager le corps que sous l'angle de l'investissement libidinal ; d'autant que la théorie analytique insiste sur la plasticité de la libido : toute zone du corps peut être *a priori* l'objet d'un investissement étroit et le représentant lointain d'un conflit intra-psychique. Ce qui est gênant dans ce modèle analytique tel qu'il continue d'exister aujourd'hui, c'est qu'en matière de psychosomatique le lien somatopsyché est postulé plus que démontré, ce qui ouvre la porte aux critiques acerbes et justifiées telles que celles de Dantzer. La conception hétérodoxe de la séparation affect/représentation, si elle peut s'avérer utile dans le cadre de l'étude des psychonévroses, ne peut guère être étendue à d'autres domaines sinon en lui conservant une valeur purement phénoménologique ; à vouloir lui attribuer une valeur pathogénique, on retombe tôt ou tard à une conception hystérique de la somatisation. De plus, cette distinction possède un grand pouvoir d'occultation ; l'affect, comme on l'a vu, est une notion qui peut accepter et une définition psychique et une définition organique ; il peut ainsi être assimilé à « vécu corporel », dont on néglige de définir la nature exacte ; de cette manière, la dialectique affect-représentation peut remplacer celle du corps et de l'esprit ; pourquoi s'interrogerait-on sur ces relations si cette théorie de l'affect, à la fois corporel et psychique, fournit le « chaînon manquant » entre ces deux réalités ?

## CRITIQUE DE LA NOTION DE STASE

De plus, le concept de stase doit être critiqué. Tout d'abord, c'est une conception des rapports soma/psyché qui est présente dans les conceptions populaires de la médecine ; la réticence d'affects y est conçue comme origine de la pathologie ; son inscription dans notre

imaginaire collectif explique d'ailleurs peut-être pourquoi la pensée analytique a autant de mal à s'en débarrasser. Ceci ne veut pas dire *a priori* que cette conception est fautive, mais que le propre d'une théorie scientifique des rapports soma/psyché est de lui fournir une assise solide, une démonstration des points de passage. Freud a donné à cette notion un semblant de confirmation scientifique en utilisant un certain nombre de conceptions scientifiques de son époque (Assoulin, J.-L., 1981). On sait, aujourd'hui, que son modèle, construit à partir d'une certaine conception énergétique du fonctionnement cérébral dans son est faux en ce qui concerne le fonctionnement cérébral de l'état de veille et de sommeil, ce n'est pas un niveau énergétique, mais une organisation interne différente (Debru Ch., 1990) : l'état de veille n'est pas plus « énergétique », plus excité que celui de sommeil ; c'est l'ensemble du fonctionnement cérébral qui se modifie. Il faut donc bien prendre le concept de stase et la théorie économique de Freud pour ce qu'ils sont : des fantasmes ; rien ne dit *a priori* qu'en cas de psychosomatique, quelque chose de l'ordre de l'émotionnel, de l'affect, est retenu, non exprimé, à l'intérieur du patient. Si un vécu émotionnel ne se constitue pas en tant que phénomène psychique, rien ne dit que cela produise une stase physiologique ; le destin des concomitants physiologiques des émotions ne peut être conçu de cette manière que dans le cadre des conceptions physiologiques et scientifiques qui étaient celles de l'époque de Freud ; il y a donc d'autant lieu de l'interroger qu'il facilite occultations et confusions, notamment entre les niveaux phénoménologiques, pathogéniques et étiologiques, si les conceptions économiques des névroses, il est risqué d'étendre ce plan de la phénoménologie des névroses, mais surtout de ce modèle non seulement au niveau étio-pathogénique, mais surtout de l'appliquer tel quel à toute forme de psychopathologie. Si un lien entre l'émotionnel et la somatisation existe, il doit être montré. Il est donc utile, avant toute chose, d'étudier le lien soma/psyché en se plaçant la fois du point de vue de la biologie et du psychisme, c'est-à-dire en montrant l'importance biologique du fonctionnement mental et relationnel. Il faut interroger les influences réciproques de ces deux entités, leur éventuel étayage conjugué ; quelles sont les circonstances qui favorisent l'écllosion d'une vie mentale riche ? Dans le cas contraire, quelle influence peut avoir, à son tour, cet arrêt de l'émergence du psychique sur le corporel ? À ce titre, la notion d'étayage sur laquelle s'appuie la théorie psychanalytique, sans chercher à en définir les modalités exactes, pourrait s'avérer utile ; quel est le destin du corps en l'absence d'étayage, quel est le corps qui permet cet étayage ? À ce titre, le concept de « fonction de l'imaginaire » et de son refoulement

ce terme toutes les activités soutenues par un processus de projection corporelle, telles que le rêve, la rêverie, l'affect, le jeu, le fantasme, la croyance, le mythe, l'hallucination et le transfert, on ouvre la porte à l'étude du fonctionnement corporel pour étudier le développement du fonctionnement mental. De plus ces fonctions sont des réalités à la fois subjectives et biologiques : on peut en repérer des traces physiologiques, et ces activités, présentes chez les animaux, pourraient être soumises aux lois de l'évolution des espèces au sens darwinien du terme. De même, l'étude de l'évolution/construction des fonctions de pensée, comme la représentation du temps et de l'espace, devrait permettre de penser le passage progressif de la pensée onirique (absence de temporalité et espace d'inclusion réciproque) à la pensée logique (temporalité linéaire et espace tridimensionnel). Il n'est pas impossible que, de ce point de vue, la nature des soins apportés à l'enfant ait une influence déterminante sur ses possibilités de représentation, c'est-à-dire de projection.

On peut dire de façon schématique, au terme de ce voyage au cœur des épistémologies psychosomatiques, que si nous nous sommes trouvés face à une vision médicale fort proche du corps réel, productrice, idéalement, de vérités généralisables mais incapable de rencontrer l'histoire et la variabilité individuelle, la perspective psychanalytique, pétrie d'histoire et de vérités individuelles, reste incapable d'intégrer les données du corps réel, toute obnubilée qu'elle est par son propre imaginaire du corps comme corps libidinal. Les questions autour du temps, de ses représentations, de sa pensée et de l'histoire, d'une part, et du corps réel de l'autre, continueront à nous servir de pôles dialectiques de réflexion dans une recherche des liens qui vont du corps à l'esprit, et réciproquement, à travers la clinique.

---

# 2

TEMPS ET IDENTITÉ :  
LES TROUBLES DU RYTHME  
CHEZ L'ENFANT



## LA TEMPORALITÉ ET L'IDENTITÉ

Le travail en pédopsychiatrie me met depuis des années face à ces enfants qui, sans être sujets à une déficience mentale, présentent des difficultés plus ou moins importantes d'apprentissage. La compréhension de ces troubles reste aujourd'hui encore fort incertaine ; leur dénomination reste purement symptomatique puisqu'il suffit d'associer à une fonction cognitive déficiente le préfixe de « dys » pour désigner une pathologie extrêmement variée dans ses manifestations, sa gravité et ses associations : on parle ainsi de dyslexie, de dyscalculie ou de dysorthographe, ce qui a au moins le mérite de garder la nosographie au plus près de la phénoménologie clinique aussi longtemps que la pathogénie de ces affections reste méconnue, d'autant que, de ce point de vue, deux tendances s'opposent actuellement. Il est évidemment d'autant plus tentant de relier ces troubles à un quelconque déficit d'ordre somatique et neurologique que ces troubles s'associent souvent à des troubles de mémoire, de l'attention ou à de l'instabilité psychomotrice, hypothèse sans aucun doute utile mais qui aujourd'hui encore ne parvient à rendre compte ni de l'ensemble de la symptomatologie, ni de son évolution, ni des modalités thérapeutiques.

De son côté, la pensée analytique tend à présenter ces affections comme des formes atypiques de pathologies psychotiques de l'enfance, ce qui, sans être totalement faux, se révèle insatisfaisant et sur un plan théorique et sur un plan thérapeutique : il ne suffit pas de montrer des analogies entre différentes affections, il faut aussi montrer ce qui

les différences à partir du moment où on cherche à en définir l'approche thérapeutique. En fait, comme l'a montré Sami-Ali (1994, 1977, 1990), ces pathologies, que j'appellerai dorénavant troubles instrumentaux, peuvent être comprises comme le signe de difficultés pour ces enfants à construire ces fonctions essentielles à la pensée et l'espace et le temps. Cela en rend l'étude malaisée puisqu'ils sont l'espace et le temps. Cela en rend toute possibilité de penser nous conduit aux confins même de toute possibilité de penser le cœur donc d'une sorte de paradoxe où il faut penser ce qui reste en limite du dicible. Il nous faut retrouver ces formes de pensées en l'« interne » ne se distingue que peu de l'« externe » et où le temps contracte un peu à la manière de ce que Lewis Carroll a fait avec Alice. Or, comme Kant l'a écrit, « le temps est la condition formelle *priori* de tous les phénomènes en général. L'espace, comme forme pure de toute intuition externe, ne sert de condition *a priori* que des phénomènes extérieurs. Au contraire [...], le temps est la condition *priori* de tous les phénomènes en général, la condition immédiate de phénomènes intérieurs (de notre âme) et, par là même, la condition médiate des phénomènes extérieurs. » (Kant E., 1787, p. 92.)

La représentation de la temporalité et de l'espace sont des conditions essentielles à toute possibilité de pensée. Toute prise de conscience n'est possible qu'à cette condition : elle se construit sur la base d'une représentation stable de la temporalité et de l'espace comme espaces séparés. Comment dès lors penser ces troubles qui nous montrent que ces fonctions de pensée, loin d'être constituées *a priori*, ce qui par habitude et par facilité nous feignons de croire, doivent être construites durant l'enfance ? Comme je vais le montrer par des exemples cliniques, les troubles instrumentaux sont autant de signes des difficultés rencontrées par l'enfant dans la constitution de ces fonctions qui se situent à la limite du corporel et de la représentation aux cœur d'une dynamique relationnelle qui s'appuie sur le développement neurologique de l'enfant où l'affectif ne se sépare pas de cognitif ; complexité des déterminants qui souligne, une fois encore les difficultés de leur approche. Dans cette recherche, je me limiterai la question du temps, ce qui nous conduira à nous interroger sur la nature de la signification qu'on peut attribuer aux somatisations, à leur interprétation, axiome incontournable d'une démarche psychosomatique.

« À cet égard, la connaissance du temps ne bénéficie naturellement d'aucun privilège. Elle ne saurait être immédiate et intuitive ou bien elle se condamnerait à n'être que pauvre et fruste. Pour s'enrichir cette connaissance, comme toutes les autres, doit s'exposer. Le temps doit donc s'enseigner et ce sont les conditions de son enseignement qui forment non seulement les détails de notre expérience mais encore le

masses mêmes du phénomènes psychologique temporel. » (Bachelard G., 1950, p. 31, 32.) Selon Bachelard, le temps et la durée ne peuvent être réduits à de simples « percepts » : le temps, pas plus qu'une autre fonction psychique ne jouit d'un privilège particulier, il doit être construit. Que ce soit à travers les notions de névrose infantile, d'après-coup ou de répétition, la psychanalyse est habitée par la question du temps. À la rencontre du vécu interne et des conditions externes, l'aveu psychique est, par excellence, un lieu de complexité ; la signification des particularités de son fonctionnement n'est ainsi accessible que par l'histoire. Le véritable génie de Freud, et ce qui continue encore, sans doute, un des aspects les plus modernes et récents de la psychanalyse, est d'avoir situé, d'emblée, l'origine des troubles psychiques d'un patient au cœur de son histoire personnelle. Contrairement aux idées prévalentes de son époque qui voyaient, dans les manifestations hystériques, la matérialisation d'un processus de dégénérescence ou d'une faiblesse « constitutionnelle », il a mis sur l'histoire particulière de chacun de nous pour expliquer nos variations caractérielles et symptomatiques individuelles. Il est impossible d'attribuer un sens personnel à une manifestation quelqu'elle soit, à moins de lui donner une signification historique : si la généralisation peut se passer de l'histoire, la personnalité singulière n'est explicable que par celle-ci.

Or tout s'est passé comme si, pour Freud, la temporalité en tant que fonction mentale ne posait pas question. Il faut, en effet, bien constater que, mis à part le texte consacré au « bloc-notes magique », Freud est resté fort discret sur ces questions de l'espace et du temps : il s'est contenté d'utiliser le sens commun d'une temporalité linéaire pour rendre compte de sa clinique. Comme le montre remarquablement Sami-Ali dans son dernier ouvrage (Sami-Ali, 1990), il faut retourner à l'histoire personnelle de Freud et à sa gaucherie contrariée pour comprendre cette lacune. Plutôt que de se poser la question de l'existence possible d'un temps imaginaire, Freud a préféré relier la question de la répétition à celle de la pulsion de mort, comme un phénomène général de retour à l'inorganique, ce qui ne va pas sans quelques difficultés théoriques et pratiques (Van Eck L., 1990).

Dans cette perspective qui ne questionne pas la possibilité d'un écart possible entre le temps social (le temps ne peut être considéré que comme une représentation) et le temps psychique de tel ou tel individu (la temporalité est conçue comme une réalité, qui à toutes les apparences et les séductions de l'évidence d'une « perception de réalité » ; ce qui en retour occulte toute question sur la manière dont la cure psychanalytique vient s'inscrire dans une temporalité propre à chaque patient, voire à une absence de possibilité d'inscription temporelle.

Cette conception « réaliste » du temps a même conduit un auteur tel que Meltzer, dont on connaît la finesse des intuitions cliniques, à considérer que c'est même cette forme de temporalité sociale que nous organise la cure analytique dont elle assurerait le décours « naturel » : « Face à la mise en forme de la dynamique, le premier week-end arrive comme un loup dans la bergerie et je n'ai encore jamais vu un enfant entendu parler d'un enfant qui ne revienne le lundi dans un état de rage intérieure. [...] Les deux processus, le soulagement résultant de la compréhension et le choc de la séparation, lancent le rythme qui constitue, pour ainsi dire, le flux et le reflux du processus psychanalytique se reproduisant sur plusieurs fréquences, séance après séance, semaine après semaine, trimestre après trimestre, et année après année. » (Meltzer D., 1967, p. 58.)

Le temps, dans ce contexte, apparaît bien comme une réalité matérielle, potentiellement identique pour tous ; il n'y a pas place pour un écart possible entre la représentation sociale du temps et la manière dont cet objet culturel s'inscrit en nous ; Meltzer postule une adéquation entre le temps social et l'histoire naturelle de la cure, qui implique que le temps ne puisse être investi comme un « espace imaginaire propre à chacun de nous quant à son organisation et aux fantasmes qui l'habitent.

Ni le temps, ni l'espace, en tant qu'objets psychiques (fonctions pensées) ne peuvent, en aucun cas, être considérés comme des représentations d'expériences sensorielles ; cette perspective conduit à des pièges d'un réalisme naïf. L'identité, l'espace et le temps se développent conjointement et leur construction progressive est aussi indissociable à la pensée que leur apparition signe l'établissement de celle-ci. Comme on va le voir, le développement de ces fonctions de pensée n'est possible que si l'individu dispose d'un corps qui lui appartienne réellement car, comme l'a montré Sami-Ali, le corps propre constitue notre schéma fondamental de représentation (Sami-Ali, 1970.)

Or, plus que dans d'autres cas, les ensembles familiaux dont sont issus les enfants présentant des troubles instrumentaux nous ont semblé soumis à une pathologie de la répétition : leur vie peut être vue comme la répétition d'échecs multiples et de toutes natures, soit au niveau somatique, social ou économique, ces familles et échecs marquées par un destin bien funeste : accidents, maladies et échecs succèdent et se répètent. Qu'on me comprenne bien : il ne s'agit pas de transformer une constatation empirique, une simple phénoménologie clinique, en loi générale, mais, tout simplement, le terme d'héritage nous invite à réfléchir au temps comme continuité et discontinuité la fois. Toutes les manifestations « psychosomatiques » ne se déroulent pas dans un contexte de ce type ; certaines somatisations semblent

attendre des individus exempts de ce passé familial catastrophique et, si causalité psychique il y a dans l'origine de leur affection, elle semble ne pouvoir être recherchée que dans l'histoire individuelle de ce patient particulier. Mais notre expérience clinique nous a, souvent, confronté à cette sorte de réalité : un destin de somatisations semble faire partie d'une sorte d'héritage mental qui peut prendre des allures caricaturales comme dans le cas de Julien et de Noël. Que ce soit sous forme d'héritage ou de répétition, les questions de la représentation du temps et de la différenciation par la constitution d'une histoire personnelle et de la différenciation psychique sont au cœur de cette forme de pathologie et des cas exposés dans ce chapitre, bien que pour chacun d'eux ce soit un seul de ces aspects qui sera mis en évidence.

## JULIEN ET L'INDIFFÉRENCIATION

Julien nous fut adressé au centre de guidance dès l'âge de 3 ans, pour rééducation orthophonique. Atteint d'une division palatine congénitale, il a déjà subi plusieurs interventions chirurgicales depuis l'âge d'un an et demi. Il nous est envoyé, sur prescription médicale, pour rééducation des troubles orthophoniques consécutifs à cette malformation et aux opérations chirurgicales qu'elle a nécessitées.

D'emblée, cette demande, bien légitime et médicale, est associée à un monde complexe et quelque peu confus de représentations et de fantasmes : cette infirmité serait due au fait que la mère aurait pris des médicaments anti-diabétiques durant sa grossesse, c'est du moins ce qu'elle nous dit. Nous apprenons, aussi, non seulement que la mère de Julien est obèse, ce qui explique sans doute son diabète, mais que c'est la raison pour laquelle elle n'aurait pris conscience de son état de grossesse qu'avec des mois de retard. Des médecins lui auraient dit, en outre, que, si cet enfant était né porteur d'une infirmité, c'était de sa « faute », en raison de ses négligences répétées. Nous nous trouvons donc, dès les premières rencontres, face à une mère qui entretient un rapport très particulier à son corps propre : comment expliquer en

1. Mise à part Gisèle, les situations cliniques exposées dans ces deux chapitres 5 et 6 ont été discutées au sein du groupe de recherche en psychosomatique que j'ai le plaisir d'animer depuis plus de huit ans à Namur, dans le cadre des services de Santé mentale de la province de Namur. Ce groupe est composé de Mmes M. Brouwers, orthophoniste, M. Debar, B. Servais, B. Devaux, psychomotriciennes, N. Poolen, B. Rehaha-Eidelman, pédopsychiatre, et de M. C. Dehaye, psychologue. L'observation de Julien a été effectuée par Mireille Brouwers.

effet qu'elle n'ait pris conscience d'être enceinte que grâce, semble-t-il, à une modification de son image corporelle externe? Comme si incapable de ressentir et d'utiliser toute information venue de l'intérieur du corps, elle n'avait pu se savoir enceinte qu'après avoir vu son corps se transformer, modification que son obésité tend à lui cacher tout, ici, est d'emblée dans le paradoxal, la confusion des zones et des identités corporelles et psychiques ; le visuel tend à remplacer les perceptions internes.

Nous n'aurons jamais de contact avec eux, mais il faut souligner que la famille se compose encore d'un garçon, d'un an plus âgé que Julien et que le père, présenté comme un homme admirable par sa charité et son dévouement aux autres, exerce la profession de banquier. Mais se passera comme si cette mère, culpabilisée par plusieurs fausses couches antérieures, son diabète, et l'infirmité de Julien, maintenait le père à distance, profitant ainsi de l'espace thérapeutique donné à son fils pour y trouver elle-même quelque soutien : toujours présent longtemps à l'avance dans la salle d'attente, ce couple mère-enfant devint un véritable personnage du centre de guidance ; connu de tout le monde, il connaît tout le monde ; ils interpellent et échangent des informations en abondance, et avec les patients, et avec les soignants. Julien, mère de Julien est particulièrement avide de conseils qu'elle puisse recevoir de tout le monde sans qu'on ait l'impression qu'elle puisse utiliser, car, comme nous allons le voir, ses attitudes éducatives et relationnelles à Julien sont marquées par une grande stabilité et un pouvoir élevé de répétition. Pendant ces longs moments d'attente Julien agit d'un mur à l'autre de la salle d'attente, ajoutant ainsi du bruit à l'agitation que les conversations avides de sa mère y provoquent.

Très rapidement l'évolution thérapeutique de Julien adopte un caractère fluctuant : à des améliorations spectaculaires mais transitoires succèdent des régressions tout aussi massives qu'incompréhensibles. C'est ce que mettra en évidence notre discussion en séminaire avec plusieurs années de stagnation du processus thérapeutique. Car il semble bien que, sans notre volonté de réfléchir à ces situations cliniques, cette sorte de blocage serait inaperçu : tout s'est passé durant ces longs mois, comme si, à chaque fois, l'espoir renouveau d'une amélioration momentanée occultait, à nos yeux, les moments de régression qui leur faisaient suite systématiquement : ce couple mère-enfant avait pris place au cœur de notre service, il faisait partie de « meubles » sans que cela nous pose problème. Une fois constaté, le caractère fluctuant va nous amener à nous interroger sur la nature du lien qui va de Julien à sa thérapeute, mais aussi sur le rôle que jouent dans ces variations, l'évolution du besoin relationnel de la mère, et comment elle confondre sa propre demande avec celle de son fils. Par

investir le monde relationnel de cette famille. Mais cela ne s'est pas fait sans difficultés : nous restions comme sans mémoire de Julien, incapables de restituer notre histoire thérapeutique commune. Bien des événements s'étaient pourtant produits, mais tout s'était passé comme si, confrontés à de multiples paradoxes et confusions, il nous avait été difficile d'établir mentalement la continuité du travail thérapeutique entrepris avec Julien.

Le premier paradoxe est celui du décours temporel de cette prise en charge : d'un bout à l'autre de celle-ci, et Julien et sa mère se sont montrés identiques à eux-mêmes, malgré les fluctuations que j'ai déjà signalées : après cinq ans de travail, Julien présentait le même trouble d'articulation que celui qu'il avait au premier jour ; tout s'était passé comme si ses améliorations passagères nous avaient donné le change et nous avaient rendus aveugles sur la nature réelle de ces changements instables. Mais, en reconstituant, dossier en main, cette histoire thérapeutique, nous avons été obligés de reconnaître que, outre la régularité des fluctuations, une autre irrégularité (ou vaut-il mieux dire l'absence de ses séances de thérapies, pour des raisons de maladies et d'opérations chirurgicales, qui le touchaient lui ou sa mère indifféremment ?) s'était introduite à notre insu : Julien fut régulièrement absent de ses séances de thérapies, pour des raisons de maladies et d'opérations chirurgicales, qui le touchaient lui ou sa mère indifféremment ; ce qui entraînait parfois de longs mois d'interruption. Ce phénomène s'est encore accentué lorsqu'à l'âge de cinq ans, donc tardivement, il est entré à l'école maternelle. Julien a commencé à présenter, à ce moment, des crises d'asthme, relayées par de multiples affections de la sphère rhino-pharyngée.

Nous avons appris aussi de cette façon que, outre les problèmes que nous connaissons déjà, Julien souffrait encore d'insomnie, de régurgitations et d'encoprésie. Toutes choses que nous avons apprises comme incidemment et toujours de manière furtive, entre deux portes, au moment du départ. Sur un plan phénoménologique, tout s'est passé comme si continuité et discontinuité temporelle ne pouvaient se distinguer : la régularité est comme assurée par la discontinuité ; la discontinuité des fluctuations semble assurer la stabilité de nos échanges qui, bien que changeants, restent identiques à eux-mêmes, et ce malgré une histoire pleine de rebondissements qui semble nous ramener inexorablement à notre point de départ. Tous ces événements, que nous avons vécus et que nous pensions aptes à assurer des transformations relationnelles et mentales, nous conduisent, après cinq ans d'efforts, à constater que rien n'a changé. Sur un plan purement clinique cette famille semble cultiver un paradoxe au niveau temporel : continuité et discontinuité sont dans un rapport d'équivalence.

Outre ce paradoxe nous avons dû faire face à quelques confusions. Une indistinction importante existait entre Julien et sa mère : il était difficile de distinguer dans la demande de traitement ce qui incomrait

au désir de soigner Julien du désir de sa mère d'obtenir pour elle-même un lieu d'écoute et d'échange, sans pouvoir nous le demander clairement. Nous avons dû résister souvent à son envie d'envahir le temps et l'espace thérapeutique de son fils : plusieurs fois, nous avons précisé les limites lorsqu'elle avait tendance à reproduire ce de façon excessive. D'autant qu'elle avait tendance à reproduire chez elle, de façon assez mécanique, les « exercices » qu'elle avait effectués par l'orthophoniste, créant ainsi deux confusions supplémentaires : l'une spatio-temporelle, l'autre d'identité. Cette confusion déroulait aussi sur un plan corporel. Comme sa mère, Julien était obèse. De plus, Julien fut opéré, à plusieurs reprises, en alternance temporelle avec sa mère (ce qui explique la durée importante de certaines absences puisque la mère semblait être la seule personne apte à mener en thérapie).

Outre cette confusion identitaire par symétrie temporelle, les opérations chirurgicales, de la mère ou de Julien, semblaient induire une sorte de confusion corporelle : comme sa mère, Julien fut opéré à un niveau ORL en alternance avec des opérations qui touchaient les intestins, ou encore la zone génitale, ce qui, outre la confusion d'identité corporelle, semblait établir une confusion entre les zones de celui-ci par un renversement haut/bas. À chaque fois, il s'agissait de résoudre soit un diverticule, soit son prépuce jugé soit trop long, soit « fait ». Il faut noter aussi que cette confusion semblait toucher l'ensemble de la famille car, avant l'accident que nous allons relater, Julien dormait indistinctement avec son père, ou sa mère, ou son frère, chacun supportant et son épouse et son oncoprêtre. Après cet accident il dormira avec sa mère, qui parfois l'appellera « papa ». Le terme de cette reconstitution, il paraissait assez évident que Julien ne posait d'un espace mental propre fort restreint, tout envahi qu'il était par celui de la mère. Il restait à nous demander, outre ce paradoxe des confusions signalées, de quelle nature étaient les relations d'impuissance thérapeutique, de quelle nature était l'impuissance que nous aussi englobés dans cet espace mental restreint imposé par la mère et devenus incapables de penser ? À la difficulté d'inscrire cette histoire dans sa diachronie, qui répondait sans doute en miroir à l'absence d'inscription temporelle de Julien et de sa mère, s'ajoutait l'indifférenciation des corps et des pensées qui gênait considérablement nos capacités d'élaboration.

Un événement dramatique, qui a eu lieu dans le décours même de nos rencontres, a servi de catalyseur à notre réflexion ; il nous a semblé très révélateur du lien qui existait entre cette femme, son enfant et nous. Au cours de vacances qu'ils avaient passées en montagne,

la production hydro-électrique, leur embarcation s'est renversée alors qu'ils s'étaient approchés trop près, au delà des limites autorisées, des installations industrielles de ce barrage. Julien ne dut son salut qu'à la présence d'esprit d'un cousin, à peine plus âgé que lui, tandis que les autres occupants de la barque, son père, son frère, et le père de ce cousin, périssaient noyés.

Outre le caractère dramatique de cet événement, ce deuil devait s'accompagner d'une faille financière totale. Ce père, tant adulé, avait laissé des dettes telles que la mère serait, à jamais, incapable de rembourser ; nul ne pouvait trouver d'explication à cette hémorragie financière qui plaçait brutalement cette famille dans une situation de marginalité irréductible. C'est avec plusieurs mois de retard sur le calendrier prévu que Julien a repris ses séances de thérapie, mais rien de ce drame ne nous a été communiqué, ni par lui, ni par sa mère : l'absence était due à une recrudescence de ses crises d'asthme ! Cela montre à quel point sa mère se montrait avide de communication mais combien cette communication était partielle et filtrée : la réduction d'un ce drame à la présentation qui en était faite, à savoir une recrudescence de ses crises d'asthme, nous paraissait typique d'une banalisation d'un vécu dramatique dont nous n'avions eu connaissance que par la presse et la rumeur publique.

C'est à partir de cet événement que nous avons décidé d'entendre la mère autant que son fils, ce que nous ne faisons auparavant que dans la culpabilité, car ce que nous vivions comme une invasion de la mère se faisait au détriment de son fils. Puisqu'il paraissait sans espoir de se faire des entretiens séparés, il nous a semblé indispensable lui proposer des entretiens cette sorte d'espace relationnel un peu chaotique, mais que la mère de Julien pouvait tolérer : tout se passait, donc, d'utiliser au maximum cette sorte d'espace relationnel un peu chaotique, mais que la mère de Julien pouvait tolérer : tout se passait, donc, comme si elle ne pouvait entrer en relation qu'à la seule condition d'y échapper. Ce recadrage du processus thérapeutique nous a permis de mieux mesurer la nature de la résistance à nos efforts thérapeutiques. Au cours de ces premiers entretiens, la mère de Julien se montrait une permanence submergée par des émotions intenses : elle se plaignait un peu de son mari, mais à chaque fois, comme débordée, elle devait brutalement interrompre les entretiens. Cette période de notre activité thérapeutique sera extrêmement difficile : tout se passe comme si notre conviction de vouloir aborder de façon plus large le problème de Julien (on est bien loin ici d'une rééducation orthophonique pure et simple pour handicap congénital) devait se mesurer à ce que nous percevions comme un risque de rupture : tout se passait comme si notre volonté d'aider la mère de Julien à affronter les aléas et les risques du processus du deuil, la plongeait dans une situation impossible.

Un détail nous a permis de mieux cerner quelle était la nature de la difficulté. Alors que, pour des raisons d'héritage, ils avaient dû retourner dans le village où avait eu lieu l'accident, ce qui les obligeait à emprunter la route surplombant le barrage fatal, pressentant, nous dit-elle, la tristesse de son fils (ce qui étant donné la confusion que j'ai signalée peut être assimilée à sa propre difficulté), elle lui conseilla de se cacher au fond de la voiture. Tout se passe donc comme si non seulement il était difficile de penser et d'élaborer un processus de deuil, mais aussi comme si cette difficulté de pensée pouvait être soulagée par l'absence de vision. Mais de plus, cette absence de vision doit se marquer dans une disposition particulière du corps : il ne suffit pas de fermer les yeux pour ne pas voir, il faut se cacher et se mettre dans l'impossibilité de voir pour échapper à toutes ces mauvaises pensées qui concernent le deuil. Cette attitude corporelle permet, en outre, que l'impossibilité de voir soit imposée de l'extérieur : « ce n'est pas que je ne veux pas voir mais il m'est impossible de le faire ». La pensée est confondue avec la vision, celle-ci avec une position corporelle et l'intérieur avec l'extérieur. On voit bien la difficulté de penser ces situations thérapeutiques si, du moins, on estime que ce qui compte ce cas n'est pas seulement de comprendre mais aussi de savoir communiquer ce qu'on croit saisir : au début du travail thérapeutique, la mère de Julien nous a montré qu'elle ne pouvait sentir son corps qu'en le voyant ; ici elle semble nous dire que, si on ne voit pas, on peut ne pas penser ! Le tout dans la confusion entre elle et son fils. Le problème est dès lors de savoir ce qu'en tant que thérapeute on va pouvoir dire de manière à ce que ce soit entendu ; on peut penser que non seulement la difficulté à construire l'histoire thérapeutique de ces patients conduit à la désorganisation du discours des patients mais aussi à une défense contre ces situations particulièrement inconfortables et difficiles à penser.

## NOËL ET LA QUESTION DE L'HÉRITAGE

Noël est âgé de cinq ans et demi lorsqu'il nous est amené par sa mère, pour rééducation orthophonique. Il souffre, quasi accessoirement, car la mère ne nous en parle pas au début, d'eczéma : cette affection sera découverte au cours de la thérapie. Dernier né d'une

La tempérament... famille de cinq enfants, il est le dernier héritier possible de cet eczéma dont chaque enfant a souffert jusqu'à la naissance de l'enfant qui le suit. La naissance d'un frère ou d'une sœur avait eu, jusqu'à sa naissance, ce pouvoir quasi magique de libérer chaque enfant d'une affection jusqu'alors incurable, laissant au dernier né la charge de cet héritage aussi précocement qu'inévitable. Noël n'a pas cette chance : en raison de l'âge de sa mère, il restera le dernier né et doit assumer ce triste héritage. Il est le premier pour lequel les parents consultent, mais pour une rééducation orthophonique.

Noël est suivi depuis deux ans lorsque sa situation est étudiée par notre groupe de travail. Aux troubles articulatoires succèdent aussitôt poussées d'eczéma, et les périodes d'amélioration semblent aussitôt interrompues par un arrêt momentané du travail thérapeutique. Noël représente un cas très typique de ce que nous avons appelé, dès cette époque, un processus thérapeutique organisé par la « micro-rupture » : il est toujours difficile de nous représenter le vécu mental de Noël ; tout se passe comme si les « micro-ruptures » congelaient la thérapie. Comme pour Julien, Noël et sa mère semblent très attachés à notre équipe et au traitement que nous proposons : très souvent ils nous interrogent et demandent conseil avec empressement. Ici aussi, l'espace thérapeutique semble plus important pour la mère de Noël que pour celui-ci : elle utilise au maximum cet espace de parole où elle peut échanger mais aussi éviter de s'impliquer, puisque, reproduisant à nouveau une confusion d'identité, cet espace ne lui est pas destiné. Plusieurs fois, nous avons insisté pour lui permettre d'entamer un travail qui soit vraiment personnel ou pour pouvoir rencontrer le père, espérant introduire le « tiers » qui aurait pu installer la distance que nous n'arrivions pas à établir ; le tout sans grand résultat, ce qui démontre qu'il ne suffit pas d'introduire des modifications du cadre thérapeutique et, à la limite, d'en attendre un pouvoir de transformation magique mais qu'il faut bien comprendre les raisons pour lesquelles il est impossible de modifier le cadre et pourquoi cette relation débouche sur l'absence de changement.

La mère continue de nous adresser un discours truffé de citations et d'interprétations d'allures psychologiques dont la répétition, et le manque de pouvoir de transformation, nous font penser, petit à petit, qu'il est adaptatif et destiné à nous plaire. C'est, dit-elle, son désir très grand d'avoir des enfants (ce pour quoi elle est devenue puéricultrice) qui l'empêche de permettre à Noël de s'envoler du nid familial ; elle nous dit même que ce serait la conséquence d'un vécu infantile, et que, de plus, cela pourrait avoir des allures « oedipiennes ». Sa mère ne savait pas, nous dit-elle, s'occuper de sa famille nombreuse et c'est elle, fille aînée et adultée du père, qui en prit le relais.

En fait ce discours se révèle banal dans la mesure où il se reproduit sans égal à lui-même sans que cette répétition puisse déboucher sur une élaboration ou une transformation de l'attitude maternelle ; il visait non à une prise de conscience, mais au maintien d'un *status quo* que permettait ses allures d'auto-justification. À chaque fois notre espoir thérapeutique s'y est ressourcé pour se retrouver déçu. Depuis deux ans, rien n'a changé véritablement ; certes la symptomatologie de Noël se modifie ou, plutôt, elle fluctue, mais rien dans sa relation nous ou à son entourage n'est véritablement devenu différent. Plusieurs fois, gonflés d'espoir, nous avons relancé le processus thérapeutique, pour quelques semaines plus tard perdre nos illusions.

Contrairement à ce qu'elle nous racontait sans cesse, une reconstruction « serrée » (il nous a fallu reprendre page par page le dossier de Noël) de son passé nous a permis de constater que la mère de Noël n'était pas occupé de ses frères et sœurs. Elle en avait été séparée très vite pour être placée, avec son frère le plus âgé, chez sa grand-mère maternelle juste après le décès du grand-père : elle et lui avaient été utilisés comme anti-dépresseurs. Au décès de la grand-mère, ils seront à nouveau déplacés tous les deux, mais séparés, pour être confiés à la garde respective de deux tantes maternelles restées sœurs enfant : les plaintes de cette femme concernant sa mère incapable de s'occuper de sa progéniture prenaient un accent différent. Loin d'une histoire aux allures oedipiennes, utilisée indifféremment par sa famille comme anti-dépresseur dont Noël est aujourd'hui l'exacte réplique, elle fut sans doute confrontée très vite aux angoisses de séparation.

Le cas de Noël est, à lui seul exemplaire : il hérite en dernier recours d'une affection dont chacun de ses frères et sœurs, avant lui, se sont débarrassés sur le nouveau-né suivant. Comme si, dès la naissance, chacun des membres de cette famille était parfaitement échangeable avec un autre, le corps de Noël est destiné à reprendre à son propre compte la marque de ce défaut familial. Si les écrits médicaux parlent facilement du caractère « familial » de ces affections, ils restent muets sur la nature de cet héritage qu'il est sans doute trop simple de réduire à la génétique. Ceci ne veut pas dire qu'une certaine forme de fragilité liée à des particularités de l'héritage génétique ne puisse, aussi, expliquer certains phénomènes. Mais il faut reconnaître que cela peut expliquer aisément un certain nombre de faits (la prévalence, il est plus difficile d'utiliser cette hypothèse pour expliquer, par exemple, le décours temporel des affections que ce déterminisme censé produire : le matériel génétique des frères et sœurs aînés de Noël n'a pas changé et pourtant il furent « guéris » par la naissance d'un plus jeune. Il semble donc que, s'il faut absolument tenir compte de l'hypothèse d'un héritage génétique, il est vraisemblable que

chromosomes n'expliquent pas toute forme d'héritage. Ceci a comme conséquence directe qu'il ne sert à rien de chercher à identifier des structures de personnalités ou de familles « types » dont l'organisation serait le signe inévitable et nécessaire d'une pathologie somatique déterminée ; en ce cas, le facteur psychique mis en évidence prendrait une coloration étiopathogénique au mépris des autres déterminismes possibles. Il suffira donc pour l'instant de montrer l'existence de certaines régularités du fonctionnement psychique des patients atteints de somatisations, en laissant à des recherches ultérieures la nécessité d'en montrer et le degré de prégnance et la spécificité éventuelle.

Nous avons constaté que ces patients induisaient dans notre groupe de travail des vécus affectifs et des contenus de pensée qui nous ont semblé particuliers et, sans doute, spécifiques. Ces patients se montrent extrêmement disponibles à leur thérapie, ne manquent jamais une séance ; souvent d'ailleurs, ils sont présents dans nos locaux longtemps avant l'heure, ce qui les conduit à investir de manière privilégiée les salles d'attente, au point que nous connaissons tous leur visage même si, à aucun moment, nous n'avons eu à les rencontrer sur un plan thérapeutique. De même, la thérapie débute sous le signe d'une grande disponibilité apparente ; aussi est-on assez surpris de constater, parfois longtemps après le début, que rien n'a changé : la symptomatologie est toujours la même, la disponibilité du patient inchangée ; tout se passe comme s'ils n'étaient pas dérangés le moins du monde par la longueur du traitement, par le peu de progrès réalisés, alors qu'ils restent étonnamment disponibles malgré les contraintes inévitables qu'entraîne ce genre de traitement.

Si l'on examine de plus près ce qui s'est passé dans le processus thérapeutique lui-même, on est frappé de constater qu'il a été marqué de ce qui est la suite de progrès et de régressions ; c'est le côté discret de ces changements qui semble avoir permis que le thérapeute s'installe dans une sorte de monotonie thérapeutique ; bercée par l'espoir des petits changements que de discrètes régressions ne viennent pas démentir, c'est l'habitude qui s'installe. Rappelons qu'il ne s'agit pas de transformer cette description phénoménologique en vérité ultime sur les troubles instrumentaux, mais de mettre en évidence les régularités cliniques qui nous ont permis peu à peu d'affiner nos questions : ce qui nous a frappés, à ce stade de nos recherches, c'est l'absence apparente d'inscription de la temporalité tant comme mémoire que comme inquiétude par rapport à l'avenir ; et aussi, la difficulté d'établir une relation thérapeutique personnelle là où dominent avant tout une volonté d'adaptation aux exigences du cadre et des difficultés d'individuation des corps autant que des psychismes, mais aussi à verbaliser vécus émotionnels et corporels.





ciation psychique et de trouver des solutions, se trouvent démunis face à toute forme de conflit. Grâce à son fonctionnement qui dépasse les contradictions, l'imaginaire donne une souplesse de vie, là où ceux qui en sont privés vivent les conflits comme autant de contradictions indissolubles : c'est ce qui définit la situation d'impasse décrite par Sami Ali. La répétition est donc matérielle et non imaginaire, le concept tend à se substituer à la représentation. Ces patients sont contraints de répéter matériellement des gestes qui ne leur appartiennent pas et qui ne peuvent devenir leur car non transformables par la vertu d'un fonctionnement mental utilisable, ce qui explique leur indifférenciation leur incapacité d'accéder à une histoire. Au cours de ces entretiens nous avons appris que le grand-père maternel était mort, de même qu'un oncle maternel, dans un accident de voiture, qu'un autre frère de la mère s'était suicidé et enfin qu'un demi-frère du père était mort de noyade. C'est à l'occasion d'un de ces entretiens que la mère de Carlo s'est soudain interrompue, comme surprise, et s'est demandée pourquoi il était aussi dangereux de vivre dans leur famille : ce fut la première ébauche de la récupération d'un fonctionnement mental alors qu'auparavant tout n'était que répétition dans l'« agir », comme l'inscription de ce « prescrit » se situait à la limite des possibilités de mentalisation, ce qui en définit le pouvoir de contrainte.

## LA CONSTITUTION DE L'IDENTITÉ

Si on donne au « banal », tel que Sami-Ali l'a défini, la valeur d'une fonction dont l'objectif essentiel est de réduire toute différence et de ramener sans cesse l'identité à l'identique, au non-différent, à la répétition du même, on comprend que toute mémoire et historisation sont impossibles ; cela revient à dire qu'un fonctionnement mental dominé par le banal interdit toute ébauche d'identité, donc de sens : « Il y a pathologie du banal dans la mesure où la perception remplace la projection et l'intérêt pour le réel le besoin de se projeter. Mais par réel faut entendre le banal qui est le neutre sous le rapport des affects, littéral sous le rapport du contenu, le singulier en général sous le rapport de la forme. » (Sami-Ali, 1980, p. 79, 1987.)

Cette capacité de réduction du banal explique notre énigme concernant l'existence d'une fragilité particulière de certaines familles : sans imaginaire possible, il ne subsiste que la soumission à un prescrit dont l'inscription dans la matérialité ordonne la répétition et empêche toute individualisation ; cela explique aussi les difficultés de mémorisation :

on est aux prises avec un univers chaotique ou parfaitement répétitif, quel que soit notre équipement neuropsychologique, la fonction de mémoire devient inutile car incapable de nous aider à anticiper et à devenir sujet ; c'est là qu'on mesure combien il est vain de tenter de définir des fonctions neuropsychologiques sans s'interroger sur l'existence de leur fonctionnement, qui est cause et conséquence de l'existence d'un sujet ; pour Julien nous avons perdu notre mémoire parce que confrontés à un univers chaotique et imprévisible, pour Carlo et Noël, c'est la parfaite régularité du processus qui menaçait nos fonctions de pensée. La fonction du banal est inverse à celle de l'individualisation, quête de l'identité ; elle donne accès à la répétition d'automatismes, ce qui est fort différent d'envisager l'intervention d'un automatisme de répétition sous forme d'une pulsion de mort, hypothèse supplémentaire qui devient ici inutile.

Comme l'indique la multiplicité des termes utilisés pour la désigner, la notion d'identité est loin d'être univoque. Pour Sami-Ali, dans l'ouvrage qu'il a consacré au thème du banal, la problématique de l'identité doit être posée en opposition par rapport à celle de l'identité : « Quoique des plus transparents, le concept de banal garde son fond de mystère qui est le mystère même de l'identité. [...] L'analyse du banal fait nécessairement référence à des systèmes sociaux qui, à la forme abstraite de l'identité, substituent des contenus concrets de l'identité incarnant les normes sociales d'une sensibilité. » (Sami-Ali, 1980, p. 10.)

Comme les fonctions de temps et d'espace, l'identité conçue comme une construction/représentation ne peut être confondue avec une forme quelconque, si élaborée soit-elle, de perception. Tout comme il a bien montré que la question de la découverte du visage et de sa contemplation ne peut se réduire à un simple problème de perception d'une image : « [...] ce n'est pas par hasard que sa propre image revient à Narcisse à travers la surface réfléchissante d'une source. [...] Narcisse paraît prédestiné aux mirages des ondes. En tenant compte de cette notation, par quoi s'ouvre et se clôt le poème d'Ovide, force est de concevoir, en plus du narcissisme formel mettant aux prises le sujet avec son image, un narcissisme matériel plus fondamental qui postule l'identité du sujet et de l'objet : Narcisse, c'est aussi la source qui l'arrache à lui-même, son image participe de l'équivoque des origines. » (Sami-Ali, 1974, p. 118.)

Loin de constituer une expérience fondatrice, la reconnaissance du visage se situe au terme d'un processus imaginaire qui la fera, indéfiniment, osciller entre les incertitudes de l'illusion et la solidité de la constitution progressive mais à jamais ouverte de la reconnaissance de soi l'identité étroite de la reconnaissance de soi-même.

même pourtant immédiatement différent de l'autre grâce à un jeu analogique où tout est équivalent à soi, c'est à dire non-différent ; l'identité est un processus de construction progressive et paradoxale, à jamais ouverte, non totalisable et fortement marquée par l'imaginaire. Le mouvement dialectique permanent qui l'habite est la manifestation de la mise en route de ce processus de projection primordiale (Samir-Ali, 1970) qui fait exister un dehors et un dedans psychique au moment même où l'équivalence, qu'elle établit entre le corps et l'espace extérieur au sujet, lui fournit les moyens de se représenter le fonctionnement du corps propre, dans l'indifférenciation. Cette construction, progressive et jamais achevée, garde en elle la trace de la dialectique paradoxale qui en constitue l'origine et la nécessité : soit la reconnaissance dans une même unité à la fois de la différence et de la « même » de la continuité et de la discontinuité, de l'identité et de l'altérité, de l'ipse et de l'idem pour reprendre les termes de Ricoeur. C'est dans l'autre que naît le soi, doublement autre : l'autre comme source de représentation de soi, pourtant conçu comme radicalement différent.

Nous pouvons dès lors préciser notre hypothèse de départ sur cette impression d'un héritage funeste : en cas de troubles psychosomatiques, la fonction d'individuation/différenciation entre le groupe de base et ses membres n'est que difficilement établie par un observateur externe. L'identité tend à se réduire à des phénomènes d'appartenance non mentalisés et non historicisés, laissant place à la répétition de scénarios familiaux stéréotypés. À l'accès à la différenciation, à un fonctionnement mental, une identité, une histoire et un ordre de significations, s'opposerait dans ces cas l'obligation de répéter des gestes indifférenciés et matériels dans une temporalité parfaitement circulaire. Constatation qui, affirmons le encore, se veut uniquement phénoménologique à valeur heuristique. Ces caractéristiques s'accomplissent, pour l'observateur, de grandes difficultés d'organiser l'historique individuelle et groupale de ces patients ; elles troublent sa capacité de mémorisation. Si on appelle identité cette construction subjective, jamais ouverte, et si on appelle individuation tout phénomène, repérable soit par le patient lui-même soit par un observateur externe, phénomène objectif ou subjectif, verbal ou comportemental, qui permet de distinguer un patient de son groupe de base, on peut dire qu'en cas de risque somatique la fonction d'individuation est très faible ; le tableau est dominé par la fonction d'appartenance. Dans certaines familles dominées par les somatisations, ce n'est pas de l'identité que produit la relation à l'autre, mais de la répétition, de l'identité et du général puisqu'impersonnel grâce à l'adoption d'une attitude relationnelle dominée par la volonté d'adaptation à l'autre sans entrer en rela-

tion, ce qui explique les micro-ruptures : il s'agit de rester à l'extrême limite de la relation.

Or le développement d'une représentation/organisation de la temporalité personnelle et de l'espace conçu comme espace de séparation est indispensable à la pensée comme à l'identité du sujet, inséparable de son histoire où la mémoire trouve son exigence. Si j'ai choisi en priorité d'étudier cette variable, je reste parfaitement conscient qu'elle n'est pas, et de loin, la seule dimension de l'identité/individuation puisqu'on pourrait envisager les questions du nom propre, de la sexualité, du visage ou encore de la latéralité pour aborder cette question. C'est que la question du temps ouvre, aussi, bien des questions qui, au-delà de l'expérience en « psychosomatique », tendent à redéfinir certaines façons d'envisager la théorie de l'interprétation en psychanalyse.

La constitution d'une temporalité et le développement de son importance psychique, à la fois comme signe et condition même du sentiment d'identité, ne résultent pas de la simple reproduction sensorielle ; ils signent la constitution d'un ensemble de représentations essentielles à l'individuation, dont la représentation du temps signifie l'émergence en même temps qu'elle les autorise peu à peu : la représentation du temps est constitutive de l'identité.

La question de la temporalité est d'autant plus essentielle que, si elle semble faire problème chez les patients, elle met aussi en question notre propre conception du temps, essentielle à toute activité d'interprétation ainsi qu'à toute forme de pensée scientifique ; derrière ces difficultés, c'est non seulement de la capacité de comprendre ces patients qu'il est question mais aussi de la possibilité de fournir une interprétation qui puisse être reçue comme telle, c'est-à-dire s'inscrivant, pour pouvoir prendre sens, dans une temporalité diachronique.

## LE TEMPS ET L'INTERPRÉTATION

Toute temporalité est création/représentation dont les particularités sont le résultat de l'histoire personnelle et des fantasmes qu'elle véhicule. Sa construction progressive est étroitement liée au développement de cette autre nécessité de la pensée : l'individuation/séparation. Deuxième, la construction progressive de la pensée du temps a partie liée avec celle de l'espace. Sami-Ali propose que, si l'inconscient ne connaît pas la temporalité, comme l'affirmait Freud, c'est que le temps de l'inconscient reste essentiellement un temps réversible, c'est à dire spatial, d'inclusions réciproques ; ce qui le distingue de l'espace, c'est sa structure sérielle repérable dans l'agencement du scénario, qui, contrairement à ce qui se passe dans la vie consciente, reste susceptible de retour en arrière : pour Sami-Ali le temps de l'inconscient est spatial parce qu'il est corporel. Comme nous le verrons au chapitre suivant, le corps propre apparaît ainsi, définitivement, comme le lieu même où s'origine toute possibilité de représentation grâce à ce pouvoir de transformation que constitue la projection. À l'écart du temps socialement organisé, il faut donc, en clinique, tenir compte non seulement d'un temps imaginaire (temps onirique, représentation susceptible de contractions et de dilations de l'expérience vécue) mais aussi de l'impossibilité pour certains sujets d'organiser une temporalité significative. Question essentielle car elle définit les limites de la possibilité même de l'interprétation et donc du travail analytique. Si le patient ne dispose pas d'une temporalité personnelle, la première tâche thérapeutique sera de lui permettre de constituer

cette assise indispensable à son identité et à son fonctionnement mental. Dans le cas contraire, les paroles de l'analyse restèrent comme autant de bruits glissant sur un espace mental sans mémoire, incapable de les retenir pour constituer l'identité du patient, ce qui pourrait expliquer l'insuccès égal à la longueur de certaines cures.

## OLIVIER

Olivier<sup>1</sup> fait partie de ces enfants dont le processus thérapeutique est mis en échec depuis de longs mois. Il souffre d'un retard de développement psychomoteur très important pour lequel il nous a été adressé. La famille comprend en outre un fils aîné gravement handicapé. La conséquence d'une encéphalite néo-natale qu'il aurait contractée à la suite d'une rupture de la « poche des eaux » non ressentie à temps par la mère, à l'origine d'une macération fœtale. La mère d'Olivier, durant les premiers mois de la thérapie, en parlera d'abondance, se montrant aussi culpabilisée qu'inconsolable. Elle mise à part, tous les membres de la famille sont marqués par des lésions corporelles : Olivier présente ce qu'elle appelle une ichtyose congénitale (sans affection rénale associée) qu'elle attribue à une hérédité paternelle : sa grand-mère aurait présenté ce type de pathologie qui aurait, à ses dires, « sauté » une génération ; mais il nous sera impossible de savoir s'il s'agit d'une réalité ou d'une interprétation où se manifeste son imaginaire familial. Cette affection, qui peut être signe de troubles métaboliques divers et importants (surtout du métabolisme lipidique) ou, chez l'adulte, être un signe indirect du développement d'un néoplasme, serait aussi un trouble héréditaire dont le mode de transmission de l'association à d'autres manifestations pathologiques permettent de distinguer cinq formes. Si à cela on ajoute que des eczémata chroniques peuvent donner à la peau cet aspect sale, gris, dû à l'excès de kératine comme pour l'ichtyose vraie, on se rend vite compte que nous ne trouvons devant une pathologie complexe en fonction des procédures diagnostiques qu'il faut mettre en place pour s'assurer de la nature réelle de ces manifestations. Il est, dès lors, souvent très difficile de pouvoir préciser la nature de ce trouble et de faire la part des fantasmes, des incompréhensions ou encore des imprécisions médicales.

1. L'observation et le traitement d'Olivier ont été réalisés par Mme M. Debar, psychomotricienne.

qui ont conduit à proposer un diagnostic : cette symptomatologie couvre un champ de manifestations qui vont de l'eczéma chronique à des affections d'origine génétique qui, dans les cas les plus graves et les plus typiques, associent à l'ichtyose un trouble rénal important et un nanisme. Le père d'Olivier, enfin, souffre d'une atrophie d'une main dont on dit qu'elle ferait suite à une « maladie du cordon » : tout, dans cette famille, possède un parfum de médecine que peuvent parfois faire épouser des fantasmes.

Pour la toute première fois, après de longs mois de stagnation, sans prévenir, Olivier et sa mère ne viennent pas à la séance, ce qui va nous permettre, enfin, de nous étonner. Nous apprenons aux séances suivantes, et parce que cette absence nous questionne, qu'ils se sont absentes pour regarder un reportage télévisé sur la Hollande. En interrogeant la mère sur ce qu'évoque pour elle la Hollande, nous apprenons qu'elle s'est rendue une seule fois dans ce pays, à l'occasion d'un voyage scolaire. Le soir, lorsqu'elle est rentrée, elle a appris que sa mère était décédée inopinément au cours d'une opération chirurgicale que l'on disait bénigne. Cette « micro-rupture » du processus thérapeutique et l'ébauche représentative qu'elle annonçait nous mettaient sur la piste d'un deuil impossible et des ébauches d'une souffrance psychique vécue qui, jusqu'alors, était restée cachée. C'est peut-être un des paradoxes les plus importants auxquels nous confrontent ce type de patients : ne pouvoir nous conduire à leur réalité psychique que dans l'absence et la rupture ; encore faut-il en saisir le sens et l'opportunité qu'elles offrent, pour que ces « failles » du processus thérapeutique puissent se transformer en sources potentielles de vie psychique et d'élaboration mentale.

Depuis le décès de sa mère, la maman d'Olivier ne possède plus de mémoire. Elle nous parle vaguement de l'agressivité d'un frère aîné à son égard et pleure lorsqu'elle évoque le fait que son père ne l'aurait pas défendue face à celui-ci. Le processus thérapeutique noué avec la mère d'Olivier lui permettra peu à peu de retrouver certains souvenirs de cette enfance qu'elle décrit comme très malheureuse. Elle se souvient ainsi qu'elle fut placée en internat scolaire dans un établissement qu'elle peut apercevoir lorsqu'elle amène Olivier à sa « rééducation ». C'est le moment que choisit Olivier pour retourner à la salle d'attente ou aux toilettes pendant que sa mère nous parle de ses malheurs passés. Celle-ci n'arrivait jamais, en vertu de cette difficulté de différenciation, à séparer les lieux, les temps et les personnes : elle empiétait largement sur les séances de son fils pour parler et pleurer sur le sort du grand frère handicapé. Olivier tente de se séparer de sa mère. Tout s'est passé comme si c'était le fils qui avait fourni l'espace de séparation à la mère, et lui qui l'avait autorisée à délimiter des per-

sonnes et des temps séparés : c'est ce que nous avons appelé une expérience d'éclatement à rebours de l'appareil psychique puisque, dans ce processus thérapeutique, c'est le fils, Olivier, qui a mis en route et osé expérimentaler l'espace de séparation.

Ici, c'est une discontinuité qui a mis en marche le processus thérapeutique. L'histoire de la thérapie, qui peut, dans un premier temps, tendre à rendre impossible toute représentation, peut devenir la première trame d'une temporalité qui ne soit plus chaotique ou inextricablement répétitive. Cela indique combien serait vaine toute tentative de description d'un canevas ou de recettes thérapeutiques destinées aux patients psychosomatiques : plus que les autres, ils nous soumettent aux risques de l'échec, de l'incompréhension, mais aussi de la ritualisation et de la répétition mortifère ; à chacun de nous de s'organiser pour échapper à ces thérapies qui s'enlisent facilement dans une répétition qui peut, paradoxalement, améliorer la symptomatologie des patients car elle leur fournit un cadre d'adaptation à ce que ces personnes perçoivent comme autant d'exigences impératives de la part du thérapeute. Ce dernier risque ainsi, à tout moment, d'être victime d'une impasse car le cadre qu'il assigne à la thérapie, et dont la présence est si importante à un bon déroulement de celle-ci, peut devenir le lieu d'un enfermement adaptatif pour le patient ; il faudra donc, à tout moment, être vigilant et créatif en même temps.

Les microruptures sont la matérialisation de l'activité de banalisation : l'absence de relation, dans le cadre de la thérapie, apparaît ainsi plus comme le résultat d'une lutte contre l'émergence de la signification que comme la manifestation d'une incapacité à créer cette relation par carence d'imaginaire ; dans la plupart des cas ce phénomène de refoulement de la fonction de l'imaginaire est la conséquence d'une attitude caractérielle qui tend à éliminer toute forme de subjectivité ; une fois réalisé ce travail de nivellement, il ne subsiste qu'un ensemble de règles adaptatives en lieu et place de l'appareil mental. Cette relation, à l'extrême limite d'une dépendance affective portée par un processus projectif exsangue, pousse ces patients à reproduire, sans fin, des scénarios relationnels répétitifs auxquels ils se soumettent. Le thérapeute risque à tout moment de devenir un Surmoi corporel (Sarni-Ali, 1980, p. 135, 1984) supplémentaire qui est conformé à un rel (Sarni-Ali, 1980, p. 135, 1984) supplémentaire qui est conformé à une norme sociale ; contrairement au Surmoi freudien, il ne s'agit pas d'un processus d'intériorisation d'interdits sociaux mais bien d'une tendance à s'adapter à ceux-ci en fonction du contexte où l'on se situe, ce qui signifie que le fonctionnement mental de ces patients est externe, organisé par un environnement dont ils dépendent étroitement. Ce qui différencie aussi cette notion de celle de Freud est qu'il ne s'agit pas d'interdits mais de prescriptions qui concernent le corps lui-même et son fonctionnement.

C'est pourquoi, plus que dans d'autres situations pathologiques, il est difficile de distinguer l'individuel du collectif dans le cadre des somatisations : les règles adaptatives concernent à la fois le corps comme objet et le social comme normes, ce qui réduit tout un chacun à un anonyme partagé par tous. Ces notions de banal et de Surmoi corporel sont corrélatives de celle d'absence de projection : « [...] dans toute la pathologie du banal, la relation est constante entre l'adaptation d'un côté, l'insuffisance projective et la somatisation de l'autre. » (Sarni-Ali, 1980, p. 103.)

Le « banal » par l'éradication de tout vécu individuel vers lequel il tend en réduisant toute émergence possible d'une différence, le Surmoi corporel en tant que représentant des exigences adaptatives une fois le subjectif disparu, et le refoulement de l'imaginaire sont des notions corrélatives les unes des autres.

## GISELE

Toutes ces questions sur l'identité personnelle, le temps, l'histoire, le passage de la matérialité à la représentation et l'acquisition d'un visage et d'un corps propres furent cruciales dans la thérapie de Gisèle.

### Histoire d'une interprétation

Gisèle m'a consulté il y a maintenant plus de cinq ans. Femme active professionnellement, elle est en proie, à cette époque, à de graves difficultés familiales. L'atmosphère du couple, qu'elle forme depuis cinq ans, est devenue plus qu'orageuse. Grâce à ce qu'elle me répétera, à l'envi, au cours d'une première phase de thérapie de deux ans, je serai conduit à penser qu'elle a épousé un homme très autoritaire ; elle s'est soumise à lui durant toute ces années ; la pression des exigences de celui-ci et de ses contradictions ont gravement pesé sur l'équilibre psychique de Gisèle. La famille se compose, en outre, de trois enfants, jeunes encore.

L'évolution de ses activités professionnelles, la rencontre toute platonique d'un autre homme plus proche de son niveau intellectuel, les privations et humiliations que son mari lui a fait subir, ont conduit Gisèle à prendre peu à peu ses distances à son égard. Elle s'est décidée à le quitter. C'est ce qui l'amène à me consulter, car cette séparation n'est pas facile : un rapport de force violent s'est installé entre les

époux. Son mari, pour l'instant, a réussi à lui interdire de voir ses enfants, gendarmes et tribunaux s'en mêlent. Gisèle est très « culpabilisée ».

Tout au long de ces deux premières années, elle me répétera longuement tous ses ennuis ; nous resterons comme englués dans le récit des dernières péripéties d'une séparation pour le moins fort conflictuelle. Le contenu des séances est fourni par les événements des jours derniers. Mon travail se limite à un soutien. Gisèle a besoin de se « soulager ». Elle souffre d'une alopecie diffuse, que ses cheveux noirs rendent plus manifeste encore, et d'eczéma.

Son état de tension, manifeste au début, va aller s'atténuant ; après deux années d'entretiens, durant lesquelles je me suis contenté d'écouter Gisèle sans qu'il m'ait semblé possible de tenter tout autre type d'intervention, le conflit suraigu s'apaise : Gisèle est capable de se défendre d'un mari fort envahissant, elle peut voir ses enfants même si la garde en a été confiée au mari ; Gisèle vit cette décision juridique comme une grave injustice mais elle se sent incapable d'affronter un mari trop violent. Son eczéma et son alopecie régressent. Tout semble donc aller mieux lorsque Gisèle exprime sa satisfaction à propos de la thérapie et son désir de suspendre nos rencontres, car sa carrière professionnelle a pris un nouvel essor : nous tombons d'accord pour en rester là.

Comment pouvais-je interpréter cette amélioration progressive ? Je pensais que j'avais, durant deux ans, effectué un travail au niveau du préconscient, suivant en cela la terminologie et la pensée de l'école de Paris, qui était la mienne à l'époque : grâce à mes associations et à mon soutien, Gisèle avait pu établir de nouveaux liens associatifs ; ce qui expliquait l'amélioration, c'est que de l'énergie psychique libre aurait été liée, le champ de compétence du « préconscient » élargi. Après coup, je mesure ce que cette perspective pouvait avoir de défensif : j'avais avant tout peur de poursuivre une relation que je ressentais confusément comme dangereuse ; la décision de Gisèle tombait à pic, de mon point de vue aussi. Toutes choses que l'avenir allait me montrer.

### L'héritage

Gisèle n'était pas partie sans me laisser un *héritage* un peu particulier. J'avais parfois l'occasion d'entendre parler d'elle ; il me revenait alors toujours certaines images en tête ; plutôt que des contenus fantasmatiques, elle m'avait laissé son corps et en particulier son visage en héritage. Je la voyais telle qu'elle semblait m'être toujours apparue : le visage rouge, transpirant, surmonté par cette alopecie dont je

ne comprenais pas pourquoi elle n'essayait pas de la rendre moins apparente, par exemple en ne se reignant plus en noir.

Associé à cette image du visage de Gisèle, c'est aussi sa précipitation qui occupait mes souvenirs. L'organisation du temps de ses séances ne s'était guère modifiée ; pareil à lui-même, cet espace déboulait par un temps d'arrêt : « Qu'allait-elle me dire ? » Hésitations, puis, tout à coup, sa verbalisation prenait un cours torrentueux. Comme si elle était irréductiblement pressée, Gisèle se lançait « tête baissée » dans un rappel complet et très détaillé de ses derniers malheurs. À chaque fois, je devais résister à cette sorte d'avalanche, qui ne s'interrompait qu'à mon signal à la fin de la séance. Jamais Gisèle n'avait interrompé le temps de la séance pour le prendre en charge elle-même, ou prévoir une séparation qui devait donc rester toujours brutalement, ou prévoir une séparation qui devait être irritée par la tonalité. Si à cela on ajoute que, très souvent, j'avais été irrité par la tonalité et le timbre de la voix de Gisèle et par sa façon, que je trouvais déplacée, de parler trop fort, on se rend compte à quel point ce sont des traces de son corps qui étaient restées gravées dans ma tête. Cette persistance durable et vivante de ces souvenirs corporels pouvait d'ailleurs laisser perplexes sur la qualité réelle du travail qui avait été entrepris. Que signifiait l'existence de ce type de traces au sein d'un processus thérapeutique ? J'étais en effet incapable de me représenter son devenir psychique au-delà d'une réussite professionnelle qui avait toujours existé.

### À la reprise, il est question de visage

Deux ans après notre première séparation, elle me demande en urgence un rendez-vous. Depuis quelques jours, elle était totalement insomniaque et craignait de le rester. Elle interprétait elle-même ce symptôme comme la conséquence de sa peur de revivre certains cauchemars. Elle avait rêvé plusieurs nuits de suite qu'à partir d'un de ses doigts qui s'invaieraient c'est l'ensemble de son corps qui se retournait en doigt de gant, pour éclater et disparaître comme une bulle de savon. L'autre cauchemar concernait sa tête : celle-ci allait rapetissant, au point de se transformer en tête d'épingle méconnaissable et quasi inexistante, à la suite de quoi c'est à nouveau l'ensemble de son corps qui disparaissait. Elle se réveillait alors dans un état d'angoisse considérable, qu'elle ne pouvait apaiser d'aucune façon : elle essayait bien, face à son miroir, de toucher ce visage, mais elle ne pouvait croire ni qu'il existât vraiment ni qu'il lui appartint réellement (ce qui démontre exactement en quoi l'acquisition d'une fonction d'identité ne peut se réduire à un vécu perceptif). L'angoisse durait ainsi plusieurs heures chaque nuit.

Au terme de deux séances de thérapie seulement, sa symptomatologie disparaît aussi radicalement qu'elle était apparue. Gisèle en était très satisfaite et me considérait comme un magicien auquel elle devait beaucoup. Elle était donc prête de nouveau à ne pas « m'importuner et à ne revenir me voir que si cela n'allait pas ».

Que son visage et son corps soient au centre d'une expérience onirique en même temps que dans mon souvenir me fournissait un point d'ancrage solide pour reprendre la thérapie là où elle était restée en suspens : les circonstances de son retour cadreraient parfaitement avec la nature de mes souvenirs. J'ai interprété cette guérison « miraculeuse » comme l'effet immédiat qu'avait eu pour Gisèle le fait de pouvoir me retrouver. Tout s'était passé comme si mon visage avait pris la place du sien alors qu'il menaçait de disparaître : ma figure remplaçait la sienne défaillante. C'est mon corps, ma présence physique qui l'avait rassurée : son « transfert » pouvait être décrit comme quasi physique ou matériel. C'est mon visage réel qui assurait sa continuité existentielle menacée. Seul son visage était porteur d'un message psychique, comme l'ébauche ténue d'une accession au monde de ses fantasmes, à condition d'être interprété comme tel par un autre, elle-même restant incapable, seule, de les communiquer. C'est de cette manière que l'on pouvait comprendre l'insistance de ces images dans mon souvenir : j'aurais été comme le réceptacle secret et fragile de cet espoir d'accès de Gisèle au monde de l'imaginaire. Son retour était un resourcement, mais comme si tout devait se dérouler à la limite, sur la frange du monde des représentations, ce qui rend compte des difficultés de passage au niveau thérapeutique de la matérialité à l'espace des représentations.

Ce qui m'avait rendu attentif à ces aspects particuliers de la communication transférentielle de Gisèle, c'était notre séparation de près de deux ans. Je n'aurais sans doute pas été capable de percevoir la qualité particulière de ce type de message lors de la première tranche de thérapie. C'est la reconstruction de l'histoire de nos échanges que je me suis faite à son retour, face à cette guérison « magique », qui a eu valeur d'interprétation. Sans que je lui communique mes associations et la valeur particulière des souvenirs qu'elle m'avait laissés, j'ai dit à Gisèle que, si elle était revenue me voir, c'est qu'elle était porteuse sans doute d'un désir personnel et que nous devions prendre le temps de le découvrir. La réapparition du désir m'était signalée par la réapparition d'un rêve, activité psychique exceptionnelle pour Gisèle ; de plus, alerté par la problématique du temps dans mon souvenir et par le caractère instantané de cette guérison, je voulais m'opposer à un processus que je percevais, à présent, comme réductif : Gisèle aurait pu en cet espace de temps trop bref retrouver et habiter un visage

d'emprunt. Cette interprétation m'a conduit à assurer un suivi à cette thérapie qui, à peine commencée, menaçait déjà de se terminer. C'est à partir de là que, peu à peu, nous avons pu reconstituer l'histoire de cette patiente, lui permettre de retrouver une vie imaginaire et une représentation d'elle-même, passage qui lui a permis selon toute vraisemblance de passer d'une pathologie somatique au registre de la psychopathologie telle qu'elle est définie par la psychanalyse : celle du monde des fantasmes et de leurs élaborations diverses.

### La découverte du vrai visage de Gisèle

La thérapie va pourtant reprendre le cours monotone qu'elle avait lors de nos premières rencontres : nous sommes plongés dans les difficultés quotidiennes de Gisèle, essentiellement celles de son travail et de l'éducation des enfants. Sa voix, son rythme et son timbre n'ont pas changé. Un jour Gisèle me dit en riant qu'elle a pensé à des « bêtises » en venant à sa séance : elle aurait envie d'épouser cet homme qu'elle connaît depuis quelques années maintenant. Je lui parle de son désir et de la peur que tout désir inspire puisqu'il est signe de séparation, de manque. Aussi, je l'interroge à propos de son premier mari ; en fait elle ne l'avait pas choisi ; alors que, jeune fille, elle était amoureuse d'un jeune homme de son village, sa mère s'était arrangée pour qu'elle ne puisse plus le rencontrer et avait choisi le premier mari de Gisèle, exigeant qu'elle l'épouse. Ce à quoi Gisèle s'était soumise.

Ce premier mari n'était en fait qu'une réplique assez exacte de l'antide de la mère à l'égard de sa fille, faite d'un autoritarisme écrasant. On comprenait ainsi mieux les enjeux de cette séparation conjugale qui avait fait l'objet de notre première tranche thérapeutique ; il s'agissait pour Gisèle de se séparer non seulement d'un mari, doubleur autoritaire de sa mère, mais aussi de celle-ci. Ce désir de mariage à peine énoncé pouvait donc être considéré comme un désir de rupture de Gisèle avec le modèle relationnel écrasant de sa mère. Stimulé par la découverte de la nature de ces relations et la problématique du visage telle que je la comprenais, je me suis mis à explorer une autre relation conflictuelle de Gisèle dont nous avions souvent parlé, sans parvenir à lui donner une signification précise : elle se considérait toujours comme le double négatif de sa sœur aînée : à celle-ci, toutes les qualités, à Gisèle tous les défauts. Si à cela on ajoute que sa mère aurait souhaité un garçon au lieu de Gisèle, on comprendra combien les identifications possibles de Gisèle étaient habitées par une sorte de relation spéculaire, frappée d'un désir de mort inconscient ; toute identification possible faisait référence à un « double » dont la différence lui signalait son inadéquation fondamentale.

L'évocation de cette pathologie du double « inversé » lui a permis, après quelques mois, de produire un nouveau rêve. « Elle veille avec sa sœur aînée un garçon mort. Au milieu de la nuit, elle dit à sa sœur que ce garçon n'est pas mort, et la preuve en est qu'il présente un eczéma au visage. Elle s'approche pour toucher ce visage ». Elle s'éveille alors et son ami lui dit qu'elle se frottrait le visage depuis quelque temps déjà. Ce rêve semble résumer tout ce que nous avons découvert à propos du « double ». Gisèle est à la fois elle-même et ce garçon, à la fois morte et vivante. Le visage eczémateux est paradoxalement signe de vie, c'est pourquoi elle s'approche pour le toucher ; on sait combien, lors de son premier rêve, elle n'arrivait plus à faire coïncider le visuel et le tactile pour se rassurer quant à l'existence de son visage. Cette angoisse quant à la réalité de son existence est atténuée par son réveil : le rêve échoue à lui donner vie, c'est pourquoi elle se réveille en se frottant le visage.

Ce rêve m'a poussé à reprendre une ébauche de fantasme qu'elle avait évoquée au cours de la première tranche : la peur d'être enterrée vivante. Ce que j'avais considéré, sans doute fort rapidement, comme « une banalité », était peut-être une première ébauche de représentation. Dans ce rêve, en effet, la mort et la vie apparaissent comme liées l'une à l'autre indissolublement. Dans cette pathologie du double inversé telle que je viens de la décrire, Gisèle est à la fois fille et garçon, vivante et morte, sa sœur et elle-même ; chaque proposition est quant immédiatement son double inversé, toute identification est impossible, mort et vie s'équivalaient, Gisèle vit parce qu'elle n'existe pas et réciproquement. Il me fallait rechercher si cette problématique identificatoire de Gisèle ne pouvait être comprise en fonction de son histoire personnelle et familiale : histoire qu'il m'a fallu reconstruire pas à pas.

### L'impasse : vivre équivaut à mourir

Gisèle est née dans un pays lointain, à la fin d'une guerre d'indépendance que ses parents ont dû affronter en raison de leurs activités professionnelles. Seize mois avant sa naissance, une cousine prise dans les aléas de ce conflit a été tuée par des rebelles. Cet événement a traumatisé toute la famille et en particulier la mère de Gisèle qui, à dater de ce jour, ne fut plus réglée. On estima qu'il s'agissait d'une ménopause précoce due à un traumatisme psychique. C'est ainsi que Gisèle, qui porte le prénom de sa cousine, est « tombée » (le mot est de la mère) seize mois plus tard totalement inattendue ; ceci d'autant plus qu'elle fut toujours très sage, à un point tel que, même pendant la grossesse, sa mère ne l'aurait pas sentie bouger dans son ventre. Voilà

qui en dit long sur les rapports de vie et de mort : Gisèle venait remplacer une cousine tuée et n'avait pas d'existence propre, ce qui équivaut sans doute à être enterrée vivante.

De plus, la mère de Gisèle avait perdu un fils, mort quelques jours après sa naissance et quelques mois avant le décès de la cousine. C'est, selon Gisèle, ce premier décès qui avait profondément affecté la mère, qui en serait toujours restée fort dépressive. Pour elle, ce décès avait, sans doute, été à l'origine de l'obligation, dans laquelle elle se trouvait, de devoir soigner une mère devenue inconsolable. Les traces du corps de Gisèle, son visage, et l'interruption, source d'une première ébauche d'histoire commune, nous ont ainsi permis de reconstituer une histoire personnelle tout entière contenue dans cette ébauche de fantasmes que j'avais défensivement négligée : la peur d'être enterrée vivante.

On est souvent, avec ces patients, à la limite du matériel et du psychique. Perdre leur corps psychique leur permet de survivre en se soumettant aux exigences externes qui leur sont prescrites ; adapter le corps réel à des normes matérielles permet, à tous, l'économie d'un processus psychique de deuil, alors que vivre dans son corps, c'est risquer de mourir : c'est du moins de cette manière que j'ai compris son rêve « inaugural ». Paradoxe d'une situation d'impasse relationnelle, puisque la présence assure l'absence, et où vivre équivaut à mourir et réciproquement.

On le voit, ce n'est pas de la disparition totale de toute forme de souvenirs qu'il est question, mais de leur suspension dans un espace atemporel qui, par l'absence de liens que cela suppose, les rend inutilisables par ces patients. On voit bien là les effets du banal : la réduction de toute différence détruit toute possibilité d'organisation d'une mémoire qu'il ne faut pas considérer seulement comme la manifestation d'une compétence neurologique particulière une fois pour toute constituée, mais bien comme le résultat d'un processus d'identification qui lui-même demande la constitution d'une représentation de la temporalité : la signification, c'est l'histoire. On voit bien, avec ces exemples, l'utilité potentielle d'une fonction imaginaire : en remaniant la réalité vécue, elle permet le jeu, la distance, et permet, le cas échéant, d'échapper aux rigueurs d'un processus adaptatif. Cette disparition progressive de la fonction de rêve du sujet le soumet au risque de l'impasse, véritable source de la somatisation potentielle.

« Ainsi, l'adaptation repose sur l'apprentissage des règles dont l'application produit partout du littéral. Mais le littéral n'existe que parce que le corps propre, nommé du point de vue de l'autre, est lui-même devenu littéral et que, en tant que tel, il vise des objets réduits à eux-mêmes, ne débordant pas de leur définition. Est exclu, du même



coup, tout glissement métaphorique qui coïncide avec l'imaginaire et que le corps propre rend possible au moyen de la projection. Dans la pathologie de l'adaptation, le réel, ne portant plus la trace de la présence corporelle, est destiné à remplir un vide que laisse la disparition de l'imaginaire. Il le remplit à la faveur de "trucs" qui sont des formes de fonctionnement mécanique dans lesquelles n'intervient aucune activité projective. » (Sami-Ali, 1980, p. 135.)

Si l'imaginaire instaure un espace de fonctionnement, l'adoption de règles adaptatives rend dépendant d'un environnement qui, en cas de crise, laisse le patient aux prises avec le risque de somatisation, les contradictions du monde externe étant devenues indépassables. Cette caractéristique peut se révéler très utile en clinique, car déterminer les circonstances de l'apparition d'une affection permet, le plus souvent, de déterminer les termes de l'impasse.

Les derniers ouvrages de P. Ricoeur (1983, 1984, 1985) sont consacrés à l'histoire comme schéma de représentation et structure fondamentale d'identité. Ces écrits, qui ne s'épargnent aucun détour utile, cherchent à définir, dans un ample mouvement dialectique et d'approfondissement progressif, les conditions de l'histoire en tant que fiction et base de l'identité. Comme le rappelle Ricoeur, la notion d'identité, qui évolue toujours entre « *ipse* » et « *idem* », ne peut être conçue que sous la forme d'une construction progressive : le résultat temporel et tremblé d'une dialectique incessante, comme un processus toujours en mouvement qui est la condition et la conséquence de la non-concordance immédiate (ou perceptive) de soi à soi. Entre disparité et répétition, Ricoeur situe l'histoire : « Cette manière nouvelle d'opposer la même chose au caractère au maintien de soi-même dans la promesse ouvre même un intervalle de sens qui reste à combler. Cet intervalle est ouvert par un intervalle de sens qui reste à combler. Cet intervalle est ouvert par la polarité, en termes temporels, entre deux modèles de permanence dans le temps, la persévérance du caractère et le maintien de soi dans la promesse. C'est donc dans la temporalité que la médiation est à chercher. » (Ricoeur P., 1990, p. 150.) « Une triade s'est imposée à moi : décrire, raconter, prescrire chaque moment de la triade impliquant un rapport spécifique entre constitution de l'action et constitution de soi. » (*Op. cit.* p. 139.)

Comme le suggérait Bachelard, la continuité du sujet ne peut en aucun cas être perçue avant d'être construite : c'est la constitution du moi, du sujet, qui fait exister l'histoire qui, à son tour, le constitue ; c'est ce mouvement qui interdit toute référence à une connaissance de soi figée et perceptuelle. Entre l'histoire (décrire) et le désir (prescrire) se situe raconter : « Cette fonction médiatrice que l'identité narrative du personnage exerce entre les pôles de la même chose et de l'ipsité est essentiellement attestée par les variations imaginatives auxquelles le

L'identité apparaît alors comme une représentation imaginaire de soi à soi, dont l'histoire, en tant que continuité mentale, constitue à la fois le réceptacle et la source des significations individuelles. Le temps est une représentation qui trouve sa nécessité dans l'organisation du fonctionnement mental et de l'identité du sujet, sans doute en rapport avec la nécessité de l'établissement d'une notion de causalité. Il est sans doute essentiel que, dans certaines situations cliniques, la cure analytique puisse fournir l'occasion et l'ancrage suffisant à l'inscription du patient dans une diachronie personnelle, condition indispensable à toute forme de prise de conscience. Il est vraisemblable que certains échecs thérapeutiques, actuellement considérés comme l'expression de la pulsion de mort, soient dus à l'absence d'inscription du patient dans une diachronie qui lui soit personnelle.

En cas de risque somatique, le refoulement de la fonction de l'imaginaire laisse le patient dépendant de la temporalité de l'analyste, vécu comme Surmoi corporel, ce qui signifie que cette temporalité ne peut être intériorisée par le patient. Ce qui différencie, dès lors, les patients somatisants des névrotiques, tels que Freud les a décrits, est que l'activité de « banalisation » leur interdit tout accès à une historicité. L'interprétation reçue en l'absence de référence historique interne risque de mettre le patient devant une impasse ; il ne peut ni intégrer l'interprétation, ni, pathologie de l'adaptation oblige, correspondre à l'image d'un patient répondant aux moindres désirs de l'analyste. Le temps de l'histoire personnelle est au cœur de la psychanalyse, il est impossible pour l'analyste de ne pas évoquer l'histoire de son patient pour donner forme à une interprétation : la temporalité est une condition de la cure psychanalytique et de sa théorie. Si Freud a utilisé une conception du temps réaliste et en parfaite adéquation avec les représentations sociales, il conviendrait que dorénavant la psychanalyse interroge les potentialités de représentation du temps chez les patients, ce qui devrait lui permettre de mieux situer ses possibilités d'intervention. En tout cas, l'histoire de la relation thérapeutique et de ses échecs est parfois le premier moment possible de redéfinition d'une temporalité personnelle historique. C'est à cette seule condition qu'il devient parfois possible au patient de retrouver une identité et par là de reconstruire une histoire, seule source de signification personnelle possible : l'identité du patient comme celle de la psychanalyse passent par la potentialité narrative.

Il nous faut revenir sur le paradigme psychosomatique : quel sens peut avoir l'établissement d'une interprétation psychosomatique, d'autant que, comme je l'ai montré dans la première partie, il faut se méfier *a priori* des symbolismes corporels, analytiques ou culturels, qui sont à notre disposition ? L'introduction de la question de la temporalité permet de répondre à cette question : l'interprétation sera his-

torique ; en tenant compte de la complexité des déterminants, elle pourra découvrir leur interaction et entrelacement progressifs. C'est dire qu'elle n'aura pas de visée causale *stricto sensu* mais établira la nature des conjonctions possibles en visant à permettre au patient de dépasser l'impasse dans laquelle il se trouve, ne fût-ce que comme conséquence de sa maladie. L'interprétation sera ainsi relationnelle : mises en évidence par la relation thérapeutique, elle tentera de dégager les régularités relationnelles que le patient entretient avec son contexte, familial, social, culturel, corporel et matériel. Ceci comme conséquence du fait que les enjeux d'une relation humaine peuvent précéder la prise de conscience éventuelle qu'on peut en avoir ; relation qui peut donc exercer une emprise non seulement sur le psychisme mais aussi sur le corps. C'est à ce niveau que la distinction établie par Sami-Ali entre corps réel et corps imaginaire prend toute son importance. Ces deux termes, qu'il faut considérer comme des concepts et non comme des « réalités cliniques », permettent d'évaluer sans *a priori* toute forme de manifestation corporelle en fonction de l'existence de manifestations de la fonction de l'imaginaire. Ce bipôle pourra ainsi fournir une première appréciation possible et, dès le début de la prise en charge thérapeutique, des raisons éventuelles et corporelle du patient. Le corps réel, physiologique, peut ainsi acquérir un sens qui n'est pas *a priori* symbolique. Or, comme on l'aura remarqué dans les exemples cités, et comme la pratique thérapeutique d'enfants souffrant de troubles instrumentaux nous le montre tous les jours, il n'est pas automatique de posséder un corps qui vous appartienne personnellement ; une relation nouée avec une instance agissant comme Surmoi corporel peut empêcher d'investir son corps comme objet personnel de désir et d'échanges. Ceci prend, comme on va le voir, un relief tout particulier quand on s'intéresse à la clinique de l'enfant et surtout du nourrisson.

## 7

### L'IMAGINAIRE PARENTAL ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Si la question de la représentation du temps et de l'histoire est essentielle à la compréhension des somatisations, comment peut-on penser la somatisation chez le petit enfant ? Si on admet que la dermatite atopique est une affection psychosomatique, comment atteint-elle des enfants dès l'âge de trois mois ? Par quel mécanisme, de quelle nature sont les signaux envoyés à l'enfant pour le mettre dans une situation psychique inconfortable ? Certaines expériences cliniques nous avaient fait comprendre combien il est parfois difficile à un nourrisson d'habiter son corps alors qu'il s'agit là d'une condition essentielle à l'établissement de la fonction projective ; poursuivre notre recherche en psychosomatique du bébé devait ainsi nous permettre de nous en rapprocher, au plus près possible, du corps réel du bébé, des échanges entre lui et ses parents dont il est le point de passage obligé ; l'asymétrie de pouvoir entre les deux partenaires pouvant expliquer que, parfois, le bébé ne puisse créer et investir un corps qui soit le sien. Pour approcher ces questions, outre l'étude des situations cliniques, l'utilisation de la méthodologie de l'observation directe nous fut précieuse.

## CÉLINE OU HABITER UN CORPS QUI NE VOUS APPARTIENT PAS

À six ans, Céline<sup>1</sup> a souvent été considérée comme une petite fille débile. Son inhibition, le retard de son développement intellectuel, ont conduit ses parents à consulter de nombreux spécialistes. À chaque fois, et ce sera notre cas, une première rencontre conduit chacun de ces thérapeutes vers un diagnostic de déficience mentale, mais bien vite l'examen des résultats laisse perplexe : ni ces examens, ni l'anamnèse de Céline ne plaident pour la débilité mentale. Quelqu'un a finalement parlé d'autisme et c'est dans ce contexte qu'elle nous est adressée pour traitement.

Il n'entre pas dans mon propos de décrire l'ensemble de la démarche thérapeutique qui fut la nôtre, mais bien d'insister sur certains aspects du traitement individuel de Céline (qui ne fut pas notre seul mode de prise en charge). Nous avons entrepris la thérapie de Céline après avoir posé le diagnostic de psychose infantile à forme déficitaire. Cela avait l'avantage de maintenir intactes nos incertitudes : qu'allait-on trouver derrière cette inhibition ? Notre diagnostic se voulait purement phénoménologique.

Rapidement, Céline nous a montré sa difficulté à entrer en relation avec sa thérapeute. Celle-ci est, tour à tour, soit un pur objet qu'on dirige à la baguette, soit un personnage que l'on met dans un coin, sans tolérer qu'une relation puisse s'établir : Céline s'active seule et ne supporte pas que sa thérapeute intervienne en quoi que ce soit. Au mieux, elles se retrouvent côte à côte, sans rien échanger. Parfois, Céline exécute des tâches que sa mère semble lui conseiller d'effectuer en séance : c'est-à-dire des exercices de rééducation. Parfois, encore, elle agresse tout ce qui l'environne, dans l'espoir, semble-t-il, de se faire traiter de « méchante fille » et de se voir renvoyée à sa mère, ce qui, à l'évidence, la soulagerait : Céline ne semble pas avoir de place mentale pour y intégrer cette étrange qu'elle veut donc, à tout moment, contrôler. Elle présente aussi quelques bizarreries de comportement : Céline ne connaît pas l'espace et, quand elle court, à la grande peur de la thérapeute, ce sont les murs de la salle qui l'arrêtent.

Céline est, par ailleurs, incapable de produire un geste appris par imitation, comme, par exemple, souffler dans un ballon gonflable. Pour que Céline puisse y parvenir, sa thérapeute doit, après avoir elle-même gonflé un ballon, lui toucher du doigt les lèvres comme pour lui donner, à la fois, permission et repérage corporel. C'est non seulement grâce à cette sorte de permission que Céline devient capable d'accéder à un vécu corporel, mais cet accès ne semble possible que dans la mesure où le corps de Céline est repéré, signifié et nommé par sa thérapeute. Tout se passe comme si cette petite fille ne disposait pas de repérage corporel suffisant ou ne pouvait l'utiliser.

On nous avait aussi beaucoup vanté la mémoire de Céline, légendaire, capable de reconnaître mille choses. En fait, Céline fonctionne à la manière d'un appareil photographique : elle repère de façon très précise tous les objets, vêtements et autres détails présents à une séance ; puis, avec angoisse, elle interroge la thérapeute à propos de toute modification lors d'une rencontre successive ; comme si l'ensemble de la réalité et les significations possibles de la rencontre thérapeutique se trouvaient dans les objets environnants. Après quelques mois de thérapie, Céline met parfois en scène un objet terrifiant ; sa thérapeute se contente de mettre en mots ses objets de peur : elle parle de loups et de crocodiles. Mais ces ébauches de représentation, dont Céline accepte peu à peu la transformation-interprétation thérapeutique, suscitent une telle excitation qu'on doit les interrompre en raison de l'intensité de l'agitation qu'elles provoquent.

Après quelques mois (alors qu'elle ne possédait, auparavant, aucune représentation consistante du temps) Céline, peu à peu, semble vouloir refaire l'histoire de sa thérapie. Elle prend du temps et un plaisir évident à faire l'inventaire de son tiroir personnel. À mesure qu'une relation thérapeutique s'ébauche, Céline s'intéresse à sa thérapeute : elle lui pose bien des questions.

C'est aussi le moment où les difficultés de Céline quant à sa capacité de représentation du corps apparaissent dans toute leur ampleur. Un jour, apercevant la montre de sa thérapeute, elle lui demande une explication sur le mouvement de la « trotteuse », dit vouloir entendre le bruit du tic-tac et, dès qu'elle a la montre à son oreille, elle colle cette oreille contre celle de la thérapeute en lui disant : « Je veux entendre par ton oreille » : possède-t-elle une oreille qui lui soit propre ? Tout se passe comme si Céline ne pouvait faire la synthèse entre ce qu'elle voit, sent ou entend ; toutes ces sensations sont comme séparées les unes des autres et comme si elles n'appartenaient pas à un même corps, manifestant ainsi un trouble sérieux de la représentation du corps propre qui reste sous la dépendance du repérage de l'autre pour exister. Cette difficulté est encore plus manifeste

1. Cette situation a été discutée dans notre groupe de recherche en psychosomatique à partir des notes de Mme Devaux B, psychomotricienne et thérapeute de Céline.

lorsqu'une autre fois, en guise de bonjour, la thérapeute de Céline lui dit qu'elle a senti que son chewing-gum sentait la cerise. Céline la regarde, étonnée, sort le chewing-gum de sa bouche, le renifle et dit : « Oui, il sent la cerise » : elle n'a pas accès à un vécu corporel global, toute sensation est isolée du reste du fonctionnement, qui doit être repéré par un autre qui lui donne sens et l'organise. Son vécu corporel dépend de celui de l'adulte, ce qui explique pourquoi elle entend par l'oreille de sa thérapeute qui tente de lui montrer comment il se fait que, à son entrée, Céline sentait la cerise. Elle enlève de nouveau son chewing-gum et souffle son haleine dans la figure de sa thérapeute, comme pour lui montrer sa compréhension. Si elle voit l'image d'un animal de profil, elle recherche l'autre œil et ne peut comprendre qu'on ne le voit pas, en continuant à prétendre qu'il est fermé. On voit bien ici la difficulté de Céline à organiser une représentation du corps propre. Son corps est toujours sous la dépendance du corps de l'autre, dont il est par ailleurs indistinct. C'est assez précisément ce que Sami-Ali entend par le concept de *Summoi corporel*. À ce propos, nous apprenons que la mère de Céline, fort anxieuse, organise l'espace de la maison de façon très stricte. Par exemple, il existe deux catégories de toilettes dans la maison : une pour l'urine et l'autre pour les matières fécales.

Mais le climat des séances change. Parfois, sous l'œil, amussé et intéressé, de sa thérapeute, Céline grimpe sur le bureau, face au miroir. Elle s'assied et prend du temps et du plaisir, sous l'œil d'un double spéculaire où elle aperçoit aussi cet autre double complice qu'est la thérapeute, à parler et à lancer des objets devant elle : un peu comme un bébé dans sa chaise. Céline prend du temps, grâce à des jeux sensori-moteurs très riches, pour découvrir l'espace : le corps, l'espace et le temps peuvent se constituer, à ce moment, à partir d'un vécu personnel riche en expériences sensorielles où la vision joue un rôle essentiel en même temps que l'élation motrice qui l'accompagne. Le tout au sein d'une relation où Céline a pu trouver appui et sécurité, ce qui ne fut pas toujours facile tant les bizarreries de son comportement et ses troubles du schéma corporel pouvaient induire de mauvaise chez sa thérapeute qui n'a pu rester attentive qu'en essayant de donner sens à toute manifestation corporelle. Corps, temps et espace sont les trois ingrédients indissociables de toute constitution possible des représentations ; trois faces d'un seul et même processus de création de l'identité au cœur d'un processus essentiellement imaginaire. Ce qui apparaît nettement avec Céline, c'est qu'il ne suffit pas d'avoir un corps pour en être le propriétaire.

La constitution d'une identité corporelle apparaît, définitivement, comme une œuvre qui nécessite du temps et la constitution d'un monde relationnel qui autorise l'enfant à effectuer cette synthèse cor-

porielle. C'est au cœur de ce processus que naît le processus de projection sensorielle (Sami-Ali, 1970) qui permet à l'enfant de se représenter et de figurer son corps en l'assimilant à tous ces objets qui commencent à paraître extérieurs mais à l'origine d'une jeu imaginaire fondateur de notre différence d'avec le semblable, de notre identité.

## LA NATURE SPÉCIFIQUE DE L'IMPASSE DU NOURRISSON<sup>1</sup>

Il nous fut facile, durant les premières semaines de l'observation, d'attribuer aux peurs et fantasmes de notre jeune collègue l'importance de son sentiment d'intrusion lorsqu'elle rendait visite à Arnaud et à sa mère : nous pensions qu'il n'était pas facile, pour elle, d'aller observer la constitution progressive d'une relation entre une mère et son fils, au sein d'une famille composée jusqu'alors uniquement de filles. D'autant que la relation entre Arnaud et sa mère paraissait extrêmement proche, « voire fusionnelle » : durant les premiers mois de l'observation, notre collègue n'a pas eu l'occasion de voir souvent le visage d'Arnaud ; sa mère semblait vouloir monopoliser le regard de son fils : en tenant son visage proche du sien, elle ne semblait pas disposée à laisser Arnaud explorer des yeux le monde environnant et les « autres dames » qui pouvaient s'y trouver. Pourtant, plusieurs éléments auraient pu nous permettre de supposer que les angoisses d'intrusion que notre collègue vivait étaient peut-être liées aussi à la structure particulière de la famille d'Arnaud.

Plus l'observation avançait, plus elle paraissait difficile : à chacune de ses visites, l'observatrice se cognait à la maman et à des meubles. L'espace matériel de cette famille était extrêmement réduit ; la pièce où se déroulait l'observation était encombrée de meubles qui consti-

1. Nous devons cette observation à Mme A. Lejeune, psychologue au centre de santé mentale provincial de Dinant. Les observations d'Arnaud et de Maud sont tirées d'observations faites dans le cadre d'un séminaire de formation à l'observation directe organisé depuis plus de sept ans maintenant au centre de guidance de Dinant, séminaire destiné à des infirmières sociales et à des psychologues en début d'activité professionnelle. Les membres de ce groupe de travail sont : A. Bertrand, F. Collès et D. Hupé, assistantes sociales ; M.-A. Pauwels, C. Georis, C. Herion, A. Fabris, M. Ferette, Renson, Tasioux, Etienne, Leyn et Hustin, infirmières sociales ; A. Collignon, orthophoniste ; B. Devaux, psychomotricienne et A. Lejeune, C. Dentison et J.-L. Duvivier, psychologues.

taient autant d'obstacles que l'observatrice devait franchir avant de parvenir à un divan que la mère lui avait indiqué, dès la première fois, comme étant le seul lieu où elle souhaitait la voir installée sans qu'elle soit, apparemment, autorisée à se déplacer « librement ». L'espace physique de ces rencontres était particulièrement figé ; l'observatrice assistait, de loin, aux échanges entre Arnaud et sa mère, étant, spatialement, incapable de regarder les réactions de l'enfant, de le voir de plus près, d'identifier son visage et ses réactions. Cette distance physique était relayée par une relation psychique fort réduite qui expliquait, en fait, les vives angoisses d'intrusion de l'observatrice. Nous avons, d'abord, pensé que ce lien privilégié était la conséquence d'une volonté de la mère de contrôler sa relation à un fils avec lequel elle avait établi un lien dont la nature éroisée semblait évidente. En effet, de plus en plus souvent quand l'observatrice se présente, la mère d'Arnaud lui signifie qu'elle n'est pas arrivée à un bon moment.

Parfois, pourtant, l'observatrice aperçoit le visage d'Arnaud qui commence à gazouiller, à regarder autour de lui ; il arrête son regard et semble intéressé par les couleurs vives. Mais très vite sa mère force Arnaud à reprendre contact avec son visage à elle. À trois mois, elle montre une inquiétude de plus en plus grande : est-il normal que le réflexe archaïque de la marche automatique soit encore présent chez son fils ? Elle se pose, avec angoisse, la question de savoir comment tester la persistance de cet héritage archaïque et sa signification : son fils, et par là elle-même, seraient-ils en défaut ? Arnaud ne présente pourtant aucun retard de développement, au contraire même : à quatre mois il se tient assis seul, il cherche manifestement le contact visuel avec ses sœurs, présentes à plusieurs reprises durant l'observation. Mais la mère continue de rendre l'observatrice de plus en plus étrangère à son fils ; c'est de la façon suivante qu'elle lui présente l'observatrice quand celle-ci arrive : « Qui est-ce ? Tu ne connais pas cette dame ? C'est madame qui vient te voir mais que tu ne reconnais pas. » Elle ponctue cette phrase en serrant très fort son fils contre elle. Elle se montre aussi de plus en plus intolérante à l'égard des filles plus âgées et de leurs jeux ; elle n'arrête pas de les rabrouer, de se fâcher et de limiter leur espace ludique sans que l'observatrice estime leurs jeux trop débordants ; mais il lui est difficile de juger objectivement la situation car elle est, elle-même, confinée sur un divan et peut-être s'identifie-t-elle à ces enfants un rien turbulents. Cette intolérance va grandissant, au point de la rendre difficilement tolérable aux yeux de l'observatrice.

Si la mère dit qu'elle apprend à son fils à tenir sa cuillère, elle s'inquiète fort, pourtant, de savoir si son fils n'est pas en retard de développement, montrant par là une grande difficulté à pouvoir

s'identifier aux besoins et aux réalités de celui-ci. Tout comme elle a bien des difficultés à s'identifier aux besoins des filles plus âgées, car notre collègue constate de plus en plus fréquemment que, malades, elles semblent avoir bien des difficultés pour se rendre à l'école : ce qui nous apparaît clairement comme la manifestation d'une jalousie, quasi inévitable, ne suscite que colère et mauvaise humeur chez la mère ; sa surdité à ces appels manifestes ne facilitera pas le contact entre elle et l'observatrice ; dans notre groupe, nous sommes à présent convaincus que la mère d'Arnaud occupe une place prépondérante dans l'apparition des angoisses intenses d'intrusion, qui avaient gêné le début de l'observation : notre regard est passé de l'observatrice à l'observée. Les sœurs d'Arnaud tiennent d'organiser leurs jeux au sein d'une maison qui reste fort étroite, mais elles n'y parviennent pas car la mère les confine dans un espace toujours plus restreint. Nous comprenons de plus en plus clairement cette attitude de « confinement de la mère » comme le résultat d'une intolérance de sa part à l'égard de l'espace de séparation que ses enfants peuvent créer par rapport à elle. Des explications « oedipiennes », nous nous dirigeons vers les angoisses dépressives. Cela se vérifie aussi pour Arnaud, au fur et à mesure que ses capacités motrices se développent.

Pour manger, Arnaud ne dispose d'aucune liberté : il doit manger proprement, sans jouer, et ceci à un rythme régulier car il ne lui est pas permis de prendre trop de nourriture en bouche, de recrachter sans que la mère n'intervienne de manière très vive et en traitant son enfant de « petit méchant » : toutes choses qui ne sont manifestement adaptées ni à son âge ni à ses capacités motrices.

### Entre six et dix mois

L'étrangeté que semblait représenter l'observatrice aux yeux de la mère s'est transférée peu à peu à Arnaud. Au sixième mois en effet, et donc de façon très précoce, Arnaud se met à pleurer lorsqu'il voit le visage de notre collègue. Au point que sa mère doit venir le calmer en expliquant qu'elle pense que son fils lui est, vraiment, trop attaché, « sans qu'elle sache, au juste, pour quelle raison ». Nous notons, aussi, que l'observatrice n'utilise jamais le prénom d'Arnaud quand elle nous en parle ; tout se passe donc comme si elle se sentait obligée d'adopter, de façon très stricte, le comportement de la mère, dont elle ne peut, même à distance, se détacher : l'espace, la séparation et le deuil sont décidément au cœur de cette observation. Les angoisses d'intrusion de notre collègue sont loin de s'atténuer, et même s'accroissent au cours de cette phase de l'observation (Wattillon-Naveau A., 1985).

Plus Arnaud grandit, plus l'espace « fusionnel » du début semble complètement déchiré. La mère dit ne plus comprendre son fils ni pourquoi il refuse de manger les bons plats et les menus appétissants qu'elle lui prépare. L'observatrice note aussi les grandes difficultés de la mère à observer de manière adéquate son enfant, qu'elle juge trop mince alors que l'évolution de ses courbes de poids et l'impression de l'observatrice font d'Arnaud un bébé un peu trop gros. La mère dira, à plusieurs reprises, que son enfant lui semble tout à fait « étrange ». À cela s'ajoute le fait que nous apprenons que les filles aînées ont de graves difficultés scolaires dues à de la « dyslexie ». La mère semble de plus en plus gênée par le fait que son fils grandit et se prépare, peu à peu, à se séparer d'elle : sa maturation lui permet, maintenant, de se déplacer.

C'est à ce moment que l'observatrice nous rapporte un épisode extrêmement significatif qui tend à prouver qu'il existe bel et bien pour la mère une difficulté à gérer un espace imaginaire de séparation. C'est très net en ce qui concerne Arnaud : il est placé dans un parc qui est tellement rempli de jouets, les plus divers, qu'il lui est impossible de se déplacer : il reste donc assis de longs moments sans pouvoir bouger, comme si ses capacités motrices nouvellement acquises devaient être limitées de manière à maintenir un contact visuel privilégié et exclusif avec sa mère. C'est ce qui se passe, aussi, pour les aînés, qui sont systématiquement contraints de jouer dans un coin déterminé de l'espace familial. Leurs jouets se trouvent dans cet endroit précis qu'ils ne peuvent quitter. C'est bien entendu aussi le cas de l'observatrice : nous donnons ainsi progressivement un autre sens au fait que régulièrement elle s'était cognée à la mère : la vie fantasmatique de l'observatrice pouvait, sans doute, en partie expliquer ce phénomène, mais il est certainement dû, principalement, aux angoisses de la mère.

Cette attitude de contrôle illustre bien la théorie du « Surmoi corporel », évoquée dans les chapitres précédents. Pour interdire la séparation, pour contrôler ses enfants, pour maintenir ses projections, la mère adopte des attitudes très rigides qui la conduisent à contrôler non seulement la vie mentale de ses enfants mais aussi leur espace corporel et physique. C'est ainsi que, lorsqu'Arnaud commencera à lancer des objets au loin devant lui, la mère refusera de lui rendre les objets qu'il vient de lancer : elle estime qu'il s'agit là de caprices insupportables. C'est bien cet espace d'échange que la mère a de la difficulté à supporter. Elle peut tolérer ses enfants, l'observateur ou l'étranger à condition qu'ils se soumettent à l'espace tel qu'elle organise ; elle ne peut imaginer qu'un même objet puisse être échangé avec plaisir entre les divers partenaires d'une relation.

### À un an, apparition de l'eczéma

Notre collègue avait depuis longtemps observé qu'Arnaud avait quelques boutons dispersés sur le visage, mais personne, à commencer par elle, n'avait donné de signification à la présence de ces petites lésions cutanées. Lorsque l'observation se termine, il est clair qu'Arnaud a développé un eczéma très important. Son visage est couvert de lésions. La mère a consulté pédiatres et dermatologues pour le soigner, mais reste déçue.

Alors qu'il est âgé d'un an, Arnaud ne se déplace qu'assis, en glissant une jambe sous son derrière et en se traçant à l'aide de la jambe restée libre ; de toute manière, sa mère le contraint à ne se déplacer que dans un espace réduit qu'elle détermine ; de même qu'elle choisit les objets avec lesquels il peut jouer, objets dont Arnaud semble souvent se désintéresser. Lorsque, parfois, il tente de s'intéresser à un morceau de tenture qui est à proximité de sa main, sa mère intervient rapidement pour le lui interdire. Il est ainsi confiné dans un endroit dont il ne peut s'échapper. À la belle fusion du début s'est substituée une fracture qui semble irréductible : Arnaud est maintenant considéré par sa mère comme un enfant difficile, colérique et peu malléable. Tout s'est donc passé comme si Arnaud avait pu établir une relation satisfaisante et gratifiante avec sa mère aussi longtemps que ses capacités motrices ne l'autorisaient pas à se déplacer. Ce que nous prenions au début comme la manifestation d'un lien préférentiel de nature libidinale entre une mère et son fils nous est apparu, au fil des mois, comme la tentative de maintien d'une relation fusionnelle, de dépendance absolue de l'enfant par rapport à la mère, ce qui exclut toute possibilité de développer ses propres capacités motrices. Tout s'est passé comme si, dès qu'Arnaud était devenu capable, neurologiquement, de développer une activité motrice propre, cette bulle « narcissique », qui l'unissait à sa mère, s'était peu à peu fracturée au point de les rendre étrangers l'un à l'autre.

Cette observation souligne combien l'espace imaginaire et l'utilisation du corps propre par l'enfant, corps dont les potentialités physiologiques sont en plein développement et qui, donc, soumettent les parents au risque du changement, peuvent poser problème. Nous avons interprété le surgissement de la dermatite atopique comme le résultat d'une contradiction croissante entre le développement psychomoteur d'Arnaud et les injonctions surmoïques de sa mère ; contradiction qui, en raison de la dépendance absolue du nourrisson à l'égard de son entourage, s'est transformée en impasse : il n'y a pas pour le bébé de solution possible entre son propre développement corporel et les désirs de sa mère à laquelle il ne peut échapper. Il s'agit sans doute

là de la forme d'impassé spécifique du nourrisson : le corps réel de l'enfant, avant que d'être imaginaire, est d'abord façonné par la relation qui le lie à ses parents. L'asymétrie relationnelle tend à faire coïncider le couple bébé/parent avec le bipôle corps-réel/corps-imaginaire mise en évidence par Sami-Ali : le corps réel reste du côté du bébé, ce qui pourrait expliquer les somatisations précoces. Le nourrisson dépend, en effet, étroitement de ses parents ; s'il existe une contradiction entre l'imaginaire des parents ou leur propre pathologie de l'adaptation et les capacités maturatives de l'enfant, l'impassé est d'emblée incontournable. Notion d'impassé que Sami-Ali définit ainsi : « Contrairement au conflit névrotique dont la forme est la simple alternative, A ou NON-A, la situation d'impassé commune à la psychose et à la somatisation est entièrement structurée par la contradiction A ou NON-A et ni A, ni NON-A. Ce qui *a priori* exclut toute solution névrotique. » (Sami-Ali, 1987, p. 115.)

Contrairement donc à ce qui se passe chez l'adulte où le développement d'une impassé est souvent mais non exclusivement la conséquence d'un refoulement de la fonction de l'imaginaire, la somatisation chez le bébé serait le résultat d'une opposition entre son vécu corporel propre et les injonctions de son entourage auxquelles il ne peut échapper ; la pathologie se développe quand les interdits portent sur le développement de fonctions corporelles.

Si on considère qu'avant d'être libidinal le corps réel du bébé est le reflet indirect de la qualité de relation qui le relie à ses parents, son corps physiologique devient le représentant direct de la nature des échanges qu'il a eus avec son entourage. Ce corps, qui, dans ce cas, peut être qualifié de « littéral », se situe à l'intersection des réalités physiologiques de l'enfant et de la réalité psychique de ses parents, qu'elle soit peuplée de fantasmes ou, au contraire, déjà habitée par une volonté d'adaptation par refoulement de la fonction de l'imaginaire. On se situe en deçà du corps érotique-narcissique, et la dialectique corps réel de l'enfant/corps imaginaire des parents permet d'étudier au plus près les conditions qui permettent ou non à un enfant d'habiter un corps qui lui appartienne vraiment : c'est-à-dire les conditions de l'établissement de l'étagage libidinal.

L'observation clinique peut ainsi développer un ensemble d'hypothèses sur l'interaction entre les attitudes éducatives des parents et le vécu corporel, supposé, de l'enfant afin d'établir les conditions éducatives qui permettent à l'enfant d'habiter un corps qui lui soit propre ; ce qui constitue l'étagage pourra, dès lors aussi, être mis en rapport avec l'apparition de signes de l'existence d'un auto-érotisme. La relation bébé/parents peut produire des symptômes avant même que les deux termes qui définissent cet espace d'échange ne puissent pen-

L'imaginaire parental et le développement de l'enfant

ser celui-ci, c'est-à-dire en prendre mesure. La relation précède la conscience, c'est dire qu'on y échappe pas, surtout pour le bébé (Sami-Ali, 1990, p. 76, 77, 78).

## RYTHME ET SOMATISATION

J'étais attentif à ces questions, quand il m'a été donné de connaître Maud<sup>1</sup>. À un mois, elle est peut-être un bébé trop mou, mais son premier développement paraît harmonieux, au terme d'une grossesse et d'un accouchement sans problème. Elle est née dans ce type de famille dont il semble impossible et insupportable de se séparer. Son père est encore occupé, pour quelques mois, à l'étranger, où il mène à terme un contrat de travail. La mère de Maud n'a pas pu supporter d'accoucher loin de la maison familiale ; elle y est donc revenue peu « avant terme » pour accoucher dans sa ville d'origine, au côté de ses parents. Le père de Maud s'apprête aussi à réintégrer la famille de son épouse ; il sera employé par son beau-père dans l'une de ses nombreuses activités professionnelles : dès avant la prise d'autonomie des enfants, une activité professionnelle a été préparée pour chacun d'eux par le grand-père maternel de Maud. Que ce soit une boucherie, une entreprise générale ou une mercerie, chacun des enfants se voit pourvu, dès sa puberté, d'une affaire qui reste, en attendant la majorité de chaque intéressé, dirigée par le grand-père de Maud. Il y a donc pour l'instant un besoin urgent de « main-d'œuvre ». Le père de Maud va y pourvoir, tout en s'intégrant dans un giron dont il sera, sous peu, un maillon supplémentaire : l'intégration « forcée » paraît d'autant plus inévitable qu'elle est justifiée par de bonnes raisons de nature « économique ». Chacun des enfants travaille au sein d'un groupe familial qu'on pourrait tout autant qualifier d'entreprise ; quitte à perdre son autonomie et donc une part d'identité (ici une carrière à l'étranger), comment pourrait-on refuser à son épouse de rejoindre un groupe familial qui, depuis des années, prépare et organise le devenir de chacun des siens ? Comment pourrait-on justifier un tel refus à un beau-père qui vous attend, qui vous propose un emploi sur mesure et préparé de longue date ? Pourquoi aller chercher ailleurs ce qu'on possède déjà avant même d'entrer dans cette famille : tout y est prêt

1. Maud a été observée par C. Jeoris, infirmière sociale ; ce qui en est retransmis constitue le résultat des discussions que nous avons eues en groupe à propos de cette observation.

depuis quelques années et donc parfaitement sûr ? Il n'empêche que, dans cette situation, l'échec relationnel risque de se confondre avec faillite, l'économique de ne pas se dissocier de l'affectif, et l'argent de se confondre avec l'émotion.

Ce modèle est en voie de répétition, car déjà la mère de Maud fut élevée par ses grands-parents : ses parents auraient été trop occupés par leurs activités professionnelles. Les arrière-grands-parents de Maud vivent d'ailleurs à peu de distance de la rue où cohabitent Maud et ses parents, ses oncles, tantes et grands-parents.

Maud est nourrie au sein, sa mère parle d'elle en termes forts médicaux. Elle se veut organisée, objective, et semble peu disposée, peut-être à vivre, en tout cas à exprimer cette sorte de sentiments très vifs que fait revivre la naissance d'un bébé.

Mais cette situation ne semble alarmante pour personne et surtout pas au sein de notre groupe de travail qui, depuis les années, s'est familiarisé avec les multiples variations observables dans l'éducation très précoce des enfants. Nos premières réunions se contentent de souligner l'aspect quelque peu fusionnel de cet univers familial, mais il est par ailleurs évident que Maud est un bébé qui dispose de toute l'attention et la sollicitude dont un enfant de son âge peut avoir besoin : on pourrait même affirmer qu'elle est quelque peu « surprotégée », voire enfermée dans un système familial qui ne lui permettra pas à elle non plus de se séparer. Un peu plus averti que les autres membres du groupe des ruses de la somatisation, je me contente de faire part de ce risque potentiel bien que l'expérience de ces observations m'ait appris à me méfier de ces premières impressions et à considérer que les facteurs déterminants de l'avenir d'un enfant sont tellement multiples que l'avenir de chacun n'est guère prévisible, ce qui, sur un plan technique et éthique, est rassurant.

### Deux mois : les premiers dangers de la séparation

Il est pourtant bien difficile, à chaque fois, de savoir où l'observatrice peut rencontrer Maud et sa mère : tantôt chez ses parents ou chez ses grands-parents ; mais, surtout, l'espace de rencontre est occupé par de multiples membres de la famille maternelle, le plus souvent des femmes. C'est à cette époque que nous apprenons que la mère de Maud va, elle aussi, bientôt reprendre ses activités dans l'entreprise familiale. Elle doit donc sevrer Maud ; mais, dans ses bras, sa fille ne boit pas les biberons qu'on vient d'introduire ; c'est donc la grand-mère qui les lui donne pour assurer la transition progressive de l'allaitement maternel aux laits maternisés. À plusieurs reprises, nous pou-

vons observer cette scène où la mère de Maud semble fascinée par la vue de sa fille dans les bras de la grand-mère, au point qu'insensiblement elle se balance d'avant en arrière sur sa chaise. C'est ce phénomène d'indifférenciation qui nous conduit, cette fois, à craindre que ne se développe tôt ou tard une somatisation chez Maud.

C'est brusquement que, chaque fois, la grand-mère termine le nourrissage de Maud ; car elle est, elle aussi, contrainte par les multiples nécessités professionnelles/familiales. Maud, remplacée sans autre forme de procès dans son relax, parfois régurgite. Sa mère, alors, lui souffle sur le visage, à distance et dans un face-à-face qui reste muet ; comme si, une fois redevenue seule, elle était incapable d'assurer les soins de son enfant. Après avoir été tenue par sa grand-mère, Maud ne sera plus touchée par sa mère, qui se contente, sans lui parler, ni la prendre, de lui insuffler à distance on ne sait quel encouragement : face-à-face qui reste rigide et très formel. L'harmonie primitive entre Maud et sa mère semble se fracturer ; plus le moment de la séparation approche, plus la mise au sein de Maud, qu'elle prend en allemand avec le biberon, se révèle longue et difficile. La tétée alors n'en finit pas : Maud, aux dires de sa mère, ne veut plus se nourrir et manque de vigueur, si bien que celle-ci la prend et la retire sans cesse de son corps au point que ce nourrissage dure parfois jusque très tard dans la soirée. La mère de Maud se dit épuisée, Maud boit de plus en plus mal et mange de façon de plus en plus irrégulière.

Au moment où sa mère s'apprête à se séparer d'elle, Maud se désorganise au niveau temporel : alors qu'elle dormait bien la nuit, elle s'éveille maintenant souvent, réclame à boire et ne mange qu'à moitié. Elle semble incapable d'effectuer le passage du rythme de vie ultradien, propre au nourrisson, au rythme circadien. À cela s'ajoute une temporalité fort différente dans le nourrissage lui-même : quand il est assuré par la mère, il est quasi interminable, alors qu'il est bref et saccadé quand c'est la grand-mère qui nourrit ; le sein toujours présenté et représenté, alors même qu'il va falloir s'en séparer, s'oppose ainsi au biberon, objet fugace et apparemment purement fonctionnel ; outre les difficultés d'organisation temporelle de Maud, on voit se dessiner peu à peu deux modes contrastés de relation à l'objet externe : le sein angouissé et perpétuellement présent-absent d'un côté, le biberon fonctionnel, efficace mais fugace.

Nous avons fait l'hypothèse que, outre cette sorte de contraste dans la relation à l'objet, Maud ne put créer son rythme corporel propre en raison d'une interférence permanente entre le sien et celui de sa mère : cette dernière, en raison sans doute de ses propres angouïsses de séparation, eut bien du mal à laisser sa fille se séparer d'elle et ne put s'empêcher de lui présenter à tout moment le sein, ce qui a fort per-



turbé Maud, qui est devenue « difficile ». Il faut voir, à nouveau, combien cette pathologie s'inscrit dans la confusion des identités et des corps : on ne sait ici si la souffrance est due au fait que la mère doit retravailler, redevenir femme plutôt que mère et, en même temps, rester fille de ses parents ; difficultés d'identification qui se matérialisent peut-être aussi quand elle se balance en regardant sa fille nourrie par la grand-mère. Est-ce la mère qui souffre, la fille, ou la mère identifiée à sa fille ? La difficulté touche-t-elle à la séparation corporelle, ce que semble indiquer la durée infinie des allaitements, alors que les corps restent séparés quand Maud pourrait être prise dans les bras pour y être consolée ?

### Asthme et hôpital

À trois mois, au moment où Maud aurait dû se séparer de sa mère, celle-ci ne peut reprendre ses activités professionnelles car elle doit accompagner sa fille à l'hôpital. Maud souffre d'une bronchite asthmatiforme qui a nécessité sa mise sous oxygène. Cette première hospitalisation dure plus de quinze jours ; la maman de Maud se dispute avec le premier pédiatre et change de médecin ; Maud souffre alors de gastro-entérite et reste une semaine de plus en clinique.

À son retour de clinique, nous trouvons pour la première fois Maud et sa mère seules dans leur propre maison. Maud est cette fois très tonique : elle est assise dans un parc, entourée de coussins. Sa mère se tient en face d'elle, lui parle peu et lui tend les jouets avec beaucoup d'insistance, c'est-à-dire jusqu'à ce que Maud les prenne. Celle-ci ne garde d'ailleurs aucun de ces objets qui, aussitôt lâchés, sont repris et représentés par la mère qui n'abandonne pas un face-à-face insistant, qui prend parfois, de cette façon, une allure de contrainte. En réponse à l'absence de langage de la mère, Maud n'émet un babillage que très rarement. L'échange semble unidirectionnel, le plaisir partagé rare, seul ce face-à-face insistant tient place d'un échange relationnel difficile à nouer en tant que lieu d'échange de subjectivités.

Nous sommes frappés de constater qu'un interphone a été installé entre la maison de Maud et celle de ses grands-parents ; ceux-ci peuvent ainsi écouter, à tout moment, ce qui se passe dans la maison de leur fille, réduite ainsi à n'être qu'une chambre de bébé. Tout s'est donc passé comme si l'espace de séparation, aussitôt créé, devait être nié : la mère de Maud peut tout aussi bien être considérée comme une adulte responsable de son enfant que comme un enfant irresponsable qu'il convient de surveiller. On le voit, la confusion touche non seulement les corps et les espaces psychiques mais aussi le découpage des

génération. Peu de temps après que notre groupe s'est interrogé sur ce qui se voyait d'une maison à l'autre (la maison de Maud et celle de sa grand-mère se font face), c'est la présence d'un interphone qui nous donne cette réponse inattendue.

Maud, d'ailleurs, dort de plus en plus mal, ce qui provoque des échanges nocturnes, entre elle et sa mère, fort perturbés. Au plan somatique, Maud est intolérante aux laits. La diversité des produits diffusés sur le marché est source de changements et d'inquiétudes répétées. À chaque mois de la première année de sa vie, cette petite fille sera hospitalisée quelques jours en raison de la réapparition de sa bronchite asthmatiforme. Sa mère semble devenue absolument incapable de s'identifier à son bébé : elle souhaite, à l'âge de 4 mois, que Maud contrôle son exonération fécale. Dès que Maud fait un effort pour « pousser », elle lui enlève aussitôt son lange « pour qu'elle s'habitue à aller sur le pot », les fesses nues, ce qui favoriserait au mieux l'apprentissage de la discipline !

Maud se voit sommée, une fois mise au lit, de dormir. Sa mère enlève systématiquement tout jouet de son berceau, car « sa fille pourrait se distraire et s'empêcher de dormir ». Que ce soit pour la nourriture ou le sommeil, Maud est contrainte de se soumettre aux exigences de sa mère et à son horaire sans pouvoir disposer d'un objet substitutif qui pourrait l'aider à attendre et à rêver, bref, à organiser des représentations dans un rythme et un temps qui lui soient propres. De plus, c'est la mère qui nous indique les jouets préférés de sa fille, mais ce sont ceux qu'elle lui impose. Maud doit dormir quand sa mère le décide : ni le temps ni son corps ne lui appartiennent.

Que sa mère ne soit jamais identifiée à l'observatrice, comme cela se passe le plus souvent, suffit à souligner combien il était très difficile pour elle d'adopter des attitudes et des conduites qui ne relèvent pas d'un ensemble d'injonctions à visées adaptatives. S'identifier signe la possibilité de projeter, de prendre distance, de s'interroger, de faire face à l'étranger. Depuis qu'elle est née, il est bien difficile de distinguer l'histoire de Maud de celle de son entourage. Sa naissance fut tout d'abord l'occasion du retour de sa mère dans son milieu d'origine, dont elle s'était séparée durant quelques mois à peine ; depuis lors il nous fut quasi impossible de distinguer ce qui dans son histoire appartenait réellement à Maud ; dans cette famille où toutes les personnes sont interchangeables, où le plan de la survie économique se conjugue à celui des échanges affectifs et où la géographie des lieux occupés semble permettre qu'à aucun moment un travail de deuil ne soit effectué, Maud a connu une première année de vie perturbée par la maladie.

Ce qui nous a frappé, c'est le caractère chaotique qu'a pris son éducation à partir de l'âge de deux mois ; l'inquiétude maternelle a, depuis lors, constamment interféré sur le corps de sa fille. C'est pourquoi nous avons évoqué cette hypothèse d'une trop forte interférence rythmique : cela réintroduit la question du temps et de ses rapports au corps propre au cœur de notre recherche sur les facteurs psychiques de risque de somatisation. Outre cette temporalité perturbée, les attitudes de la mère de Maud ont le plus souvent contribué à favoriser la dépendance de Maud : en son absence, la maman souhaitait que sa fille s'endorme ; extrême : en son absence, elle supprimait les jouets du berceau, ne laissant ainsi à sa fille aucun espace personnel d'élaboration de l'absence. Son attitude éducative peut être décrite grâce au concept de Surmoi corporel. Le corps de Maud et sa temporalité particulière ont été structurés en fonction des besoins des parents au mépris du vécu de l'enfant, qui reste méconnu non seulement par les adultes, mais, plus grave, par l'enfant lui-même qui, en raison de l'absence de ce repère fondamental de son expérience personnelle, risque d'être incapable d'organiser/penser ce vécu corporel.

En ce qui concerne la dermatite atopique, on sait qu'un grand nombre de cas se déclarent vers l'âge de trois mois. Or la période qui se situe entre deux et trois mois est aussi une époque de modifications profondes à la fois de la physiologie et du monde relationnel du bébé. C'est souvent la période du sevrage en même temps que celle de l'apparition du sourire (le premier organisateur de Spitz). Trois mois, c'est aussi la période où l'enfant présente le minimum de défenses immunitaires puisque les immunoglobulines qu'il a héritées de sa mère commencent à lui faire défaut et qu'il ne parvient pas encore à compenser cette perte par une synthèse propre qui commence à peine : c'est donc l'âge aussi de la constitution de sa personnalité immunologique. Période, encore, de modifications importantes de l'organisation du sommeil de l'enfant. On distingue cinq états de veille/sommeil chez le nourrisson : l'éveil, un sommeil agité (a), deux types de sommeil lent (b et c) et une phase de sommeil paradoxal. Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, l'entrée dans le sommeil chez le bébé se fait par une phase agitée. Ces phases successives de sommeil et d'éveil sont organisées suivant un rythme global de quatre heures : le rythme dit ultradien qui correspond au rythme des repas mais qui se maintient en dehors des nécessités dues au nourrissage. À trois mois, en même temps que des caractéristiques électriques de l'EEG changent, l'entrée dans le sommeil se fait de plus en plus souvent par une phase calme ; de plus, la proportion de sommeil calme et de veille nocturne s'inverse (la veille diminue au cours de la nuit pour se déplacer vers la journée), ce qui constitue l'ébauche du rythme circadien qui ne sera bien établi que vers l'âge de un an. De plus, la quantité de

sus d'apprentissage, passe de 36 % à 20 %, 21 % par phase de sommeil. Cette période située autour de trois mois est donc cruciale si on tient compte de la manière dont Spitz a défini le premier organisateur : il signe des modifications du monde interne en même temps que son apparition va modifier profondément ses relations avec son entourage.

Cette période peut être considérée comme l'âge où une première émotion se structure. Comme l'avait suggéré Darwin et comme semblent le confirmer les recherches actuelles, le vécu émotionnel obéit à un déterminisme génétique important, mais, en même temps, tout se passe comme si l'environnement devait encadrer ces processus pour qu'ils se développent. Ces trois premiers mois situent ainsi l'enfant et son entourage autour d'un double interface : entre l'inné et l'acquis (l'inévitable génétique et les possibilités d'apprentissage) d'une part ; d'autre part entre l'intérieur de l'enfant et son entourage dont la fonction éducative est indispensable à sa survie. Que ce soit pour le sommeil, les émotions ou le devenir des différents rythmes corporels, il est impossible de distinguer parfaitement chacun de ces pôles dont la présence est indispensable au développement de l'enfant.

Tous ces processus sont soumis à des régulations complexes qui conduisent à penser que le corps réel de l'enfant est non pas le lieu de manifestation d'un ou de quelques rythmes corporels, mais le siège d'une grande quantité de rythmes divers qui exercent les uns sur les autres des influences variées. Or, pour qui a pratiqué souvent l'observation directe, l'adéquation d'une mère aux rythmes de son enfant est certainement la chose la plus mystérieuse qui soit ; on est toujours situé entre le respect du rythme de l'autre et l'adaptation progressive du bébé au rythme social de son environnement ; le tout dans un mouvement à peine perceptible tant il paraît à la fois naturel et imposé à l'enfant. Il n'est donc pas étonnant de constater que, par ce canal, les angoisses des parents et/ou leurs fantasmes ont tendance à faire irruption dans le vécu intime de l'enfant, ce qui pourrait conduire celui-ci à avoir soit un rythme propre chaotique et indéterminé, soit un rythme trop vite adapté à celui de l'adulte. Partis d'une réflexion sur le temps comme organisation diachronique, l'observation de Maud et la réflexion sur certaines situations cliniques nous ont conduit à découvrir l'importance d'une autre forme de structuration de l'expérience temporelle, le rythme : l'enfant possède des rythmes de développement qui lui sont propres qui vont devoir s'accorder très vite à ceux de son environnement, au point qu'il est souvent difficile de distinguer l'un de l'autre.

Si on pose que l'imaginaire, la fonction de rêve qui regroupe aussi bien le rêve nocturne que le jeu et le fonctionnement émotionnel, font partie de notre héritage phylogénétique, à partir de notre hypothèse sur la nature de l'imaginaire...

entre la somatisation précoce, le refoulement de la fonction de l'imaginaire chez l'adulte et la perturbation des rythmes précoces de l'enfant. L'impossibilité d'organiser un vécu corporel qui lui soit propre à partir de ses données biologiques de base détermine une méconnaissance par l'enfant de son corps propre, source, à la fois, d'une difficulté de projection/création d'un fonctionnement mental et d'une forme d'impasse spécifique à cet âge de la vie. Le rythme comme première possibilité d'organisation d'une temporalité/identité individuelle et les contradictions entre celui de l'enfant et ceux de son entourage constituent, au terme de ce parcours théorique et clinique, une hypothèse centrale pour expliquer la somatisation précoce.

Cela permet de souligner le caractère heuristique de la recherche clinique. Partis d'une interrogation sur ce qui apparaissait comme une pathologie de répétition, nous aboutissons à l'hypothèse d'une difficulté pour ces enfants, et ce dès leur plus jeune âge, à habiter un corps qui leur appartienne vraiment. Si cet interdit summoïque est précoce, il pourra porter sur les fonctions de sommeil et le développement émotionnel par perturbation du rythme de l'enfant interposé. C'est donc toute l'organisation de la fonction de rêve qui peut être perturbée de façon très précoce : si le rêve est avant tout transformation d'un vécu corporel, tout comme l'émotion, il peut aussi être considéré comme un phénomène à la fois parfaitement biologique et parfaitement subjectif ; le système émotionnel est à la fois déterminé génétiquement et organisé par l'entourage tout comme le sommeil. Ces structures sont donc accessibles par une recherche externe au sujet et par une analyse du devenir de la subjectivité des individus : il s'agit de structures bifaces particulièrement utiles à l'étude des fonctions psychosomatiques, c'est à dire à l'étude des relations entre le corps réel et la subjectivité du corps imaginaire, c'est à dire investi de libido, source de désirs et de représentations. Le corps réel et sa transformation en corps imaginaire par la projection, la fonction de rêve, considérée comme biologiquement déterminée, de même que les caractéristiques du sommeil et de l'expression émotionnelle, sont donc autant d'axes utiles à l'investigation psychosomatique. Cela signifie que le corps propre peut être appréhendé à partir des nécessités du corps réel biologique tout autant que dans une perspective psychanalytique, dans ce qu'elle a de plus fondamental, c'est à dire à partir d'une histoire relationnelle. On est loin cependant, du modèle hystérique et libidinal.

---

## 8

### L'ESPACE ENCOMBRÉ OU LA PERTURBATION DES RYTHMES DE L'ENFANT

---

Il me fallait, parvenu à ces premières conclusions, tenter de resserrer le cercle de ma recherche. La plupart des enfants que j'avais rencontrés étaient atteints de dysharmonies de développement plus ou moins sévères, leur affection dermatologique restait le plus souvent ignorée et ne constituait pas la cause première de la consultation. Mes premières impressions avaient été glanées au hasard, il était donc possible que les constatations faites soient des caractéristiques psychologiques plus en rapport avec leur dysharmonie d'évolution que la conséquence de leur affection de la peau ou de toute autre affection, dont la nature était fort variable d'un cas à l'autre. C'est pourquoi il m'a paru indispensable de concentrer ma recherche sur une seule affection, la dermatite atopique ; ceci de façon à réduire le nombre de variables déjà fort nombreuses dans le champ de la psychosomatique.

Il fallait tenter de vérifier l'opérationnalité des premières conclusions, issues de l'expérience clinique. J'ai choisi, dans cette même optique, de me limiter à l'étude des enfants de moins de cinq ans, la pratique thérapeutique m'ayant appris combien l'entrée à l'école élémentaire modifie la situation psychique de tous les enfants. J'ai utilisé, tout d'abord, la méthodologie de l'observation directe, mise au point

par E. Bickl, pour étudiant, durant six mois, deux enfants atteints de dermatite atopique : Joël et Gérard.

## JOËL ET GÉRARD

Tout, à première vue, semblait devoir séparer Joël de Gérard : si le premier faisait l'objet d'une surprotection excessive, Gérard, pour sa part, a été confronté très tôt à un régime de vie quasi chaotique.

### Joël

Lorsque débute l'observation, Joël est âgé de 19 mois. Son eczéma a débuté alors qu'il était âgé de deux mois. Premier enfant d'un couple constitué depuis quelques années déjà, il est, ainsi, très désiré ; sa mère est âgée de vingt-huit ans, son père de trente ans. Depuis sa naissance mais surtout après l'apparition de l'eczéma, cet enfant semble avoir connu des difficultés d'alimentation, mais à aucun moment je ne pourrai définir la nature exacte de ces troubles ; son alimentation au sein fut rapidement abandonnée car Joël n'aurait pas pris de poids assez rapidement durant les premiers mois ; lorsque je le rencontre, il est pourtant parfaitement bien développé au plan staturo-pondéral. Depuis l'apparition de son eczéma, il a entamé ce qu'on pourrait appeler un pèlerinage des laits « spéciaux et hypoallergiques », sans que cela modifie en quoi que ce soit sa situation clinique. Il est bien difficile de déterminer le part des angiosses maternelles et des rituels sociaux ou médicaux pour expliquer ces difficultés d'alimentation où il est sans doute trop simple de ne voir que la manifestation d'une déficience de contact de la mère. L'eczéma, fluctuant, atteint préférentiellement les plis et les creux.

Joël est un enfant qui me paraîtra, tout au long de l'observation, sur-excité ; il parle sans arrêt sans que je puisse comprendre quoi que ce

1. Il est hors de mon propos de faire une présentation exhaustive de cette méthodologie ; disons simplement qu'elle implique trois moments essentiels : une observation effectuée sans grille de lecture préalable, un temps de prise de notes et une discussion en groupe de travail. Elle vise à mettre en évidence le niveau relationnel et les modes de communication mis en place entre l'observateur et l'ensemble de la situation observée ; à charge pour l'observateur d'être émotionnellement disponible à toute forme de communication quelle qu'elle soit. On pourra se référer à Bickl E., 1964, Harris M., 1979, Passonne S., 1990, Sandri R., 1990, 1991.

soit à ses vocalisations qui semblent traduire une injonction maternelle qu'il aurait intériorisée : « Raconte, au monsieur, ce que nous avons fait cette semaine ». L'observation de Joël se déroulera toujours sous ce signe d'une volonté de démonstration ; le peu que j'apprendrai de l'histoire familiale permet de supposer l'existence d'une grande angoisse chez la mère, celle d'avoir un enfant anormal ; angoisse qui est d'abord la conséquence de son propre passé, mais que la survenue de l'eczéma a multipliée et qu'il s'agit dès lors de juguler au mieux, en me montrant, à moi l'instance étrangère et médicale, que tout va bien.

Dès le début, Joël m'emmène face à un tableau noir. Il dispose de quelques craies de couleur et m'invite à griffonner avec lui. Il est très attentif aux mouvements de la craie, brefs ou longs, droits ou courbes, qu'il tente d'imiter ; il répète le nombre de bruits, que je viens de faire, jusqu'à trois : je m'étonne, en silence, de sa grande capacité d'observation et de reproduction de mes gestes, étant donné son jeune âge. Pendant ce temps, Joël n'arrête pas de produire ces intonations variées que je ne peux comprendre ; ce langage, quasi chaotique, contraste beaucoup avec ses grandes capacités d'observation et d'imitation motrice : tout se passe comme si, sur le plan du langage, Joël se contentait d'imiter une musique dont le sens serait secondaire. Parfois, nous dessinons des courbes puis des ronds et je comprends que Joël y associe la vocalisation « baa », ce que je traduis par balle. Je suis, à nouveau, très impressionné par cette capacité de Joël à désigner la représentation d'une balle sur un espace plan. Mais cela me renvoie aussi, à une forte ambivalence : Joël me paraît surexcité, surstimulé, il me fait penser à une sorte d'état maniaque élémentaire.

On insistera, aussi, beaucoup pour me montrer les « qualités » de Joël : il serait sociable et pas jaloux. Il est, me dit-on, très agile, renverse ses jouets et grimpe sur tout objet à sa portée, montrant ainsi de grandes qualités psychomotrices. On me dit aussi qu'il est capable de reconnaître les lieux et chemins qu'il rencontre très régulièrement et qu'il dit bonjour, indifféremment, à tout le monde : indice « évident » de son bon caractère. Avec moi, il semble savoir très exactement ce qu'il veut et m'emmène où il le souhaite en me prenant par la main. C'est ainsi que prend forme la structure spatiale répétitive de nos rencontres : Joël et moi dans un coin de la pièce, assis par terre non loin du tableau, tandis que la mère, à distance, semble nous observer de loin ; mais je garderai toujours l'impression qu'elle reste persuadée « qu'il n'y a rien à voir ».

L'équilibre entre le temps de sommeil et le rythme général de la vie de cet enfant restera fragile tout au long de l'observation. Il continue à boire la nuit, qui reste difficile : Joël pleure et se réveille souvent.

Lorsqu'il a eu quinze mois, sa mère a dû changer d'horaire de travail et, devenue plus absente, cela a aggravé les troubles alimentaires de Joël et ses difficultés d'endormissement : tout se passe comme si, incapable de se sentir seul, Joël ne pouvait supporter la période d'attente du sommeil et d'endormissement ; sa mère doit donc user de ruses et de stratagèmes variés pour lui permettre de s'endormir, mais le plus souvent tout se passe comme si, épuisé, Joël sombrerait sans transition de la veille au sommeil. Il faut noter, par ailleurs, que son développement psychomoteur est normal.

Ma première impression est, donc, assez mitigée : à première vue, Joël est un enfant normal pour son âge, même un peu en avance, voire surstimulé. Mais, à la réflexion, ses premiers pas dans la vie ont été marqué par bien des difficultés ; même si rien de dramatique ne s'est produit, Joël reste un enfant qui présente de multiples signes d'un malaise généralisé que je ne pourrai jamais m'empêcher de comparer à cette sorte de difficulté de contact émotionnel, voire de froidure, qui existe entre sa mère et lui : leur relation est faite de distance, comme si cette sorte de contact érotisé devait être comparée à la surprotection dont il est prisonnier, une sorte d'omniprésence faite d'absence. Seul, le père est capable de développer une relation assez proche : parfois, il prend Joël sur le dos et, à deux, ils font le tour de la table du salon ; Joël semble très heureux et apaisé par ce contact physique, il rit beaucoup ; son père le fait basculer dans un fauteuil, Joël s'amuse et en redemande, son père ne demande pas mieux.

### Gérard

Ma première rencontre avec Gérard a donné le ton à l'ensemble de l'observation. En me rendant à l'adresse indiquée, je trouve le père de Gérard, en compagnie de son propre père ; ils sont occupés à faire des transformations de la maison. Ils m'indiquent que Gérard n'est pas là en ce moment, en raison de ces travaux ; le père m'accompagne chez un de ses frères où Gérard doit, semble-t-il, se trouver. Quand nous arrivons à cet endroit, Gérard ne s'y trouve pas ; on nous dit qu'il a été pris en charge par une autre tante, qui est la sœur aînée du père. À nouveau, nous devons nous déplacer. Lorsque nous arrivons à cet endroit, il n'y a personne. Le père me laisse seul et part à la recherche de son fils et de sa sœur aînée. Sur ces entrefaites, je reste seul face à la maison, où une dame arrive en tenant dans ses bras un bébé : c'est la tante recherchée ; comme j'attends devant sa maison, et qu'elle sait que je suis, nous faisons connaissance sur le pas de la porte. Elle a oublié ses clés et nous ne pouvons pas entrer à l'intérieur de la maison. Quand le père revient, sa sœur lui demande d'aller chercher les

clés qui se trouvent dans une autre maison. La tante de Gérard et moi, pendant ce temps, continuons à échanger quelques informations. Mais il n'y a toujours pas de clé et finalement nous nous décidons à retourner vers la première maison, au domicile des parents de Gérard, la maison en transformation.

Dans cet univers chaotique, qui sera celui de toute l'observation, il me sera toujours très difficile d'avoir des renseignements précis sur la vie de Gérard. Toute communication à son propos semble marquée par une sorte de banalisation. Mais qui pourrait contenir la mémoire de son développement, quand il ne reste pas deux jours de suite dans le même milieu familial ? Jamais je ne rencontrerai sa mère. Il me faudra plusieurs rencontres pour apprendre qu'elle travaille à l'étranger, mais je ne sais ni où, ni pour combien de temps, ni les raisons pour lesquelles elle est partie. Longtemps je suis resté incapable de mettre de l'ordre dans l'histoire de cette observation ; j'ai dû attendre qu'elle soit terminée pour me sentir capable de m'en souvenir et de structurer son récit, soumis que j'étais, comme Gérard sans doute, à beaucoup d'incohérence. Un jour, alors qu'il a seize mois, je m'étonne de le voir marcher : tout se passe comme si je le voyais pour la première fois, comme si, jusqu'à présent, trop préoccupé par le contexte, je n'avais pas vu Gérard grandir. Sans cesse déplacé, je ne m'étonne pas qu'il aille si mal car cet enfant paraît décidément très passif et « déprimé », ce qui me conduit à penser que, comme moi, « il n'arrive pas à s'y retrouver ». Il présente de multiples petits retards de développement. L'hypothèse d'une carence de développement due à de multiples carences éducatives s'impose à moi, « naturellement », au cours de nos premières rencontres.

Lorsque l'observation débute, il est âgé de 14 mois. Il se tient debout mais ne marche pas encore. On m'apprend qu'il a eu une forte bronchite à l'âge de trois mois, que son eczéma aurait débuté à la naissance et qu'il a été hospitalisé durant un mois à l'âge de six mois pour une gastro-entérite. Je saurai très peu de chose sur son développement staturο-pondéral, sur son alimentation, mais personne ne peut vraiment me parler de cet enfant ; les gens qui s'en occupent sont normaux et changent régulièrement, personne n'est capable de me parler de lui, de ses goûts ou de son « caractère » ; dès le plus jeune âge, Gérard ne dispose d'aucune histoire personnelle : elle reste comme en morceaux. Mais on me répétera à plusieurs reprises que Gérard est de bonne composition, qu'il change de lieu de vie sans rien manifester d'un désagrément éventuel, et qu'il s'endort lorsqu'il est fatigué, c'est-à-dire un peu n'importe où et n'importe quand.

## FAILLES DE L'AUTO-ÉROTISME ET INSUFFISANCE DU MODÈLE CARENTIEL

En constatant et en devant supporter les incohérences de l'éducation de Gérard, je m'étais progressivement construit dans la tête le scénario suivant : depuis sa naissance, cet enfant est soumis à une éducation gravement « carencée » : comment aurait-il pu « investir » son corps et développer un fonctionnement mental stable dans un environnement aussi changeant ? Sa « dépression » et son retard devenaient ainsi les résultats quasi « naturels » d'un non-investissement, d'une impossibilité d'étayage. Si Joël donnait des signes de surexcitation, il était, dès lors, tentant d'opposer leurs deux fonctionnements en inscrivant les déterminants psychiques de la dermatite atopique au sein d'une bipolarité manie/dépression.

Certes, l'éducation de Gérard semblait gravement carencée en raison de l'instabilité dans laquelle elle se déroulait, et il n'était guère difficile d'envisager, dans ce contexte, une carence de développement de son auto-érotisme. Son seul centre d'intérêt, les seules occasions où il semblait se mobiliser et vouloir sortir de son apathie, c'était pour prendre n'importe quel objet pouvant être mis en bouche, le jeter dans les cendriers à sa portée et sucer aussitôt la cendre de cigarettes. Bien que les adultes tentent d'évacuer tous les objets de ce type, ils semblent pourtant constituer les seuls objets de désir de Gérard. Le seul moment où Gérard semble avoir une attitude plus infantile, plus adaptée à son âge, c'est lorsque sa tante le change. Elle le conduit alors dans une pièce voisine où elle est seule avec lui et sa fille âgée de sept ans. À ce moment, Gérard est capable d'avoir un regard qui possède une certaine direction : il suit les évolutions de sa cousine et semble très attentif à ses jeux ; il produit quelques vocalisations qui semblent inviter sa cousine à une interaction ludique. Ces ébauches ludiques dans une interaction paisible entre lui, sa tante et sa cousine sont les seuls moments où je puis imaginer que Gérard possède un minimum d'auto-érotisme, ce qui me rassure un peu.

De même, tout occupé qu'il est à répondre sans cesse aux demandes et injonctions de sa mère, Joël semble disposer de peu de temps personnel qu'il pourrait éventuellement utiliser à son propre profit. Les seuls moments où j'ai pu constater l'existence de certaines formes d'auto-érotisme, c'est lorsque Joël, seul en présence de son père, vient s'asseoir sur les genoux de celui-ci. Il laisse, alors, sa main explorer les anatomies de son père et la sienne : calmement, il promène ses doigts sur le visage son père puis sur le sien, explore mollement les orifices nasaux et rit beaucoup. J'ai alors l'impression que je me

trouve, enfin, face à un garçon qui paraît son âge. Si cette hypothèse parentelle se trouvait ainsi peu à peu confortée, il faut cependant éviter de confondre carence d'auto-érotisme, de narcissisme et de fonctionnement mental.

Au milieu de l'observation, Gérard et son père se sont fixés de manière plus stable, fût-ce pour une période transitoire, chez la sœur aînée du père. Gérard, d'habitude si passif et indifférent à ma présence, semble transformé. Quand il m'aperçoit, il me sourit tout d'abord, puis, comme surpris par son élan de sympathie, il se retourne vers sa tante et se met à pleurer. Il est rapidement calmé par sa jeune cousine qui est allée chercher une balle. Gérard s'installe sur les genoux de son père : nous allons communiquer en échangeant cette balle. Gérard me la donne en accompagnant son geste d'un « sssi » qui signifie sans doute merci et lui permet de qualifier notre échange. Parfois, lorsque je lui demande la balle, il refuse de me la donner et la serre contre lui. Sa résistance n'est cependant pas de longue durée et son sourire me montre qu'il prend plaisir à notre jeu. J'avoue que je suis moi aussi ravi de le trouver dans de telles dispositions, que je croyais irréalisables il y a quelques semaines. Parfois je cache la balle dans mon dos, Gérard me regarde avec curiosité mais il ne fait pas mine de rechercher l'objet disparu derrière moi, bien qu'à plusieurs reprises ce soit de cet endroit que la balle va réapparaître pour sa plus grande joie.

Tout se passe ensuite comme si toute la famille avait pris du plaisir à me voir observer Gérard. Celui-ci s'est tourné vers ses cousins et son oncle, tous jouent et partagent du plaisir avec lui. Son oncle lance une petite balle colorée vers le plafond : Gérard semble fasciné par cet objet multicolore qui disparaît dans la pénombre pour surgir à quelques centimètres de ses yeux avant de retomber sur le sol. Tout le monde rit de son étonnement admiratif : à chaque fois Gérard ferme les yeux à l'arrivée de la balle, dans un sourire complice. Il devient progressivement la vedette de cette rencontre ; il semble le savoir et y prendre plaisir.

Dans ce mouvement, il s'empare de la balle et semble décidé à l'envoyer en l'air. Mais ne sachant pas ajuster le geste à son désir, il se contente de regarder en l'air et de porter la balle à bout de bras, puis le mouvement s'interrompt : tout se passe comme si Gérard pensait qu'il suffit de regarder en l'air pour que la balle y soit propulsée. L'ensemble du mouvement reste ainsi en suspension quelques secondes avant que la balle, que Gérard vient de lâcher mollement, ne glisse à ses pieds : il est ravi de son exploit et nous l'applaudissons. Gérard est conscient d'occuper l'avant-scène, la télévision émet un air de fête et il se met à danser au rythme de cette musique pour notre joie

à tous car il semble capable de profiter pleinement de cette position privilégiée. À la fin de l'observation, Gérard est allé chercher un animal en plastique avec lequel il joue seul sur la table du salon.

Il y a tout lieu de penser que l'auto-érotisme de ces deux enfants était peu développé, mais soudain Gérard montrait une capacité à jouer et à entrer en relation que je ne soupçonnais pas. Si on établit une correspondance étroite entre développement du narcissisme (conçu comme investissement de libido sur le corps propre, repérable grâce à la manifestation de comportements auto-érotiques), cette capacité nement mental (activité psychique de représentation), il est difficile d'investir leur corps est essentielle à la compréhension de ces états pathologiques, ce seul point de vue s'avère réducteur et inconciliable avec l'observation clinique.

En ce qui concerne les potentialités de mentalisation et l'activité ludique, si carence il y a, elle doit être mise en rapport non seulement avec l'auto-érotisme, dérivé du narcissisme, mais aussi avec les potentialités corporelles et biologiques dont dispose l'enfant, ce qui réintroduit la prise en compte du corps réel. Gérard a été soumis à des carences éducatives, mais il n'a étonné en montrant une capacité soudaine à jouer. Ces brusques manifestations d'activité ludique et leur variation rapide ne peuvent être comprises par un modèle carenciel hérité, inconsciemment, d'une conception exclusivement libidinale du vécu corporel. L'investissement dont il a été l'objet de la part de son entourage : le corps est le lieu privilégié de l'échange entre l'enfant et sa famille ; mais le corps est aussi doté de potentialités biologiques dont il convient d'étudier le développement dans l'interaction à la fois corporelle et psychique qui se noue autour des premiers échanges. La carence narcissique existe sans aucun doute, mais n'envisager que cet aspect risque d'être réducteur : de la psychose aux troubles psychosomatiques, en passant par les dysharmonies d'évolution, l'argument d'une faille narcissique est le plus souvent utilisé, ce qui en diminue d'autant la valeur explicative : l'hypothèse narcissique n'est pas fautive, elle est trop générale. Elle est insuffisante non parce qu'elle n'expliquerait rien mais parce qu'elle explique trop, ce qui la rend sans intérêt sur un plan thérapeutique ; cette perspective doit donc être sans intérêt à partir de la prise en compte du corps réel. La

conception exclusivement libidinale risque d'occulter plus que d'éclairer. En outre, l'hypothèse d'une carence de fonctionnement mental fait courir à la recherche psychanalytique un risque épistémologique : elle peut faire oublier que, dans tout travail psychanalytique, le premier « préconscient » qui agit est celui de l'analyste. Il est dès lors prudent de n'attribuer au patient la responsabilité d'une faille que lorsqu'on peut montrer qu'elle n'appartient pas à l'analyste.

Pour les éthologues, le jeu existe chez tous les jeunes mammifères, mais la signification de cette activité reste problématique. L'activité ludique n'existe d'abord que chez les sujets jeunes, pour disparaître chez l'adulte ; son intensité et la nature des scénarios sont variables, en fonction de l'âge, des variations saisonnières et environnementales. Cette activité, qui disparaît en cas de privation de nourriture, est coûteuse sur un plan énergétique ; si, à cela, on ajoute que le jeu conduit souvent le jeune à s'éloigner de la protection des individus adultes et à prendre ainsi des risques vis-à-vis des prédateurs éventuels sans que cette activité lui apporte des bénéfices immédiats dans ses capacités de survie, on comprendra que le jeu reste actuellement une énigme dans le cadre de certaines perspectives de la théorie de l'évolution des espèces. S'agit-il de développer des aptitudes physiologiques, telle que la résistance cardio-vasculaire par exemple, ou des compétences dans l'organisation et la maturation des activités de survie de l'adulte, ou encore une meilleure capacité de communication avec l'entourage ? Autant de questions et d'hypothèses qui, sans être contradictoires ni exclusives les unes des autres, restent, aujourd'hui, sans réponse (Caro T., 1990, Loizos C., 1967).

Il ne serait sans doute pas inutile de rapprocher le comportement ludique du sommeil paradoxal. Sur un plan phylogénétique, tout d'abord, le sommeil paradoxal apparaît tardivement dans l'évolution puisque sa présence n'est manifeste que chez les mammifères (Adrien J., 1984). Sur un plan ontogénétique aussi, la proportion de sommeil « rapide » est maximale en période d'immaturation cérébrale et d'apprentissage intense : il aurait, ainsi, un rôle majeur dans la maturation cérébrale, puisqu'on sait que l'activité neuronale favorise le développement et l'organisation correcte des circuits neuronaux (Aoki C., Siekevitz P., 1989, Alkon D., 1989, Kalil R., 1990). Bien qu'on ne connaisse pas encore de façon précise le rôle exact du sommeil paradoxal, il est tentant de comparer ses caractéristiques déve-

1. Voir en particulier le commentaire de V. Bloch à l'article de Winson J. : « La clé des songes », in *Pour la science*, n° 159, janvier 1991, p. 26 à 33.

loppementales et ses fonctions avec celles du jeu : tous deux sont présents surtout chez l'enfant, en fonction peut-être de la maturation cérébrale et de l'apprentissage.

Quoi qu'il en soit, il semble évident, au terme de ce trop rapide tour d'horizon, qu'on ne peut considérer le développement de l'activité ludique sous le seul signe d'une adéquation de l'investissement libidinal de la mère et de l'enfant ; le jeu fait partie de l'héritage phylogénétique tout comme le sommeil paradoxal et il importe de poser le problème de savoir comment l'éducation et l'investissement de l'enfant par son entourage permettent ou non le déploiement de ses potentialités de nature biologique. Vues sous cet angle, les observations de Joël et de Gérard confirment, d'emblée, l'hypothèse avancée précédemment : la somatisation atteint le nourrisson lorsque le développement de ses potentialités, biologiquement déterminées, entre en conflit avec les exigences de son entourage. Le jeu, vu sous son triple aspect d'héritage biologique, d'apprentissage/imitation et de communication sociale, est à mettre en rapport avec toute une série d'autres fonctions de même type présentes dans le développement de l'enfant, tels que le sommeil, les comportements émotionnels, la motricité, la parole ; toutes fonctions qui possèdent à la fois des déterminants génétiques et culturels, une fonction individuelle et sociale. Il s'agirait, au fond, de savoir en quoi l'environnement autorise et de quelle manière il organise ces fonctions chez l'enfant ; la carence n'explique pas tout, elle doit être comprise à partir de son interaction avec les potentialités biologiques.

La question de la carence narcissique pourrait dès lors être reformulée de cette façon : comment, en fonction de son héritage familial, social et génétique, l'enfant est-il capable d'acquiescer une identité, c'est-à-dire de pouvoir investir et utiliser pour lui-même son corps propre ? L'établissement du narcissisme est la conséquence de la qualité des échanges qui ont eu lieu entre l'enfant et ses parents, non la cause du trouble développemental ou de la somatisation ; encore une fois, il est essentiel de recourir aux conditions de l'étyage pour établir la nature du lien qui existe entre fonctionnellement directe entre carence éducative et carence narcissique de l'enfant fait couvrir le risque de passer sans transition suffisante de la phénoménologie clinique à l'étiopathogénie et de confondre réalité de l'enfant et réalité de l'observateur : avec Gérard, c'est certainement surtout l'observateur qui avait tendance à se déprimer. L'hypothèse parentelle n'explique pas les variations rapides du comportement des enfants atteints de somatisation ; en plus de ces raisons cliniques, elle est inadéquate pour des motifs méthodologiques et épistémologiques.

## FONCTIONS D'IDENTITÉ

Toute la famille de Joël s'est toujours louée de son bon caractère : il pouvait dire bonjour à toute personne rencontrée, qu'il la connaisse ou non. À aucun moment, je n'ai pu repérer chez lui les signes d'apparition d'une angoisse de l'étranger. Cette absence d'identification de l'autre, de la différence reconnue pour ce qu'elle est subjectivement, c'est-à-dire comme le signe de différenciation par rapport à la mère (Sami-Ali, 1977), doit évidemment être mise en relation avec la difficulté pour Joël de reconnaître son visage sur des photographies.

Souvent, il me conduit du côté de deux pêle-mêle et fait comprendre à sa mère qu'elle doit sortir des albums de photos. À ce moment elle se joint à nous, et j'assiste au défilé photographique des membres de la famille. J'ai l'impression que Joël est en train de répéter un exercice appris. Joël ne se reconnaît pas sur les photos : lorsqu'il figure sur un cliché, son doigt saute son visage comme s'il n'existait pas, un peu comme le système soviétique qui, après quelque disgrâce, faisait disparaître un officier devenu encombrant. S'il convient d'observer en passant en tête le moins de théories possible, j'étais là d'emblée confronté à ce que Sami-Ali a écrit sur la problématique du visage, dans l'allergie. Tous les murs de l'appartement portent des photos, grand format, de Joël ; où que le regard se porte il ne peut éviter de rencontrer l'image de Joël, quasi grandeur nature ; tout se passe comme si, pour répondre à une capacité de séparation en voie de constitution chez Joël, on rendait sa présence aussi massive qu'inconcevable ; de plus toutes ces photos sont particulières, à l'image de l'une d'entre elles : Joël, vêtu d'un pull croisé, est assis de côté sur une chaise, jambes croisées, un bras posé, nonchalamment, sur le dos de la chaise, comme un « petit monsieur ». Toutes choses à mettre en rapport avec le fait que Joël traite son visage comme s'il n'existait pas.

Est-ce pour des raisons similaires que je ne pouvais me souvenir du visage de Gérard ? C'est vraisemblable, car tout s'est passé comme si je n'avais été conscient de cette question qu'après un délai de plusieurs rencontres, donc comme si elle était restée un temps sans intérêt. Avant d'arriver au cinquième rendez-vous, dans ma voiture, je me rends compte qu'il m'est impossible de me représenter le visage de Gérard. J'aperçois, en arrivant, trois petits enfants à moitié nus occupés à jouer sur la pelouse qui entoure la maison. Comme pour répondre à mon interrogation du départ, je me rends alors compte que je suis quand même capable de reconnaître Gérard : il joue un peu à l'écart de ses cousins. Peut-être l'ai-je reconnu grâce à cette distance qu'il maintient entre lui et les autres.



En ce qui concerne l'angoisse du huitième mois, la situation semble complexe. Au début de l'observation, Gérard semblait indifférent à tout ce qui l'entourait. Il n'a manifesté une forme d'angoisse que lorsque sa situation familiale s'est stabilisée de façon transitoire. Gérard, à ce moment, a manifesté, à mon égard, une certaine crainte, comme une ébauche de l'angoisse de l'étranger. Pour la première fois, il est clair qu'il ne souhaite pas que je l'approche. À la fin de la séance cependant, alors que je ramasse une balle qu'il a lancée et qui se trouve à mes pieds, il accepte de jouer avec moi et de me lancer la balle à plusieurs reprises. Je rassure son père sur la valeur constructive de cette peur et la tante me confirme que Gérard supporte mal les départs et absences de son père. Cela peut sembler logique : Gérard n'a pu rencontrer et reconnaître la différence qu'à partir du moment où une stabilité suffisante lui permettrait de vivre un minimum de répétitions qui devaient le conduire à la connaissance du « même ». On se situe là exactement au cœur du paradoxe de la constitution de l'identité.

Plus tard, à la fin de l'observation, dans un monde redevenu chaotique, il est devenu évident que Gérard supporte mal ma présence, mais ces manifestations s'inscrivent dans le cadre beaucoup plus général d'une dysharmonie globale de développement : Gérard était devenu inconsolable et profondément déprimé puisque ces chagrins surviennent sans que personne puisse interpréter sa souffrance, lui donner sens et tenter de le consoler. Quand sa situation a commencé à se détériorer, lorsqu'il a repris son interminable périple entre oncles et tantes, tout s'est passé comme si la découverte de l'étranger avait conduit Gérard dans un état de tristesse et de solitude intolérable : il souffrait d'une situation qui auparavant lui semblait indifférente. Gérard pleure alors de longues heures sans que rien ni personne puisse le calmer : c'est tellement intolérable que les adultes quittent la maison à l'exception de la tante de service, qui reste impuissante. Gérard se montre de mauvaise humeur avec moi : il geint et s'enfuit dès que je m'approche de lui et il refuse obstinément de reprendre le jeu de balle des semaines précédentes. Gérard est redevenu égal à ce que je connaissais de lui au début de nos rencontres : un garçon « déprimé » qui n'arrive pas à trouver quelque intérêt dans le monde environnant. Parfois, stimulé par ses cousins, il joue quelque peu, manipule des objets, mais tout cela reste fluctuant et instable : il faut vraiment peu de chose pour que Gérard abandonne toute activité ludique pour se réfugier, plaintif, auprès de sa tante, débordée.

Spitz (1965) avait déjà montré que seuls 15% des enfants eczémateux présentent une angoisse du huitième mois, alors que cette mani-

ce deuxième organisateur car cela a des conséquences directes sur la signification qu'il a donnée à son absence chez l'enfant eczémateux. Bien qu'il souligne que l'angoisse apparaît quand l'enfant est confronté au visage d'un étranger, il interprète la réaction de déplaisir comme la manifestation d'un déplaisir face à l'absence potentielle de la mère : l'enfant manifesterait sa crainte de se voir abandonné ; l'angoisse du huitième mois reste pour Spitz une angoisse de séparation. Bien sûr, Spitz est parfaitement conscient que cette réaction suppose le développement chez l'enfant d'une capacité de discrimination entre l'objet mère et non-mère, mais encore faut-il éviter de confondre discrimination et séparation ; la séparation et l'abandon supposent la constitution chez l'enfant de l'espace comme espace de séparation, donc psychologiquement tridimensionnel, ce qui, je l'ai déjà souligné, peut être confondu avec l'espace perçu (Gauthier J.-M., 1987, 1990, 1992a, 1992b). En outre, interpréter cette angoisse comme liée à la menace de séparation laisse en suspens la question du visage de l'étranger dans le déclenchement de cette réaction : pourquoi, alors, l'enfant ne pleure-t-il pas préférentiellement quand sa mère est absente ? Parce que c'est l'étranger qui stimule cette réaction et non un espace qui serait d'emblée conçu comme potentialité de séparation.

Comme l'a remarquablement mis en évidence Sami-Ali (1977), la signification de cette angoisse ne peut être trouvée que dans le processus d'acquisition par l'enfant de son propre visage, ce qui doit être mis en relation avec la discrimination du visage de l'étranger. Tout se passe comme si, au moment même où l'enfant devient capable de reconnaître et d'investir sa mère en tant que telle (identifiée dans son rôle, c'est-à-dire séparée de lui), l'apparition d'une figure inconnue prenait sens comme manifestation de discontinuité menaçante : si les deux corps peuvent être différents, il existe aussi des figures de non-mères. La reconnaissance de la mère et de l'inconnu constitue les deux faces opposées, étroitement symétriques d'un seul et même processus : l'un prend sens grâce à l'autre et réciproquement. L'affect anxieux serait la conséquence du fait que l'enfant découvre qu'il pourrait être différent du visage de sa mère : au moment où s'inaugure la différence, l'enfant se découvre étranger à lui-même ; or, ce visage, qui constitue pour les autres un indice essentiel de notre identité, ne nous est jamais accessible qu'indirectement par un miroir ou le regard de l'autre : le visage, qui nous identifie le mieux aux yeux des autres, est ce que nous possédons le moins en propre, ce qui montre bien que l'altérité est au cœur de l'identité.

L'angoisse d'abandon proposée par Spitz saute une étape essentielle du processus psychique à l'œuvre dans la séparation progressive de l'enfant par rapport à son entourage : l'enfant, avant de craindre de

la reconnaissance du non-mère vient lui révéler en le rendant non identique à lui-même, lui dont l'identité faciale, jusqu'à ce moment, coïncidait avec le visage maternel ; l'acquisition d'un visage est travail psychique qui n'est pas réductible à une « simple perception » mais que sous-tend un processus de pensée qui suppose la constitution d'un sentiment d'identité, qu'en même temps il autorise et organise. La peur s'origine dans la différence et non dans la séparation. Il semble donc que, mis à part quelques instants, Joël et Gérard, bien qu'à travers des manifestations fort différentes, ont eu bien du mal à acquérir un visage qui leur soit propre ; c'est ce que souligne leur difficulté d'élaboration de l'angoisse du huitième mois conçue comme manifestation première de l'instauration progressive d'un sentiment d'identité personnelle. Spitz avait très bien compris le sens de ce défi (comme une incapacité à se différencier par méconnaissance du corps propre), mais pour arriver à ce résultat il a dû faire (corps libidinal oblige) l'hypothèse d'un besoin accru de contact cutané chez les enfants eczémateux ; besoin d'origine congénitale dont la non-satisfaction par des mères trop infantile rendrait compte des difficultés d'établissement de l'identification primaire.

Parfois, j'ai assisté à quelques manifestations éparées et fluctuantes qui m'ont laissé croire que, bien qu'insuffisant, ce sentiment pouvait s'installer. Lorsque je retrouve Joël, cette fois-là, il est entouré de cousins de son âge. Au début, l'excitation est à son comble et, comme à son habitude, Joël m'installe près du tableau. Un à un, il va m'apporter les jouets de sa caisse ; voudrait-il que je les preserve de l'accaparement forcé dont ils sont l'objet de la part de cousins fort envahissants ? C'est d'abord mon fantasme. Cela se confirme lorsqu'après un chassé-croisé avec sa petite cousine il m'apporte un magnifique petit phoque mauve, tandis qu'elle veut me le reprendre par derrière ; Joël alors, après bien des hésitations, en tapant du pied et en relevant le menton, le tout accompagné d'une vocalisation aiguë, lui fera comprendre que cet objet lui appartient.

## SURMOI CORPOREL ET FONCTION DE L'IMAGINAIRE

La mère de Joël m'a affirmé qu'il savait compter jusqu'à deux. Malgré ma question, qui se voulait discrète, pour tenter de lui faire remarquer qu'il était, à mon sens, un peu jeune pour savoir compter, elle a voulu m'en faire la démonstration : elle a disposé deux mouchoirs en papier superposés à côté d'un mouchoir isolé et elle a

demandé à Joël de prendre soit un seul mouchoir, soit les deux ensemble, ce qu'il n'a pu effectuer ; j'avais même l'impression qu'il ne comprenait rien à ce que sa mère lui demandait : son regard allait interroger, du visage de sa mère au mien. Malheureusement, plus il se trompait, plus la mère devenait exigeante. J'ai eu à ce moment l'impression que pour Joël le monde devait être incohérent : comment pouvait-il, devant ces demandes multiples, pressantes et, adéquates par rapport à ses potentialités de développement, construire des idées claires et un sentiment de vérité ?

Joël a faim, sa mère lui donne une « cracotte ». Avant de mordre dedans il fait mine, en le portant en bouche, de transformer cet aliment allongé et plat en harmonica : il montre là une capacité évidente à jouer et à créer des objets de jeu. Après cela il s'allonge sur le dos, pose les pieds contre le mur et mange sa cracotte les yeux au plafond. Je m'identifie très fort à ce que je ressens comme son plaisir corporel auto-érotique et peut-être de solitude. La mère, comme pour me confirmer cette hypothèse *a contrario*, me dit que son fils ne peut plus se séparer d'elle. Elle l'amène d'ailleurs à quitter cette position couchée qu'elle juge inconfortable.

Même si son origine et sa fonction sont différentes, j'ai pu constater combien Joël et Gérard étaient soumis aux exigences d'un Surmoi corporel. Pour chacun de ces enfants, la famille a souligné combien ils étaient capables de se soumettre aux conditions de vie qui leur étaient imposées ; Gérard ne manifesterait jamais aucun mécontentement ; tout l'espace physique et psychique de Joël était occupé par celui de ses parents. Mais, dans son cas, il est évident que, par dessus tout, c'est la nature de l'intervention de la mère sur l'activité ludique de son fils qui me paraît la plus significative de ses difficultés d'identification aux besoins et aux réalités d'un enfant de moins de deux ans, ce qui détermine la spécificité de la forme de ce Surmoi corporel : en fonction de mine la spécificité de la forme de ce Surmoi corporel : en fonction de ses propres angoisses maternelles elle reste plus attentive à ses propres besoins qu'à ceux de son fils, en fonction de son imaginaire donc, plus tôt que par carence de celui-ci. Gérard, lui, n'était pas soumis à une volonté adaptatrice de l'adulte, mais devait, en raison des événements qui s'imposaient à lui, s'ajuster au mieux à un environnement sans cesse changeant ; c'est, sans doute, dans ce contexte qu'il avait rapidement appris à ne plus se manifester, à dormir où il se trouvait à force d'épuisement, sans se montrer attentif à son entourage.

À un moment, Joël choisit dans ses jouets une sorte de tube en plastique qu'il vient me donner après avoir, des doigts, fait comme s'il s'agissait d'une flûte, reprenant cette faculté d'imitation qu'il avait déjà ébauchée avec la « cracotte-harmonica ». Je prends cet objet et répète ce qu'il a fait et j'émetts quelques vocalises : tous deux nous

trions et échangeons à plusieurs reprises ce tuyau, non sans avoir émis bien des variations de sonorité. La mère va interrompre ce jeu en retirant le tuyau et en mettant dans les mains de Joël une trompette en plastique. Elle lui dit : « Si tu veux jouer à la trompette, tu en as une. » Joël abandonne tout de suite ce jeu, et, aussi déçu que lui, je me dis pour me consoler qu'elle confond les instruments, les flûtes et les trompettes.

Tout se passe comme si cet enfant était capable de jouer, de créer un objet de jeu, mais, pour pouvoir bénéficier du soutien de sa mère pour asseoir sa personnalité naissante, il doit rester soumis à une utilisation des objets telle qu'elle la définit : origine sans doute d'une impasse. C'est la fonction de représentation externe d'un objet qui compte pour cette femme (ici me monter que son fils dispose de tous les jouets dont il pourrait avoir besoin) plutôt que la fonction propre du jeu de l'enfant, qui est de créer. Tout se passe comme si elle préférait que son fils utilise un « vrai-faux » objet plutôt que de lui permettre de créer un faux objet, véritable objet ludique expression d'un désir interne.

Quelque temps plus tard, Joël semble me reconnaître : je suis à peine arrivé qu'il va chercher « notre » petit tuyau en plastique, mais sa mère, ayant perçu son geste, lui rappelle qu'il possède, s'il veut faire de la musique, un sifflet et une trompette ; le jeu s'arrête à nouveau immédiatement.

Nous en sommes alors réduits à examiner le camion de pompiers, je dis examiner et non pas jouer ; en effet, Joël est capable d'appuyer sur les boutons qui font apparaître éclairage et sirène, mais il ne semble pas me comprendre lorsque je fais mine de lui lancer le camion dans l'espoir qu'il me le relance ou lorsque j'associe ce camion à d'autres jouets, comme pour simuler la création d'un petit scénario de jeu. Joël est incapable de penser la réversibilité de l'espace ; il est incapable de relancer un objet que je lui adresse à distance, comme un ballon ou des petites voitures ; à chaque fois et pour que je recommence le jeu, il vient me remettre ces jouets dans les mains : tout se passe comme si l'espace ne pouvait se structurer qu'en fonction de l'adulte qu'il a en face de lui. Joël vit dans un espace imaginaire spéculaire, pour reprendre la terminologie de Sami-Ali (1974), c'est-à-dire centré et organisé exclusivement à partir de l'autre.

Les objets semblent investis par Joël au niveau de leur fonctionnalité et non pas comme des jouets c'est-à-dire des objets qui ne sont pas que des copies des objets adultes, qu'ils représenteraient sans pouvoir évaluer les performances, mais des objets qu'on peut créer et trans-

former à plaisir : le jouet est, en ce cas, inséré dans un jeu subtil de vrai et de faux, de réel et d'imaginaire, qui définit son pouvoir de substitution de la réalité adulte et l'étendue de son potentiel de création que l'enfant pourra utiliser. C'est à quoi Joël n'a pas accès : il semble capable de créer les objets/jouets, mais, sous la pression de sa mère, il tend de plus en plus à prendre les objets pour ce qu'ils sont : pour leur couleur, leur brillant ou le bruit qu'ils émettent, sans leur conférer une valeur qui lui soit personnelle ; ce phénomène fut difficile à mettre en évidence car Joël disposait de beaucoup de jouets qui l'occupaient en permanence. C'est l'épisode du « tuyau-flûte enchantée » qui m'a permis d'analyser de manière plus fine la façon dont Joël jouait réellement.

Joël prend parfois des petites poupées dont la structure particulière permet de les accrocher aux vêtements. Il me fait clairement comprendre que je dois accrocher une poupée à son pull, ce que j'ai fait très durant quelque temps nous jouons à ce petit jeu où Joël est très content de monter à tout le monde ses bras ou son thorax garnis de ces poupées. À un moment, j'en prends deux et fait comme si elles se parlaient entre elles, Joël rit mais il ne semble pas comprendre ce que je lui propose : il reprend, à son tour, ces deux poupées, il imite les mouvements que je leur ai fait faire, mais cela paraît purement mécanique, il ne vocalise rien et garde les yeux rivés sur moi comme pour me demander si c'est bien ainsi qu'il faut faire. La difficulté de jouer, en créant son propre espace de jeu, reste problématique même si, à certains moments, on peut avoir l'impression que Joël joue beaucoup. Il existe décidément une différence entre la répétition de jeux appris et le développement d'un espace de jeu qui puisse être personnel.

Joël a enfourché son tricycle le plus petit. Il dispose de deux de ces engins : un beau et grand qu'il ne peut manœuvrer qu'avec difficulté et un plus petit qu'il pousse des pieds. Sa mère souhaite, pourtant, le voir pousser sur les pédales du premier ; elle est incapable de comprendre que son fils est trop jeune pour être capable de conduire un vélo en pédalant ; mais prolongeant son attitude de Surmoi corporel, elle veut faire disparaître le petit vélo qui donne beaucoup de plaisir à Joël car il tourne alors avec rapidité et joie autour de la table familiale. Le père, lui, se charge d'aller récupérer ce petit vélo que la mère veut faire disparaître en le déposant sur le trottoir pour qu'il soit emporté par le service des immondices.

## ORGANISATION DE LA TEMPORALITÉ

Il est remarquable de noter que tous deux m'ont, aussi, soumis à des altérations de la temporalité subjective. Si Joël semblait s'organiser dans un espace temporel extrêmement dense et agité, Gérard semblait quant à lui se perdre dans un temps sans fin, source d'ennui et de désintérêt. Il est à nouveau impossible de savoir si ce que j'ai vécu sur un mode subjectif pouvait correspondre à un vécu analogue ou de même nature chez ces enfants, mais il est certain que ces éléments (identité/altérité, et temporalité) sont essentiels à la constitution possible de toute forme de pensée et il n'est pas exagéré de penser que, plongé comme je l'étais dans le vécu subjectif familial et soumis à sa pression, ce vécu, reflet fidèle d'une certaine organisation des possibilités de penser familiales, ait eu une influence directe sur la construction de ces fonctions chez Gérard et Joël.

Si la famille de Gérard m'a soumis à des mouvements chaotiques qui m'ont perturbé, je suis toujours resté perplexe quant aux indications temporelles que pouvait me donner la mère de Joël : l'organisation d'une temporalité diachronique ne semblait pas être une de ses préoccupations fondamentales. Je ne pouvais, à ses seuls dires, établir de chronologie. Son vocabulaire était, à cet égard, extrêmement flou. Tout ceci est à mettre en rapport avec ce qui a été dit sur l'indifférenciation. Cette perturbation de la temporalité diachronique doit aussi être mise en relation avec la caractéristique suivante qui touche plus, elle, à la temporalité en tant que rythme. Il était évident, pour moi, que mon malaise, ma difficulté à entrer en relation avec Joël, était la conséquence directe de cette sorte de contraction du temps qu'il vivait et me faisais subir : ni lui ni moi n'avions le temps de nous réaccclimater l'un à l'autre, tout sollicités que nous étions par des exigences externes.

Du côté de Gérard, ma présence semble déclencher bien des mouvements dans sa famille et je suis moi-même un peu surexcité et un peu perdu : je dispose de peu de temps pour m'intéresser à Gérard. Seule, une tante semble comprendre mon embarras et la raison de mes visites : elle essaye avec peine qu'on me laisse observer Gérard. Mais son mari réoccupe aussitôt le devant de la scène en surstimulant Gérard, qui réagit extrêmement peu ; il paraît extrêmement isolé et insensible à la surexcitation qui l'environne. Son oncle insiste beaucoup pour me faire croire qu'il s'intéresse aux motos (exemple typique d'une interprétation adultomorphe qui cherche à mettre, à tout prix, Gérard en relation avec son père car c'est en moto que son père vient le retrouver). Au comble de l'excitation, il veut me prouver

qu'effectivement Gérard est très attentif aux motos ; il l'installe sur un vélomoteur qui se trouve à l'extérieur. J'ai le sentiment que Gérard est écartelé sur cette machine qui est beaucoup trop grande pour lui : à la limite du déséquilibre, je le sens très mal, suspendu entre le siège et un guidon trop éloigné que l'oncle lui fait pourtant tenir. Il faut reconnaître, cependant, que c'est le seul moment où le visage de Gérard s'illumine d'un certain sourire et où il produit, avec la bouche, un bruit qui pourrait ressembler à « vroom, vroom ». J'assiste à un contraste entre ce que je peux imaginer du confort de Gérard et de ses failles auto-érotiques d'une part et sa réaction à une sollicitation que je juge inadéquate de la part de son entourage.

Gérard, à d'autres moments, se retrouve face à des jouets disposés sur une table basse ; que ce soit face à ces jouets comme face à d'autres objets ou encore face à des adultes, ni son visage, ni ses yeux ne laissent exprimer aucune émotion ou sentiment que l'on pourrait comprendre : ses yeux, vides, ne s'attachent à aucun objet, comme s'il errait sans but et sans joie possible. J'ai le sentiment très vif et très aigu, car émotionnellement difficile à supporter, que cet enfant s'ennuie profondément : ce qui me vient en tête sous les termes très crus de : « il s'emmerde à crever. » J'en viens même à me dire : « Comment peut-on vivre à cet âge en ne s'intéressant à rien, ce doit être mortel d'ennui. »

Si Joël se montrait hyperactif, Gérard, lui, était trop passif ; son attitude m'a parfois fait craindre qu'il ne devienne autiste, ce qui constituait une raison supplémentaire de ma difficulté à élaborer son observation. Visage, identité, angoisse de l'étranger, activité ludique et Surmoi corporel, modification de la temporalité, perturbation du cycle veille/sommeil sont comme autant de nœuds autour desquels, avec leurs différences individuelles, semblent se jouer les problématiques de Joël et de Gérard.

Au terme de ces deux observations, il devenait assez tentant, pour moi, de considérer que la dermatite atopique était sous-tendue par deux formes possibles d'organisation psychique : une forme dépressive, dont l'exemple paradigmatique aurait été fourni par Gérard, et une forme hypomaniaque dont le paradigme aurait été Joël. Ces troubles mis en évidence sont, en effet, autant de facteurs qu'on pourrait grouper sans trop de peine sous le vocable de dépression/hypomanie, si du moins on conserve à ce bipôle une valeur purement phénoménologique. Mais il convenait aussi de garder une valeur purement phénoménologique à ce bipôle pour des raisons de nature plus épistémologique. Car, après avoir éventuellement mis en évidence la présence de ce couple dépression/hypomanie dans la plupart des situations de dermatites atopiques, encore faudrait-il savoir en quoi ces

symptômes sont déterminants dans l'apparition de cette pathologie de la peau, puisqu'il est certain que toute forme de dépression ne s'accompagne pas de lésions cutanées. Cela signifie que la valeur purement phénoménale du bipôle aurait du être conservée aussi longtemps que ne serait pas précisé ce que l'on entend exactement par dépression en cas de dermatite atopique.

Or j'avais eu l'occasion de rencontrer d'autres enfants atteints de dermatite atopique, dont un en particulier, que je devrais observer mais que, pour des raisons de déménagement, je n'ai pu continuer à suivre. Cet enfant, âgé à peine de six mois, se tenait debout accroché aux barreaux de son parc dans une attitude hypertonique qui faisait peine à voir. Comment pouvait-on qualifier son attitude : du haut de son observatoire, il semblait attentif à son entourage mais, en fait, son regard sans cesse en mouvement semblait balayer les objets sans qu'aucun retienne son attention ; son activité et son hypertonie étaient comme marquées d'une forte passivité : rien ne modifiait l'attitude de cet enfant qui paraissait « éternellement » impassible. C'est pourquoi il m'a semblé plus juste de parler de perturbation du couple activité/passivité que de continuer à prendre le bipôle manie/dépression comme modèle. Il me semblait préférable de parler de passivité excessive pour décrire ces enfants, apathiques sans être somnolents, peu mobiles mais présents, peu expressifs mais très attentifs, que je qualifiais au début de dépressifs. Cela avait, de plus, l'avantage de ne rien ajouter à la description clinique, élément externe qui, par la suite, pourrait se révéler totalement inadéquat et idéologique. De plus, comme je l'ai déjà souligné, il importe de resister attentif à la distinction entre le niveau clinique et celui de l'étiopathogénie.

Si on considère *a priori* que tous ces éléments mis en évidence par l'observation de Joël et de Gérard sont constitutifs du tableau clinique de la dermatite atopique, il serait alors facile de confondre ces différents niveaux. Or il n'est pas certain que toute dermatite atopique s'accompagne de ces manifestations et, de plus, il est possible que d'autres faits ne soient pas apparus dans ces deux observations : il fallait donc à ce niveau éviter de glisser trop rapidement vers une étiopathogénie, ce que le modèle maniac/dépressif risquait de provoquer, en fournissant un cadre de pensée qu'on croit, fût-ce abusivement, bien connu.

Mais il existe aussi des éléments observés qui ne peuvent que difficilement être expliqués par le seul modèle « dépressif ». Le monde spéculaire de Joël, par exemple ; quelle relation peut-on faire entre ce phénomène et la faiblesse apparente de son sentiment d'identité, ou l'organisation de son analté, pour reprendre des termes analytiques classiques en ce qui concerne la problématique de l'échange ?

Comment, de plus, expliquer la variabilité symptomatique, les troubles du sommeil et certaines particularités du monde relationnel de Joël et de Gérard que je vais décrire au paragraphe suivant ? La dermatite a semblé s'accroître quand la pression de l'entourage s'est faite plus forte ; quel rapport faire entre cette constatation et la dépression éventuelle ? De plus, ce que ces observations ont pu dégarer à un niveau phénoménal, il convenait de le confirmer par d'autres approches : il était évidemment tout à fait possible que les situations de Joël et de Gérard soient toutes deux exceptionnelles et peu probantes de la dermatite atopique ; ce que j'aurais observé, en ce cas, aurait pu n'avoir aucun lien direct avec la dermatite atopique et ne constituer que la manifestation d'une psychopathologie dépressive ou autre, dont la présence serait fortuite au sein de ce tableau de dermatite atopique. C'est pourquoi j'ai tenté une approche de la dermatite atopique en organisant une enquête auprès de plusieurs enfants atteints de cette affection.

Toutes choses qui m'ont conduit à faire la proposition suivante : tous ces éléments mis en évidence sont autant de facteurs potentiels de l'apparition de dermatite atopique ; sans en être la cause, ils constituent autant d'éléments précipitants d'une pathologie dont l'étiopathogénie est complexe. La présence de tous ces éléments n'est pas indispensable au développement de la pathologie considérée, ce qui leur enlève toute coloration causale au sens strict du mot mais les indique, comme autant de zones conflictuelles du développement de l'enfant, dont le non-dépassement ou la non-résolution constitue autant d'éléments facilitant le développement d'une pathologie complexe.

## L'IMPASSE

Joël joue avec moi mais, tout à coup, retourne voir les photos. Je reste donc seul face au tableau noir. Je suis assez surpris et je pense, naïvement, que Joël m'a oublié ; je vais donc le rejoindre auprès des photos. Gentiment il me supporte quelque temps mais me reconduit assez vite au tableau. Je comprends à ce moment-là qu'il veut être seul. Il va alors s'amuser à entrer et sortir de la pièce, où sa mère et moi nous nous trouvons, et se déplacer vers un débaras où il fait entièrement noir. Joël semble indifférent à notre présence mais sous-haïte que nous restions dans le dispositif spatial qui était celui dans lequel il nous a quittés : je dois donc rester au pied du tableau. Je parle alors un peu avec sa mère, qui me confirme que Joël peut rester ainsi

seul de très longs moments dans des endroits cachés et sombres. Si elle appelle ce jeu un jeu de cache-cache, il ne peut être que difficilement assimilé à cette forme d'activité ludique : Joël reste parfois des heures entières caché derrière le congélateur ou dans une armoire, sans faire de bruit et sans solliciter de quelque manière que ce soit la présence de l'adulte.

C'est la première fois qu'une observation directe me mettrait devant une attitude aussi surprenante que celle de Joël, capable dès l'âge de deux ans de « plaquer » un adulte et de se replier dans une solitude un peu inquiétante, car elle ne semblait pas peuplée d'activités ludiques. Il est évidemment difficile d'interpréter cette rupture et d'assurer que cet espace d'isolement de Joël était vide de toute rêverie ; mais surtout, cette volonté claire de séparation physique de l'adulte ressemblait à une tentative de solution, certes maladroite et partielle, à cette relation en forme d'impasse qui lui était imposée : en présence des adultes, Joël ne pouvait exister qu'en dépendance étroite par rapport à eux. Mais seul, il ne pouvait organiser une rêverie et un jeu dont le support aurait été la reconnaissance d'une émotion personnelle, dont on sait que l'enfant n'y a accès que par la reconnaissance de l'adulte ; c'est à ce niveau que se situe l'impasse du bébé qui ne peut vivre loin de son entourage, qui doit lui permettre de vivre des émotions et de les exprimer par le jeu, impasse que cette sorte de clivage essayait de dépasser : Joël essayait de maintenir un espace personnel et séparé de celui de sa mère, même si celle-ci ne pouvait tolérer longuement l'éloignement de son fils et si celui-ci, loin d'elle, ne peut utiliser des jouets pour effectuer mentalement la séparation : les jouets eux-mêmes appartiennent totalement à la mère, ce qui définit très exactement les pouvoirs du Surmoi corporel et les termes de l'impasse comme une situation indépassable par l'enfant.

De même, sa tante me signale que Gérard joue souvent seul dans une pièce noire ou s'enferme longuement dans une armoire quasi fermée. Gérard et Joël appréciaient les endroits fermés et obscurs comme s'ils avaient éprouvé le besoin de se retrouver seuls, ce qui était impossible en dehors de ce refuge mais impossible à maintenir à long terme en raison de leur jeune âge. Cela tend à prouver que ces enfants sont comme à la frontière du développement de leur identité personnelle, développement qu'ils ne peuvent assumer dans un premier temps qu'en l'absence des adultes, mais en même temps séparation qu'ils ne peuvent maintenir longtemps, ce qui les pousse à adopter cette sorte de clivage de leur fonctionnement relationnel comme une ébauche de solution à ce qui apparaît bien comme une impasse : l'adaptation-soumission aux exigences de l'adulte ou le développement d'une identité propre en l'absence de l'autre, ce qui leur est impossible.

## STATISTIQUES

S'il m'a semblé utile de tenter de valider mes hypothèses à la lumière d'une enquête statistique ; encore une fois, mon objectif n'est pas, et n'a jamais été, de mettre en évidence un modèle définitif de l'étiopathogénie de la dermatite atopique ; je ne sais d'ailleurs si ce modèle existe et, pour le mettre en évidence, il faudrait pouvoir identifier les déterminants spécifiques indispensables au développement de cette affection et, donc, pouvoir confronter mes hypothèses à d'autres affections « psychosomatiques » et comparer l'importance des déterminants psychiques à celle des déterminants biologiques.

Les résultats de cette enquête statistique que je vais indiquer résultent de la comparaison d'un groupe de trente enfants non atteints de dermatite atopique avec un groupe de quarante enfants souffrant d'eczéma. Les deux groupes ont été constitués en fonction de mon réseau relationnel et avec l'aide de quelques collègues, médecins de famille et spécialistes<sup>1</sup>. Il faut donc souligner que cette enquête ne répond pas aux critères stricts des lois de l'échantillonnage, qui auraient nécessité la comparaison du groupe d'enfants eczémateux à un groupe témoin suffisamment grand pour permettre l'utilisation de tests d'évaluation « normalisés ». De ce point de vue, ma recherche demande, avant tout, confirmation et précision. Mais si on considère utile d'évaluer la pertinence des paramètres et variables mis en relief par le travail clinique, cette recherche statistique, comme on va le voir, se révèle riche et stimulante.

### Caractéristiques de maturation

Les résultats du groupe eczéma (notés GD) sont comparés à ceux du groupe témoin (noté GN). Il faut noter qu'on a pu vérifier que les deux groupes étaient suffisamment homogènes sur le plan de l'âge et du sexe pour pouvoir être comparés sans entraîner de variable supplémentaire.

On ne relève pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne :

1. Je tiens ici à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans cette tâche et en particulier les docteurs P. Pochet et B. Tempels, médecins de famille, M. Verghote et Nicolas, pédiatres, S. Bertholus et Henrijean, dermatologues, ainsi que Mme Martine Chapelle.

a. les caractéristiques générales du développement « maturatif » des enfants. Sous ce vocable, il faut entendre des indicateurs tels que la prématurité, le poids de naissance, l'âge d'apparition du sourire, de la station assise, debout, de la marche, de la parole et des contrôles sphinctériens. Il n'y aurait donc pas de différence de viesses de maturation neuro-psychologique entre les enfants normaux et ceux atteints de dermatite. Résultat intéressant, car on ne peut, dès lors, plus penser qu'un retard de développement serait cause de dermatite atopique en poussant les parents à une attitude plus anxieuse, à l'origine éventuelle d'un cercle vicieux relationnel, comme on le suggère parfois du côté d'une certaine pensée médicale ;

b. de même, le développement staturo-pondéral, la morbidité périnatale, la morbidité globale et la fréquence des affections maternelles durant la grossesse n'engendrent pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Par contre, la fréquence de l'allaitement maternel pour GN est de 0,7 et de 0,35 pour GD, soit une fréquence double d'allaitements maternels pour GN, différence statistiquement significative. On peut dire que, dans mon groupe, les mères d'enfants atteints de dermatite atopique ont eu tendance à nourrir moins fréquemment leur enfant au sein. La signification qu'il faut donner, sur un plan individuel, à cette attitude reste problématique : s'agit-il de la manifestation très précoce d'une ambivalence, d'une difficulté à vivre un vécu émotionnel ou d'une déficience physiologique, qui aurait ou non à voir avec la pathologie allergique, ou encore d'une caractéristique sociologique et culturelle ? La question reste posée mais il s'agit d'une variable qui, dans l'analyse du vécu des enfants atopiques, pourrait se révéler essentielle ; il est de plus possible que tous ces types d'explication ne s'excluent pas les uns les autres. Un autre type d'explication serait que l'allaitement maternel protège de la dermatite ; mais en ce cas s'agit-il du résultat d'une amélioration de la situation biologique ou psychique ?

Il est assez intéressant de constater que ces chiffres semblent nous rapprocher des propositions de Spitz (1965). Ils semblent confirmer que le contact cutané serait insuffisant chez les enfants eczémateux, mais il conviendrait sans doute de ne pas restreindre l'allaitement à une expérience exclusivement cutanée, ce qu'elle est mais pas uniquement ; élargissons, dès lors, la proposition de Spitz, en dépassant une conception cutanée de la dermatite et disons que les mères d'enfants eczémateux auraient moins de contacts émotionnels avec leurs bébés. L'allaitement est en effet une pratique qui ravive de puissantes émotions et nécessite une bonne capacité d'identification de la mère à son enfant. L'observation de Spitz, revisitée à la lumière de

mes constatations cliniques et des propositions théoriques de Sami-Ali, pourrait se reformuler ainsi : les enfants eczémateux ont du mal à construire leur vécu émotionnel en raison de la difficulté de leur mère à vivre et à identifier ses propres émotions ou celles de son enfant et à les lui communiquer dans un contact corporel régulier.

De plus dans GD, il existe une proportion assez importante (17%) de mères qui débutent l'allaitement par une alimentation mixte, qui reste évidemment fort brève, phénomène qui n'a pas été observé dans GN : est-ce là la manifestation d'une grande ambivalence ? À moins que cette attitude ne soit renforcée ou créée par la médicalisation actuellement systématique d'un risque d'allergie (les antécédents familiaux pourraient être là à l'origine d'un autre mode d'héritage par Sumnoi corporel médical interposé) : si j'ai bien compris leurs propos, un grand nombre de ces mères m'ont dit qu'elles avaient entrepris ce type d'allaitement en raison du risque d'allergie. Cette variable nous invite en tout cas à réfléchir sur les risques de cercles vicieux auxquels nous conduisent le traitement et la prévention de ces pathologies.

De plus, pour 16 enfants du groupe GD ( $f = 0,40$ ), le passage à l'alimentation lactée a posé un problème « d'intolérance » difficile à interpréter car cela a, toujours, provoqué de fréquents et rapides changements de types de laits sans pourtant se révéler efficace sur un plan thérapeutique. D'autre part, la nature de l'intolérance n'a pu être clairement établie puisque cela ne s'est jamais accompagné d'une symptomatologie digestive franche. Ne s'agit-il pas d'une pure coïncidence entre l'âge du sevrage et le moment d'apparition des premiers signes de la dermatite atopique ? De plus, il n'est pas certain que la dermatite atopique soit d'origine allergique et que, si intolérance alimentaire il y a réellement, elle soit d'origine allergique. On voit donc que ces variations alimentaires sont loin d'être justifiées, mais qu'elles ne sont pas sans conséquence sur l'angoisse parentale : ces variations d'alimentation sont souvent le début d'un pèlerinage médical compliqué qui passe quasi obligatoirement par les médecines parallèles. Contrairement à ce qui se produit pour le passage au lait maternisé, le passage à l'alimentation variée ne semble pas poser de problème.

Par contre, en ce qui concerne le mode d'éducation durant les premières années de vie, il est fort intéressant de constater que les enfants eczémateux sont plus souvent éduqués dans leur milieu familial que

1. La moyenne globale du début de l'affection était de 4,475 mois. Seuls sept enfants ont débuté leur dermatite après 5 mois, ce qui place résolument l'âge du début de l'affection autour de trois mois, ce qui est fort proche de l'âge du passage à l'alimentation lactée artificielle dans les deux groupes (en moyenne 2,5 mois dans les deux groupes).

les enfants sans dermatite, qui sont plus facilement confiés à des crèches ou à des gardiennes à domicile. Si les mères d'enfants eczémateux semblent allaiter moins fréquemment leurs bébés que les mères d'enfants non atopiques, ce n'est pas par désintérêt ou désinvestissement puisque, dans le même temps, elles ont tendance à en assurer elles-mêmes l'éducation. La théorie carencielle reçoit ainsi une affirmation expérimentale définitive : se contenter de parler de non-investissement paraît décidément trop général et théorique pour pouvoir fournir de nouvelles perspectives diagnostiques et thérapeutiques. Ce qui différencie les deux groupes, c'est le mode d'investissement de l'enfant : comme si le contact émotionnel était plus difficile pour les enfants allergiques mais qu'en même temps ils étaient moins séparés de leurs parents dans les tout premiers mois de leur vie ; la présence et l'absence se lient dans un rapport complexe : c'est la nature du contact qui est différente, comme si les enfants allergiques étaient plus au contact d'une mère qui les tient plus à distance.

### Caractéristiques familiales

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne des caractéristiques familiales grossières telles que l'âge des parents, la place dans la fratrie ou le niveau d'étude des parents. Rien ne dit qu'une étude sociologique qui utilise des concepts plus affinés ne puisse mettre en évidence des facteurs de risques liés à l'appartenance à un groupe social et/ou culturel particulier<sup>1</sup> ; mais la démarche ne visait pas à étudier ces caractéristiques familiales ou sociologiques mais à m'assurer que les variables mises en évidence ne pourraient être imputables à ces seuls paramètres.

J'ai comparé la fréquence des affections allergiques dans les familles des deux groupes d'enfants en ne prenant en considération que deux degrés de parenté en ligne directe et trois en ligne indirecte. La fréquence des antécédents allergiques est de 0,70 pour GD et de 0,30 pour GN. Comme on peut le constater, la prédisposition héréditaire à l'allergie est importante ; encore faut-il s'entendre sur la signification de cette hérédité (génétique, sociale ou familiale). La différence est statistiquement significative et ce chiffre correspond à ceux

fournis dans la plupart des études sur la dermatite atopique qui signalent la présence d'antécédents allergiques dans 65 % des cas. On constate, aussi, une prédisposition familiale chez 30 % des enfants du groupe témoin, ce qui semble indiquer l'existence d'un seuil pour que la prédisposition génétique devienne déterminante ou, encore, que l'héritage allergique génétique ne parvient pas à expliquer le développement d'une pathologie, si ce n'est associé à d'autres facteurs. De plus, la fréquence des antécédents psychiatriques est de 0,40 pour GD et de 0,07 pour GN. Différence elle aussi significative entre les deux groupes. Si on s'accorde pour estimer qu'il existe vraisemblablement une prédisposition génétique à l'allergie, il n'en reste pas moins que ce déterminisme ne semble pas unique. Que le déterminisme puisse être multiple, c'est déjà ce que laissait pressentir la variabilité symptomatique individuelle et familiale.

Il faut noter qu'il serait, évidemment, abusif de considérer que les 40 % d'antécédents allergiques qui séparent GN de GD pourraient être comblés par les quasi 40 % de plus grande fréquence des troubles psychiatriques dans GD, ce qui reviendrait à dire que les facteurs psychiques sont les déterminants essentiels de l'eczéma : les 40 % de différence d'antécédents allergiques seraient alors dus à leur association à des facteurs psychiatriques qui serait ainsi la cause première de l'apparition d'eczéma. En fait, seuls 25 % des enfants eczémateux ont une anamnèse significative d'antécédents psychiatriques et allergiques associés.

Il faut souligner enfin que la fréquence des événements traumatiques survenus dans une période de 6 mois avant et après la naissance est de 0,40 pour GD et 0,07 pour GN, différence à nouveau significative. S'il faut tenir compte des potentialités génétiques, cette causalité doit évidemment être mise en rapport avec l'histoire psychiatrique, sociale et culturelle de ces familles. Une théorie cohérente de la dermatite atopique devrait pouvoir, si possible, émettre des hypothèses quant à la nature des liens qui associent ces déterminismes les uns aux autres. Il est clair, en tout cas, qu'il est impossible d'envisager l'héritage « familial » allergique sous le seul angle du « chromosomique ».

### Vérification des hypothèses

S'il est une vertu à retenir de l'application d'une méthodologie de recherche qui utilise plusieurs voies d'accès à la réalité clinique, il faut retenir celle de permettre et même d'induire une rediscussion permanente des hypothèses formulées. Ce fut particulièrement vrai pour cette variable « perturbation du couple activité/passivité ». Très vite au cours de l'enquête, j'ai eu la confirmation qu'il valait mieux utiliser ce

1. Je pense ici à des sociologues tels que P. Bourdieu et certains de ces disciples qui ont développé et opérationnalisé le concept d'habitus, mais aussi aux recherches de V. de Gaulejac qu'il a présentées dans son ouvrage *La névrose de classe* (1987), ou en Belgique, aux recherches menées par M. Legendre de l'Univ. cath. de Louvain-La-Neuve, et d'une manière plus générale, à ces chercheurs qui se réclament de la socio-



bi-pôle que celui centré sur le couple dépression/manie. On retrouve une hyperactivité chez 50 % des enfants GD (10 % pour GN) et une passivité excessive dans 23 % des cas (3 % pour GN). Cela tend à prouver que la modification du couple activité/passivité constitue un des paramètres essentiels du tableau clinique de la dermatite. De plus, il existe une intrication étroite entre les deux variables le tableau peut s'inverser de façon transitoire ou permanente : il semblerait que l'hyperactivité devienne dominante autour de l'âge de un an.

Stimulé par les hypothèses sur l'importance de la temporalité subjective, la nature de l'impasse du nourrisson et les contraintes éducatives de son développement, qui doivent, à la fois, respecter les rythmes du bébé et dans le même temps le socialiser très vite, j'ai choisi d'étudier l'âge de la mise en place du début d'un rythme nycthérial (quand autour de trois mois l'enfant passe ses nuits sans que pour autant le cycle veille-sommeil coïncide strictement avec l'accordage progressif qui doit exister entre ces rythmes différents. Une des premières formes de socialisation porte, en effet, sur ce rythme de base veille/sommeil, dominé par la biologie, au départ, mais où il devient rapidement difficile de distinguer le physiologique des habitudes culturelles.

Pour GN, la moyenne d'établissement du rythme nycthérial est de 13,4 semaines, la moyenne pour GD est de 8,8 semaines, ce qui signifie que les deux groupes peuvent être considérés comme significativement différents en ce qui concerne l'âge de l'établissement du rythme nycthérial. Ce résultat inattendu m'a tout d'abord surpris car il allait à l'encontre d'une hypothèse toute « naturelle » qui aurait associé, sans trop y penser, hyperactivité et retard d'apprentissage du rythme nycthérial, résultat qui allait aussi à l'encontre de l'observation de Maud, qui, il est vrai, ne souffrait pas de dermatite mais de bronchite asthmatiforme. Ceci semble signifier que ces enfants ont tendance à s'adapter très vite au rythme de la vie adulte. Cette caractéristique est encore plus évidente si on considère que, dans mon groupe expérimental, 67 % des enfants du groupe GD ont établi ce rythme nycthérial avant deux mois, contre 30 % pour GN, ou encore que pour 37 % des enfants eczémateux les parents m'ont déclaré que leur enfant n'avait jamais pleuré la nuit (7 % pour GN). On peut donc en conclure que les enfants eczémateux auraient une tendance significative à s'adapter de façon plus précoce que les autres au rythme de la vie sociale. Cela montre que les exigences de l'environnement peuvent influencer de façon extrêmement précoce le rythme propre de ces enfants ; mais des observations ultérieures devront non seulement valider cette constatation, mais aussi tenter d'en dégager les méca-

nismes : Summoi corporel particulièrement contraignant, négligence de la reconnaissance des besoins spécifiques de l'enfant, ou prédilection à l'adaptation. L'adéquation trop rapide de l'enfant à son entourage pourrait constituer l'origine d'une prédisposition à la pathologie psychosomatique puisqu'il pourrait conduire l'enfant à se méconnaître lui-même ou à faire fi de ses propres sensations, et à long terme de son identité, au profit des réalités des adultes de cet entourage.

Après l'âge de six mois, la fréquence des troubles du sommeil pour GN est de 0,13, pour GD elle est de 0,50. Cette différence entre les deux groupes est à nouveau significative. Ce résultat est à mettre en rapport avec le précédent : ensemble, ils montrent une perturbation importante et précoce de l'alternance veille/sommeil chez les enfants eczémateux. Il est à noter que les troubles du sommeil pris en considération ne concernaient que les périodes de vie exemptes d'eczéma où le prurit nocturne aurait pu à lui seul expliquer les troubles du sommeil. De plus, ces troubles du sommeil étaient d'autant plus remarquables par les parents qu'il survenaient chez des enfants qui dans un premier temps s'étaient montrés particulièrement calmes durant la nuit.

On retrouve des souvenirs de manifestations de l'angoisse de l'étranger avec une fréquence de 0,73 pour GN et de 0,12 pour GD. Différence très significative et qui valide nos hypothèses précédentes : il existe une interférence très précoce entre le bébé et son environnement, qui non seulement est source d'une contradiction indépassable, mais aussi source d'une méconnaissance par l'enfant de son propre corps, ce qui se manifeste par sa difficulté à construire un sentiment d'identité suffisant pour développer une angoisse de l'étranger autour de l'âge de huit mois. En outre, constatation qui valide entièrement la recherche des conditions psycho-somatiques favorables à la manifestation d'affections chez le nourrisson. Il existe en effet une interférence très précoce entre le vécu de l'enfant et celui de ses parents, qui explique que les enfants atteints de dermatite soient porteurs dès leur première année de stigmates psychiques résultant de cette interférence. En cas de dermatite atopique, cette relation particulière de l'enfant à ses parents conduit le nourrisson à méconnaître son corps propre, ceci en s'adaptant trop rapidement aux exigences rythmiques de la vie adulte ; adaptation dont il conviendra de préciser le mécanisme par des recherches ultérieures.

---

## CONCLUSIONS

### D'UN POINT DE VUE PSYCHOSOMATIQUE, LA DERMATITE ATOPIQUE N'EST PAS UNE AFFECTION CUTANÉE

Nous avons vu que, sur un plan médical, l'étiopathogénie de la dermatite atopique posait question ; conséquence d'une affection allergique ou d'une modification de la perméabilité cutanée, prédisposition génétique ou résultat d'interactions avec un environnement défavorable, il est probable que ces facteurs s'associent. Il est évident qu'à elles seules la grande variabilité, les fluctuations dans le temps des manifestations de la dermatite chez un même individu et son association à d'autres affections allergiques chez lui et au sein de sa famille doivent conduire à une conception multifactorielle du déterminisme de cette affection : de ce point de vue, on peut affirmer qu'il s'agit de la manifestation cutanée d'une maladie dont l'étiopathogénie est complexe, que ce soit sur un plan génétique ou sur le plan relationnel ; le rôle joué par la peau comme organe physiologique ou comme source de représentations mentales, reste problématique en ce qui concerne le déterminisme de la dermatite atopique.

L'absence relative d'angoisse du huitième mois et ce que cela signifie comme signe de difficultés de reconnaissance de l'altérité, et donc de soi, suffit à attester l'importance des facteurs affectifs présents dans cette maladie. Que ce soit comme cause ou comme conséquence de

l'eczéma, il est évident, au terme de cette étude, que les enfants atteints de dermatite atopique ont plus de difficultés que d'autres à se reconnaître comme individus séparés de leur environnement. Il est hasardeux, dans l'état actuel de cette recherche, de situer la valeur éventuellement étio-pathogénique de cette manifestation clinique et il ne faut pas oublier que cela pourrait être une conséquence de la maladie eczémateuse : il n'est pas impossible que, quelle que soit l'importance de la non-connaissance de soi comme source de l'eczéma, les manifestations de cette maladie engendrent des attitudes éducatives particulières qui pourraient renforcer l'indistinction (je pense en particulier à une multiplication d'interventions nocturnes pour limiter le grattage qui empêche l'enfant, en retour, de pouvoir se sentir seul) et favorisent l'installation de nombreux cercles vicieux relationnels.

Partie d'une critique d'une vision exclusivement libidinale du corps, cette recherche démontre à l'évidence que, s'il est possible, comme le pensait Spitz, que l'eczéma soit la conséquence du non-investissement de la peau de ces enfants par leur mère, cela ne peut être considéré que comme la conséquence d'un trouble relationnel beaucoup plus large et global qui touche à bien d'autres fonctions corporelles que le contact cutané, ce que les observations et la recherche statistique ont montré. La peau fait partie de cet ensemble corporel au même titre que la motricité ou le rythme de sommeil. L'hypothèse narcissique essentielle réductrice si elle est envisagée comme déterminant essentiel de l'affection ; comme l'indiquait notre recherche théorique, il importe que, dorénavant, la psychanalyse, puisse prendre en compte les réactions corporelles physiologiques ; elles aussi sont organisées par l'histoire relationnelle du sujet et peuvent ainsi faire l'objet potentiel d'une interprétation/signification. Il convient donc de dépasser toute vision des somatisations qui fasse référence, de près ou de loin, à ce que j'ai appelé l'hystérie théorique où le corps réel est compris à partir du corps imaginaire de la psychanalyse ; le corps est alors ramené à sa seule valeur de satisfaction libidinale, ce qu'il est aussi, sans doute, mais pas uniquement. Sur un plan psychique, la dermatite atopique ne peut donc être considérée comme une affection seulement cutanée.

Or il est tentant de considérer la peau à partir d'une de ses caractéristique essentielle, celle d'être un interface et, dès lors, de mettre en parallèle fonctions psychiques et physiologiques et, par là, de confondre métaphore et réalité psychique. La peau est, en effet, un interface multiple : à la limite de l'extérieur et de l'intérieur, son importance dans les manifestations de la vie émotionnelle lui confère un haut pouvoir de communication ; vie émotionnelle qui, en outre, s'accompagne de modifications importantes du fonctionnement phy-

siologique. L'émotion est une expérience subjective qui peut être déclenchée de l'intérieur comme de l'extérieur et qui, étant donné qu'elle se manifeste sur la peau, peut accroître la confusion entre l'intérieur et l'extérieur, le subjectif et l'objectif, le vécu et le perçu. Comme telle, la peau peut être conçue tout autant comme une limite physique, matérielle, que comme la limite du fonctionnement psychique individuel dans la mesure où chacun de nous est à la fois isolé comme individu et, en même temps, en relation permanente à un entourage ; interface entre le psychique et le physiologique, entre le moi et les autres, entre l'intérieur et l'extérieur, son importance dans les premières communications entre la mère et son bébé, comme au cœur des relations amoureuses, ne fait que renforcer cette impression que la peau est un organe particulier qui pourrait jouer un rôle important dans le développement de notre appareil mental.

Si à cela on ajoute avec Freud que le fonctionnement mental peut être considéré comme un organe dont la tâche est d'assurer à la fois le contact avec la réalité externe et la satisfaction des pulsions internes, particulièrement de la part des analystes : il existerait une sorte de symétrie entre le fonctionnement psychique et les fonctions physiologiques assurées par la peau.

Il faut cependant rester vigilant et éviter les pièges de cette sorte de « symétrie naturelle » entre la peau, ses fonctions physiologiques, d'une part, et les différents niveaux et fonctions de l'appareil psychique, de l'autre. Si la peau assure contact et échange entre le corps et le monde extérieur, il ne faut pas confondre cette fonction avec les représentations que nous nous donnons du rôle et des nécessités du fonctionnement psychique ; les fonctions de l'appareil mental, telles que nous les définissons, ne sont que des tentatives de représentation d'un phénomène extrêmement complexe eu égard tout autant à la multiplicité de ses déterminants qu'à la multiplicité de ses manifestations. Décrire le fonctionnement mental à partir des fonctions cutanées ne peut avoir qu'un caractère métaphorique ou analogique. Ce lien analogique peut être utile dans la mesure où il permet de figurer cet appareil psychique étant donné la difficulté incontournable liée à la nature même du savoir psychologique : l'appareil psychique est à la fois l'instrument et l'objet de sa propre recherche. Mais c'est aussi en raison même de l'existence de cette difficulté épistémologique qu'il convient de déployer la plus grande rigueur dans l'utilisation de nos concepts et dans la définition de leur domaine d'application.

C'est dans cette optique qu'il faut aborder le concept, très riche sur un plan clinique, de *Moi-Peau* développé par D. Anzieu (1985, 1986, 1990). Comme le souligne lui-même cet auteur : « Par *Moi-peau*, je

désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant des contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps. » (Anzieu D., 1985, p. 39.)

Le Moi-peau est une représentation-figuration. C'est l'investissement des expériences relationnelles de la peau qui fournit au Moi de l'enfant, en voie de constitution, une sorte de fondement, d'appui à la représentation de sa propre activité en train de naître. Cette activité de représentation est une création, une métaphore, elle n'est pas reproductive. Il faut donc bien séparer ce concept de Moi-peau d'une perspective réaliste : la peau serait, alors, à l'origine d'une activité sensorielle qui fournirait le matériau même de l'activité psychique et la représentation ne serait plus, alors, que la réminiscence de ces sensations, sources de l'activité du Moi. Il ne faut pas oublier que la mémoire et l'acquisition d'un souvenir sont déjà la manifestation d'un fonctionnement psychique.

Penser que la peau est un sac consiste à établir une équivalence métaphorique : l'assimilation de la peau à un sac est la manifestation d'une activité de pensée et suppose l'existence d'une activité mentale de représentation. C'est même parce que c'est une métaphore que D. Anzieu a pu étendre son concept d'enveloppe aux autres domaines de l'expérience corporelle que sont l'ouïe, l'odorat et le goût ; toutes les expériences sensorielles qui en aucun cas ne peuvent être assimilées à un sac. Cette perspective devrait permettre à la psychanalyse d'étudier des fonctions corporelles et des réalités relationnelles précoces telles la question du corps réel et des réalités relationnelles aussi complexes que j'ai tenté de les mettre en évidence ; cela montre aussi que bien nos conceptions sont proches de celles d'Anzieu en ce qui concerne l'importance des réalités du corps réel dans la constitution du psychisme.

La question est donc de savoir la place qu'occupe l'activité psychique naissante dans l'espace même de sa propre constitution ; ou encore, quel est le « chemin » qui sépare la sensation de la représentation. Le temps et l'espace ont quelque importance dans la mise en évidence de ce chemin, car ce ne sont pas seulement deux données de base de la pensée qui seraient issues de l'expérience perceptive, mais deux représentations/constructions, qui manifestent les débuts de l'activité mentale qu'elles autorisent.

Il faut en effet tenir compte, dans cette recherche, de l'existence de ce paradoxe supplémentaire et incontournable à l'origine du Moi : son activité est à la fois signe et cause de son fonctionnement, paradoxe qui conduit à devoir renoncer à toute prétention d'exhaustivité dans la recherche des origines puisque cause et effet se confondent, ce qui

marque définitivement les limites de nos capacités de connaissance ; si du moins on cherche à « remonter » dans un fonctionnement psychique à un moment où le temps et l'espace n'existaient pas et où, donc, la notion de causalité ne pouvait être proche de celle mise en œuvre dans la recherche scientifique.

Si, par contre et dans une perspective réaliste, on considère que la peau est à l'origine même des matériaux de l'activité mentale, toute lacune du fonctionnement de celle-ci pourra, de nouveau, être conçue comme le reflet d'un désinvestissement (ou le signe d'un non-investissement passé) de la peau par la mère et le bébé, donc mise en parallèle avec une faille narcissique. L'interprétation pourra alors être réduite, à nouveau, à un défaut de circulation libidinale. Ce qui aurait pu constituer une ouverture vers le corps réel pourra se réduire, du même coup, à la question de l'existence, de la défallance ou non, de l'investissement érotique de la peau. La perspective carentielle en psychanalyse est dangereuse sur un plan clinique autant qu'épistémologique : si on admet que le premier préconscient qui travaille dans la cure est celui de l'analyste, il est prudent de n'attribuer la carence au patient que si on peut montrer qu'elle n'est pas le fait de l'analyste. Il est à craindre en fait que l'explication « carentielle/narcissique » ne dépasse guère le niveau de la phénoménologie : parler de carence de symbolisation n'est guère satisfaisant car cela ne permet pas de distinguer les troubles névrotiques des « affections psychosomatiques » ; dans toute cure, il y a carence de symbolisation que vient combler justement le préconscient de l'analyste. La pensée du narcissisme et de l'économie libidinale marque les limites du savoir analytique actuel. Le danger majeur de cette perspective est d'occulter, *a priori*, la possibilité d'autres observations sur les rapports entre le développement du Moi, du Soi, de l'appareil mental et de la maturation physiologique.

De nouveau, il ne s'agit pas, pour moi, de nier l'intérêt de cette perspective libidinale, mais de situer les limites de cette façon de penser la psychopathologie. S'il est certain que les sensations sont à l'origine des représentations, il faut éviter de confondre ces deux niveaux et il convient que la psychanalyse interroge et théorise la nature du passage de l'un à l'autre. La notion d'enveloppe ne peut se développer que si l'enfant peut opposer l'interne et l'externe, que s'il commence à se représenter l'espace comme espace de séparation : et celui-ci doit être pensé plutôt que perçu, la notion d'espace pas plus que celle du temps n'étant réductible à une perception. La pratique thérapeutique avec des enfants gravement dysharmoniques nous apprend qu'il faut distinguer l'espace perçu de l'espace dans ce qu'il signifie mentalement (Gauthier J.-M., 1987, 1990, 1992a, 1992b) : l'espace réel et l'espace imaginaire. Pour ces enfants, ce n'est pas tellement l'espace réel qui

pose question mais sa représentation, c'est-à-dire sa signification en tant qu'espace de séparation. L'espace comme objet psychique est le résultat d'une construction où la peau et la vue jouent, sans doute, un rôle essentiel, mais aussi l'utilisation de la motricité : l'exploration du corps est tout autant une activité motrice que l'occasion de l'exercice de la sensorialité.

Or il se trouve que la théorie psychanalytique de la constitution de l'espace et du temps, chez l'enfant, n'a jamais été faite ; tout se passe comme si on considérait à tout moment ces fonctions comme solidement constituées. Dans son dernier ouvrage, Sami-Ali (1990) suggère que les ambiguïtés qui circulent dans la théorie freudienne à propos de l'espace et du temps soient mises en rapport avec le fait que Freud était un gaucher contrarié : la problématique personnelle de Freud se serait, ainsi, transmise à sa théorie ; la question de l'espace, évoquée inévitablement par celle de la latéralité, posait problème à Freud car il était incapable de distinguer sa gauche de sa droite sans l'appui de quelque moyen mnémotechnique. Or c'est bien la possession d'un corps propre latéralisé qui nous permet de nous orienter dans l'espace : les deux mains, bien qu'identiques, ne sont pas superposables.

Or son ami et confident Fliess proposait une théorie de la bisexualité qui était étroitement associée à la bilatéralité. La rupture entre Fliess et Freud a permis à ce dernier de faire l'impasse sur la question de l'espace, du temps et du corps réel. Ne pas penser que chez l'enfant l'espace et le temps sont des fonctions de pensée en voie de constitution et qu'il existe un écart entre le corps/espace réel et la reprise de ces dimensions sur le mode imaginaire laisse la place à une approche faussément réaliste du corps, et de ses fonctions physiologiques, où se niche en fait toujours un imaginaire analytique : on ne peut penser que la peau donne accès à la fois à des sensations internes et externes que si cet espace de séparation est déjà conçu par l'enfant ; il importe alors de s'interroger sur la signification et les étapes du développement de cet espace imaginaire en voie de constitution, ce qui permettra d'éclairer le chemin qui va de la sensation à la représentation, du corps réel au corps imaginaire.

## COMPLEXITÉ ET MÉTHODOLOGIE

Chaque méthodologie de recherche possède un domaine propre d'application. Si la recherche clinique reste le terrain privilégié de l'activité du psychologue clinicien car le seul lieu possible de l'éta-

blissement d'une histoire significative à travers la relation thérapeutique, elle ne peut donner lieu à aucune forme de généralisation. Seule une méthodologie statistique, qui ne peut être d'aucune utilité thérapeutique, peut engendrer des données généralisables qui à leur tour pourront réinterroger les hypothèses cliniques. C'est la recherche statistique qui m'a permis d'abandonner l'hypothèse qui me venait « naturellement » en tête au terme des observations de Joël et Gérard : modèle maniaque-dépressif qui aurait eu l'avantage ambigu de me permettre de préserver intactes toutes mes certitudes théoriques. Seule l'observation d'un grand nombre d'enfants m'a permis de penser qu'il s'agissait là d'une hypothèse sans doute abusive quant à la nature du trouble et des réalités vécues par ces enfants. Une recherche multiculturelle, associant plusieurs modes d'approche, a permis d'éviter les écueils soit d'une recherche clinique trop individualisée pour être généralisable, soit d'une recherche statistique qui, n'étant pas suffisamment organisée à partir d'hypothèses cliniques, ne peut cerner d'assez près l'objet de ces recherches, ce qui peut la conduire à prononcer des vérités tellement générales qu'elles n'ont pas le moindre intérêt. Si j'ai effectué moi-même ces différentes démarches, c'est uniquement dû à des raisons pratiques de temps et de moyens dont je disposais ; il n'est pas impossible, à l'avenir, qu'on puisse associer dans le même esprit de recherche des gens issus d'horizons théoriques et pratiques différents.

Je n'ai pu mettre en évidence aucune corrélation statistiquement significative entre les différents déterminants. Cependant, au vu de mes résultats, une certaine corrélation entre les retards de développement neuropsychologique et une grande passivité pourrait être établie, sans pouvoir cependant la qualifier de « statistiquement significative ». Il est vrai que l'effectif total des enfants rencontrés était trop peu important pour permettre, le cas échéant, d'établir des corrélations entre les différents déterminants mis en relief par cette recherche. Ma recherche ne permet donc pas de mettre en évidence des associations privilégiées entre certains de ces facteurs. Cela signifie qu'il est impossible, au terme de cette étude, de déterminer une « personnalité » type de l'enfant eczémateux. Tous les facteurs mis en évidence sont autant de causes favorisantes, autant de « puits de potentiel » dont l'association en quantité variable serait à l'origine de l'apparition de la dermatite atopique. Il faudrait donc concevoir le déclenchement de cette affection comme lié au dépassement d'un seuil par accumulation de facteurs favorisants. Cette conception d'une association en quantité variable de déterminants différents a, en outre, l'avantage de fournir une explication plausible à la variabilité symptomatique chez un même individu.

Il est aussi certain que cette recherche ne peut être considérée comme définitive. D'autres recherches et des démarches ultérieures permettront d'évaluer la validité globale des propositions. Ces études à venir devraient peut-être permettre de préciser en quoi les facteurs mis, ici, en évidence peuvent être considérés comme plus ou moins spécifiques de la dermatite atopique. Il n'est en effet impossible actuellement de pouvoir préciser si ces déterminants ne pourraient pas non plus être mis en évidence dans d'autres somatisations, comme, par exemple, l'asthme ou les dysharmonies évolutives. Ces recherches pourraient aussi prendre en considération des variables que j'ai volontairement laissées de côté, en raison tout d'abord du fait que ma démarche avait un caractère exploratoire en fonction des incertitudes épistémologiques des recherches en psychosomatique. Ces autres critères seraient par exemple : l'âge d'apparition de la dermatite apparue dès mon mode de recrutement m'ayant confiné à la dermatite apparue les premiers mois de la vie ; l'intensité des manifestations, bien que la prise en considération de ce critère se heurte à de graves difficultés d'objectivation ; les fluctuations plus ou moins fortes de la dermatite ou encore son association à d'autres affections, allergiques ou non ; le mode de recrutement qui était le mien a certainement favorisé la prise en compte de ces seules situations dont l'eczéma se transforme en problème chronique.

Il est assez symptomatique, en effet, que je n'aie pu rencontrer qu'un seul enfant dont les parents m'ont dit qu'il était « actuellement guéri » ; la plupart des parents d'enfants eczémateux semblent souvent se résigner à cette sorte de fatalité que constitue la dermatite atopique, ils semblent avoir tous appris et accepté qu'il s'agissait d'une affection chronique dont l'évolution imprévisible est fluctuante. Quoi qu'il en soit, cette étude montre clairement l'intérêt de la recherche qui a été effectuée à la suite d'une critique rigoureuse de l'épistémologie « psychosomatique ». Il apparaît en effet clairement que, si l'hypothèse d'une prédisposition génétique doit être maintenue comme déterminant potentiel de la dermatite atopique, il devient clair que cette hypothèse ne peut expliquer à elle seule la présence de tous les déterminants mis en évidence : il est possible qu'elle explique une bonne partie des 70 % d'antécédents familiaux d'allergie et on pourrait, en poussant déjà cet exercice au maximum de ses possibilités, penser qu'il pourrait exister une association entre risque psychiatrique et risque allergique pour des raisons de potentiel génétique. Mais il est impossible de faire endosser à ce seul facteur des variations de comportements aussi divers que le mode d'allaitement ou l'absence de

génétique, à la fois, des antécédents allergiques, psychiatriques, les troubles du sommeil et les variations de rythme constatées, ce serait faire acte de foi immodéré dans la raison génétique, d'autant que, comme je l'ai déjà souligné, cette hypothèse n'explique pas les variations symptomatiques d'une même affection, ni son alternance ou son association avec une autre forme de pathologie. Ceci d'autant que la recherche des déterminants « psychiques » de la dermatite atopique s'est révélée positive. Tout attribuer à un héritage de nature exclusivement chromosomique fait figure d'acte de foi totalement irrationnel, mais il ne faut pas oublier cependant que des troubles d'origine génétique peuvent être à l'origine de cercles vicieux relationnels propres à engendrer ou à entretenir une dysharmonie profonde entre les réalités de l'enfant et les exigences de son entourage.

Mes impressions cliniques, éclairées par la théorisation de Sami-Ali à propos de la distinction du corps réel/corps imaginaire et les notions qu'il a développées de projection primordiale, d'impassé et de Surmoi corporel, m'ont permis de mettre en évidence neuf déterminants potentiels de la dermatite atopique, à propos desquels il convient sans doute, à présent, de tenter d'entreprendre l'élaboration d'une vision unifiée.

## HYPOTHÈSES

De toute évidence les différents déterminants mis en lumière ne possèdent pas la même valeur étio-pathogénique : l'absence d'angoisse du huitième mois a sans doute plus valeur de signe que de facteur déterminant puisqu'elle apparaît quelques mois après le développement de la dermatite. Ce que cette étude tend à montrer avant tout, c'est que les rythmes propres de l'enfant, rythmes qui à cet âge se situent encore au plus près de la biologie, peuvent être très précocement perturbés par les attitudes éducatives de l'entourage. Partie d'une interrogation sur les rapports existant entre les perturbations de la temporalité individuelle comme facteur de risque de somatisation, l'observation directe nous a conduits à nous interroger sur l'accord précoce des rythmes de l'enfant et de ceux de son entourage comme facteur déterminant l'apparition de la dermatite atopique. Cette hypothèse venait compléter et généraliser une première proposition faite quant à la nature spécifique de l'impassé du nourrisson : une contradiction entre la maturation de l'enfant et les exigences de son environnement. La perturbation du rythme nous est apparue comme la réalité communi-

le la plus précoce sur laquelle pouvait s'exercer la pression de l'entourage. Il est probable que cette première perturbation de la temporalité rythmique fasse le lit des difficultés ultérieures de ces sujets à organiser leur histoire.

À ce stade on peut donc considérer que les perturbations constatées du couple activité/passivité, la diminution de l'âge de passage au rythme nyctéméral et les troubles du sommeil constatés dans le groupe d'enfants eczémateux sont autant de signes de l'existence d'une interférence précoce des rythmes sociaux sur ceux de l'enfant. L'enfant serait ainsi dans une situation où il ne peut vivre et, par conséquent, ni constituer ni reconnaître ses rythmes propres et personnels ; il serait de cette façon inclus très vite dans des rythmes familiaux qui ne lui appartiennent pas mais auxquels il ne peut éviter de devoir s'adapter. La perturbation du rythme de l'enfant constituerait ainsi une porte d'entrée privilégiée dans la voie des somatisations et ferait le lit d'une attitude caractéristique ultérieure ; bien qu'il soit impossible, étant donné la multiplicité des déterminants qui pèsent sur le premier développement de l'enfant, de pouvoir prévoir le destin immédiat de cette sorte de « prédisposition ».

Les variations des modes d'alimentation des enfants eczémateux, par rapport au groupe d'enfants normaux, mettent peut-être en évidence ce des différences d'habitus dont la signification exacte ne peut être recherchée que par des méthodologies qui appartiennent plus à la sociologie qu'à la psychologie ; ces différences, à elles seules, pourraient expliquer les mécanismes et les rouages de cette sorte d'héritage dont j'ai souligné l'importance à de nombreuses reprises.

La pensée du temps nous a occupé tout au long de ce travail. À son origine, notre impression d'être confrontés, en cas de somatisation, à une forme extrême de pathologie de la répétition nous a permis de nous interroger sur la nature de cet héritage et de distinguer le chronosomique du familial et du culturel. L'histoire comme représentation diachronique est la seule dimension qui puisse à la fois donner un sens individuel et intégrer la complexité, source potentielle d'individuation. Le rythme semble nous permettre d'établir les raisons de la continuité répétitive ; le temps social et imaginaire nous a ainsi servi de cadre dans une recherche où la méthodologie de recherche, étant donné les présupposés de base de la psychosomatique, devait rejoindre les aléas de l'individuation.

## Conclusions

### L'IMPORTANCE DU SYSTEME ÉMOTIONNEL

On a vu que les mères d'enfants eczémateux nourrissaient moins souvent leurs enfants au sein mais qu'elles restaient, en revanche, plus présentes à la maison pour les éduquer durant les premières années. Cette attitude, qui met en évidence la complexité des motivations et des habits des parents concernés par la dermatite d'un de leurs enfants, pourrait nous indiquer le chemin de quelques hypothèses fructueuses. Il se pourrait que la difficulté pour ces mamans d'allaiter leur enfant soit non seulement le signe d'une difficulté à les toucher (hypothèse de Spitz) mais, d'une façon plus générale, le signe d'une difficulté à vivre et/ou à communiquer des émotions personnelles.

Cela est à mettre en rapport avec le fait que, la plupart du temps, quand l'eczéma se manifeste, il le fait autour de l'âge de trois mois, moment où se dessinent d'importantes modifications physiologiques du sommeil et de l'immunité, mais aussi où apparaît le sourire, premier organisateur de Spitz, qui, pour reprendre l'expression de Jean-Didier Vincent, est « au pied de l'échelle du monde des émotions »<sup>1</sup>. Si, jusqu'à présent, on s'est surtout attaché à essayer de reconnaître et de distinguer différentes catégories d'émotions, les recherches biologiques actuelles tendent plutôt à présenter les émotions comme un système. L'émotion, selon ce point de vue, est considérée comme une organisation complexe de sous-unités qui nouent entre elles des liens complexes de contrôle et de hiérarchies multiples. Ces « briques » élémentaires du système émotionnel sont déterminées par le patrimoine génétique de tout un chacun. Elles dépendent donc strictement de notre héritage phylogénétique : la vie émotionnelle, comme le jeu et le sommeil paradoxal, peuvent être retrouvés chez les animaux les plus proches de nous, surtout à partir des mammifères. Mais ces composants élémentaires doivent s'organiser dans les premières années de la vie : comme pour beaucoup de dispositifs génétiquement déterminés, l'environnement est un agent essentiel de leur manifestation. Comme

1. Ces réflexions à propos des théories de l'émotion s'inspirent du livre de J.-D. Vincent (1986), qui effectue une mise au point des conceptions actuelles de la biologie des émotions, et du livre de N. McNaughton (1989), qui lui aussi présente une théorie générale des émotions en rapport avec la théorie générale de l'évolution. Ce livre est un exemple particulièrement réussi de ces tentatives d'organiser la recherche sur des thèmes aussi difficiles et complexes que celui des émotions à partir d'une théorisation générale des faits biologiques.

2. L'heureuse expression est de Max Pagès (1986), qui la proposait au terme de sa recherche consignée dans son livre *Trace ou sens*. Cette expression peut rejoindre les conceptions biologiques de l'émotion.

le dit K. Lorenz : « Ce qui se produit dans le génome, ce dont hérite l'individu, n'est en aucune façon un caractère, comme ceux que l'on peut constater et décrire chez un organisme vivant, mais un choix limité de formes possibles dans lesquelles peut se traduire phénotypiquement une empreinte génétique donnée. » (Lorenz K., 1979, p. 7.)

Les recherches de cet auteur sur les mécanismes de l'empreinte sont une illustration de cette règle : un comportement génétiquement déterminé, pour se manifester, doit non seulement être déclenché mais aussi entretenu à certaines périodes favorables par cet environnement. Les émotions sont donc inextricablement liées entre elles, et exercent les unes sur les autres un contrôle généralisé.

Or il se trouve que le sourire peut non seulement être considéré comme le premier organisateur, au sens de Spitz, mais aussi comme le premier moule de l'organisation émotionnelle future : le sourire de trois mois possède toutes les caractéristiques du comportement émotionnel, dont un des aspects essentiels est d'être partagé par l'entourage, d'établir donc une communication dont il est un élément essentiel. En souriant en réponse à son entourage, le bébé crée un échange qui, à son tour, structure son vécu subjectif interne et physiologique émotionnel en même temps que ses relations à son entourage. L'émotion vue sous cet angle nous fournit un excellent point de passage entre réalité corporelle et réalité psychique, réalité individuelle et collective. L'émotion aussi est un interface : à la fois interne et externe, mais aussi à la fois parfaitement physiologique et parfaitement psychique, elle peut être repérée par observation externe aussi bien que par introspection ; l'apparition de ses manifestations dépend autant de l'état interne (central et fluctuant) que de la présence dans l'environnement de déclencheurs ; il s'agit d'un vécu des plus purement subjectifs et incommunicables en soi, mais qui est en même temps un agent essentiel de communication, à un point tel qu'il peut être à l'origine d'une sorte de contamination mentale rapide et si totale qu'elle permet aux individus de se croire indistincts. Comme la peau, le système émotionnel constitue un interface aux « entrées » multiples.

On peut dès lors faire l'hypothèse que, si la mère de l'enfant écrazé mateux exprime difficilement ce niveau de communication, l'apparition de l'eczéma à l'âge de trois mois signe pour l'enfant la difficulté d'organiser et de contrôler ses vécus émotionnels en voie de constitution. Des études ultérieures de corrélations entre variables physiologiques et relationnelles devraient pouvoir confirmer l'hypothèse que ces troubles de contrôle du vécu émotionnel puissent avoir quelque répercussion au niveau organique. Encore faudrait-il théoriser le problème des rapports entre le système émotionnel et la psychosomatique : la recherche en psychosomatique se doit d'abord

de définir une méthodologie qui lui permettent d'observer dans un premier temps un certain nombre de faits ; cela pourra conduire ensuite à des comparaisons, de manière à pouvoir estimer la spécificité de certains facteurs dans diverses affections, ce qui pourrait conduire à déterminer leur pouvoir étiopathogénique.

Cela est d'autant plus important que le lien entre émotion et maladie est omniprésent et comme consubstantiel à toute forme de pensée psychosomatique. Ce type de lien peut être retrouvé dans la médecine populaire ; déjà à ce niveau on retrouve une conception qui associe maladie à blocage émotionnel ; le concept de stase omniprésent dans la pensée freudienne y trouve, sans doute, ses origines. Associer systématiquement stase émotionnelle et pathologie somatique risque ainsi de nous reconduire au cœur d'une épistémologie implicite d'autant plus insidieuse qu'elle infiltre nos représentations culturelles les plus archaïques. Tout au long de notre recherche, la question du rôle de l'émotion semblait nous attendre, insidieuse. Or, en dehors de la pathologie du stress, qui nous offre un modèle de passage entre réalité physiologique/émotionnelle et situation subjective, le lien entre trouble émotionnel et somatisation reste à faire ; il est possible que d'autres désordres physiologiques que ceux constatés avec le stress, et liés à l'expression particulière de certaines émotions, jouent un rôle pathogène qui reste pourtant à définir ; encore faudrait-il se méfier du concept quasi « naturel » de stase qui induit automatiquement l'hypothèse d'une non-expression émotionnelle : il est possible que ce soit d'autres facteurs qui soient pathogènes, comme par exemple l'intensité, la durée ou le lien à l'ensemble du système émotionnel.

Comme Sami-Ali le suggère, il faudra aussi, du point de vue subjectif, penser l'émotion du côté de son lien avec la fonction de l'imaginaire ; comme dans l'expérience onirique, c'est l'ensemble de la pensée qu'occupe le vécu subjectif émotionnel ; le sujet y adhère sans occasion de recul, sinon en supprimant ce vécu subjectif : on n'a accès au rêve qu'en dehors de lui et on cesse de vivre un vécu affectif si on le regarde comme tel. Comme le rêve, l'affect ne se donne à penser comme tel qu'une fois qu'on en est issu, c'est la raison pour laquelle Sami-Ali a regroupé toutes ces manifestations mentales sous les termes d'équivalents de rêve : l'affect, comme la croyance ou l'illusion, occupe le champ de la pensée dans un rapport d'exclusion à la pensée rationnelle qu'il faut définir à chaque fois, c'est-à-dire dans un espace et un temps imaginaire particulier. Caractéristique qui pose la question du lien de ces expériences psychiques avec la pensée consciente mais aussi avec le langage et en particulier la langue maternelle. Pour éviter toute conception réaliste de l'émotion, sans doute est-il utile de parler d'affect pour rappeler qu'une théorie de l'émotion



reste indispensable, bien qu'indisponible, si on veut aborder, sans trop de risque épistémologique, la question des rapports potentiels entre psychosomatique et émotions.

## LE RYTHME COMME SIGNIFIANT FONDAMENTAL

Cette hypothèse sur l'importance du système émotionnel a quelque chose de séduisant car elle permet d'envisager le passage corps/psychisme sous un jour nouveau, abordable à la fois sur un plan mental et sur le plan physiologique ; de plus, la nature de l'émotion permet à la fois d'intégrer une étioleogie organique, génétique, et une étioleogie culturelle, elle permet une étude par introspection aussi bien que par observation externe.

Au terme de cette étude, il reste bien des questions à envisager. Comment, par quels mécanismes, se produisent l'apparition plus précoce du rythme nychéméral ou la perturbation du couple activité/passivité ? De plus, il faut éviter de se fixer uniquement sur l'émotionnel au mépris de toute autre manifestation du corps réel de l'enfant ; l'émotion nous offre un niveau d'analyse utile à établir des liens entre le psychique et le corporel qui doit être mis en relation avec l'ensemble du vécu corporel et les contradictions qui peuvent s'établir entre l'enfant et son entourage.

On pourrait, par ailleurs, supposer que les troubles du sommeil suffisent à expliquer les difficultés immunologiques qui apparaissent à l'âge de trois mois : les relations connues entre le système nerveux et le système immunitaire pourraient aisément expliquer l'influence nocive que peut avoir sur l'état des défenses immunologiques la soumission trop rapide d'un enfant au rythme social. La difficulté de cette perspective, c'est qu'elle est encore actuellement trop générale et ne fournit pas de piste aisée pour identifier le chemin qui va du physiologique au mental et réciproquement, ce que semble offrir plus directement l'hypothèse émotionnelle.

Mais, de plus, il est possible de faire un lien entre l'expérience émotionnelle et le rythme. Le rythme est une composante de l'expérience émotionnelle elle-même et, de plus, toute expérience rythmique possède de la capacité de déclencher des affects émotionnels intenses : une grande partie de l'esthétique musicale est basée sur une subtile dialectique de mouvements, de continuités et de changements d'un rythme sur lui-même, et de l'enlacement de ce rythme à d'autres, dans un pérennuel mouvement de départs et de retours plus ou moins annoncés et

espérés. Qu'on pense simplement à la structure d'une chanson qui depuis longtemps alterne refrain et couplet ; si le refrain se reproduit identique à lui-même, le couplet, qui lui fait face, se renouvelle à chaque fois ; le tout lié par une rythmique de base sujette à quelques variations : la chanson possède ainsi trois structures d'opposition binaire. Les variations du rythme de base et sa fréquence sont à la base du surgissement des émotions non seulement parmi les plus intenses mais aussi parmi les plus nuancées qui soient : la musique, faite d'une succession subtile de ruptures et de continuités, est capable de rendre toutes les nuances possibles de la palette générale des émotions<sup>1</sup>. Le rythme est donc un déclencheur extrêmement sensible et précis de l'émotion, il est même au cœur de celle-ci. Comme le suggère Imberty, plus que la littérature, la musique est la forme privilégiée d'écriture du temps ou plutôt des temps imaginaires qui nous habitent.

Si à cela on ajoute que le rythme est une structure binaire, faite d'une association entre un plein et un silence, dont la conjonction est à l'origine même de sa constitution et de sa reconnaissance, on peut se demander si le rythme n'est pas à l'origine d'une première forme de représentation de la connaissance de soi acquise par le nourrisson : première représentation dialectique de l'*idem/ipse*. Cette structure contrastée contient en elle les contradictions fondamentales propres à la constitution du moi : la présence simultanée de l'altérité et de la même, la continuité dans la discontinuité, la stabilité dans la rupture. C'est peut-être le fait de retrouver les fondements de la constitution du moi dans toutes ces nuances émotionnelles qui constitue la source du plaisir esthétique spécifique de l'expérience musicale. Quoi qu'il en soit, si on considère que le système nerveux central est dans un état fluctuant d'où émergent par moments des vécus émotionnels en fonction de la physiologie interne autant que de l'environnement, si on admet qu'il n'existe pas un rythme biologique mais des multitudes, si à cela on ajoute encore les pouvoirs de la musique structurée sur l'alternance et la répétition d'une ou de plusieurs structures binaires, on peut considérer qu'il existe un lien étroit entre le rythme et l'émotion : la structure propre du rythme musical serait à la frontière entre la symbolisation et la reproduction des rythmes de base qui sont les nôtres au moment de certaines émotions : entre matérialité et représentation, dont la dialectique a été soulignée tout au long de ce travail.

1. Imberty M., dans *Les écritures du temps*, 1981, a déjà démontré ce rôle essentiel du rythme et de ses variations au cœur de l'expérience musicale.

Le rythme n'est donc pas seulement un acteur essentiel de notre vie émotionnelle, il se situe à l'ébauche de sa représentation. On peut dès lors faire l'hypothèse que cet état central physiologique, fluctuant, pourrait être à l'origine aussi de notre représentation du corps propre à travers ce mouvement continu de stabilité et de ruptures, s'il n'est pas envahi par les réalités de l'environnement, ou si celui-ci ne le rend pas chaotique : si l'entourage assure une dialectique d'absence-présence qui organise l'enfant sans l'envahir, les rythmes physiologiques reprints et signifiés par sa mère peuvent fournir à celui-ci le noyau à partir duquel il pourra constituer l'ébauche de son sentiment d'identité ; si son entourage l'y autorise, le bébé peut se saisir de ces alternances partagées, source de l'organisation de sa vie émotionnelle, pour accéder à une première forme de représentation de lui. Ces propositions nous permettent de généraliser définitivement les hypothèses centrales de cette recherche : toute rupture du rythme propre de l'enfant, toute soumission trop précoce à un rythme qui n'est pas le sien, risque de perturber ses possibilités de reconnaissance et d'identification de son rythme propre et, à partir de là, de son corps propre, noyau de son premier sentiment d'identité. Cela permet d'établir un lien avec l'hypothèse du rôle essentiel de l'émotion dans la somatisation : si on admet que les troubles du rythme sont au cœur des manifestations observées dans ce travail, cela permet de comprendre le passage du corps propre au psychisme. Que ce soit en effet à travers la vitesse de l'établissement du rythme nyctéméral, les troubles du sommeil ou encore la perturbation du couple activité/passivité conçu comme la manifestation précoce d'un rythme personnel d'interaction avec l'entourage, la thèse centrale de ce travail peut dès lors se formuler de la manière suivante : la dermatite atopique du bébé apparaît à la suite d'une trop grande perturbation des rythmes de base du développement « maturatif » de l'enfant, ce qui le conduit non seulement à des difficultés de reconnaissance de son corps propre (absence d'angoisse du huitième mois) mais aussi à des désordres physiologiques dont le véhicule pourrait être les difficultés de contrôle et de structuration des vécus émotionnels.

On peut aller plus loin encore dans les hypothèses : si on sait que durant son sommeil le bébé exprime souvent, surtout en phase paradoxale, tout le répertoire émotionnel dont nous disposons, on peut dire : les perturbations du rythme de l'enfant, ou les difficultés d'accord réciproque en raison de failles dans les potentialités génétiquement héritées, perturbent la possibilité, pour lui, d'organiser et de reconnaître comme siens les vécus émotionnels dont le rêve est une des expressions essentielles car le rythme est lui-même une des posantes fondamentales et de l'expérience émotionnelle et de celle du sommeil.

Sommeil paradoxal/rêve, émotion et rythme apparaissent ainsi comme des interfaces sur lesquels peut s'exercer très rapidement la pression d'une certaine forme d'organisation sociale mais aussi comme la voie pour qu'un déficit organique suscite un cercle vicieux relationnel propre à entretenir une rupture fondamentale entre le bébé et son entourage. Sommeil, émotion et rythme sont comme les trois visages d'une même réalité clinique. Cette perspective dépasse définitivement toute opposition entre organique et psychique et, surtout, elle permet de relier l'individuel, l'aléatoire et l'historique, représenté jusqu'ici par la psychanalyse, aux réalités du corporel présentes dans la pensée médicale. Cette proposition clôturée, momentanément, cette recherche qui ouvre la voie à bien des développements ultérieurs.

## PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

Il est évident que les constatations qui ont été faites jusqu'à présent ouvrent aussi de nouvelles perspectives en ce qui concerne la thérapeutique. Les variables mises en évidence pourront être recherchées dans chaque situation particulière ; de même, les concepts de Sumnoi corporel, de pathologie de l'adaptation, de refoulement de la fonction de l'imaginaire ou encore les douze couples opposés de concepts mis en évidence par Sami-Ali, pourront servir de guides. La première tâche du thérapeute est en effet de comprendre. Le développement même de cet ouvrage n'est que le résultat de cette volonté de comprendre toutes ces situations cliniques qui restaient énigmatiques ; non seulement les parents ne nous parlaient pas de l'eczéma de leur enfant, mais, en l'absence de théories adéquates car le plus souvent trop générales, la présence de cette symptomatologie allergique restait méconnue.

L'ensemble de la théorie développée par Sami-Ali me fut très utile tout au long de cette recherche, mais surtout la définition d'un temps imaginaire. Mon travail s'est attaché avant tout à développer cette question de la temporalité qui occupe une place essentielle dans le processus thérapeutique ; du côté du thérapeute, auquel elle permet la compréhension d'une situation pathologique dont elle respecte la complexité ; du côté du patient, chez qui elle assure l'accès à l'interprétation qui reste l'outil essentiel du thérapeute.

Ma démarche thérapeutique avec les patients adultes est restée celle d'une psychothérapie analytique, en face-à-face, tandis que la plupart

des enfants dont il a été question faisaient l'objet d'une thérapie psychomotrice. Mais au-delà des techniques utilisées, il est évident au terme de ce travail qu'une attention toute particulière sera apportée aux phénomènes corporels qui se déroulent dans une cure. S'il est évident que le paradigme de la démarche thérapeutique reste la compréhension-historicisation-signification des phénomènes, il faudra non seulement être attentif à la capacité du patient à s'inscrire dans une temporalité historique, mais aussi à sa capacité à inscrire son corps dans l'imaginaire ; toute manifestation corporelle sera ainsi évaluée en fonction de l'axe qui va du corps réel au corps imaginaire. Ce n'est qu'en cas de progression de ce dernier qu'on pourra estimer les progrès réels de la thérapie, qui risque à tout moment de se reformer en piège adaptatif. Aux niveaux des enfants, ces exigences sont parfaitement rencontrées par l'utilisation de techniques psychomotrices en thérapie ; c'est ce que nous pratiquons depuis quelques années déjà, sans oublier pourtant que le langage et la signification restent au cœur de notre paradigme thérapeutique pour permettre à l'enfant d'habiter un corps qui lui appartient réellement.

Toutes choses qui pourront dès lors être mises en rapport avec son histoire personnelle et entrer dans l'ordre de la signification. Il peut sans doute, dans certains cas, se révéler utile d'utiliser avec les adultes, d'autres cadres thérapeutiques que la psychothérapie analytique, comme par exemple la relaxation ou des techniques qui stimulent plus directement un vécu corporel, si du moins on garde à l'esprit la nécessité d'aboutir à la signification, qui seule permet au patient de prendre distance par rapport à des vécus antérieurs méconnus mais actifs ; la pédagogie « éclairée » chère à certains ne suffit pas à modifier certains comportements. Il est vain de vouloir changer des attitudes émotionnelles si on se refuse à les reconnaître et ensuite à les vivre au cœur du lien thérapeutique : c'est l'impasse à laquelle se heurte tôt ou tard toute perspective médicale scientiste. Il est sûr que la possibilité de transformation du patient au cœur d'un processus thérapeutique ne peut avoir lieu qu'au sein d'une relation émotionnelle qui lui permet sens pour lui par rapport à une histoire, signification qui lui permet d'en prendre la mesure. S'il est évident que la théorie de l'évolution des espèces offre un cadre utile pour penser aussi les réalités humaines, il faudrait aussi donner une fonction biologique à la parole et à l'imaginaire en évitant, sous prétexte de scientificité, de nier certaines des réalités humaines parmi les plus caractéristiques.

Plus que tous les autres, les patients qui présentent une pathologie d'adaptation nous soumettent au risque d'instaurer un processus morbide au sein de l'espace thérapeutique : point de recette ni de conseil objectif qui ne fasse courir le risque du cercle vicieux de l'adaptation

aux besoins supposés du thérapeute vécu comme Surmoi corporel et le risque d'une inexorable répétition. La transformation n'est possible qu'au sein d'une relation qui permette au patient d'exister comme sujet. Il serait assez contradictoire d'espérer pouvoir l'y contraindre sans provoquer de pathologie d'adaptation. L'espace libre doit être laissé au patient, à lui de s'en saisir, ce qui donne une épaisseur nouvelle à la nécessaire passivité du thérapeute, ce qui n'est pas toujours aisé face à des manifestations morbides qui atteignent le corps réel. Cette passivité se marie difficilement, on l'a vu, avec la nécessité pour le thérapeute, de chercher à reconstituer l'histoire relationnelle de son patient. Il ne suffit pas d'installer celui-ci dans un cadre thérapeutique pour qu'automatiquement ce processus se mette à exister et à fonctionner.

On a vu combien la pathologie d'adaptation soumettrait n'importe quelle proposition à des risques mortifères. Le thérapeute devra lui aussi trouver un équilibre satisfaisant entre passivité et activité et tolérer qu'en cas de pathologie somatique la situation thérapeutique s'emplisse de paradoxes.

Au cours de mon enquête, tous les parents se sont montrés intéressés par mes hypothèses concernant les cercles vicieux relationnels qui peuvent se nouer autour de l'enfant eczémateux. Que ce soit pour calmer leurs angoisses, leurs culpabilités, ou sur ordre médical, les parents des enfants eczémateux ont souvent tendance à augmenter leurs interférences avec le monde de l'enfant, soit en le surstimulant soit en lui interdisant toute une série de pratiques : du jeu au régime alimentaire ou au sommeil, de la chambre à coucher à l'école, c'est tout l'espace de l'enfant qui est envahi pour de « bonnes raisons » par la réalité des adultes qui l'entourent. Il n'est pas toujours facile de sortir de ces situations où le rôle de Surmoi corporel est devenu paradoxalement une sorte de devoir, mais cela semble souvent être le premier pas indispensable sur le chemin de la transformation ; tous ces parents se sont en tout cas montrés accessibles à une auto-critique de ce point de vue.

De plus, il n'est pas aisé sur un plan thérapeutique de prendre distance par rapport à des enfants qui, sans cesse, demandent à l'adulte d'adopter une attitude surmoïque ; à tout moment, ils tentent de rester collés dans le champ visuel du thérapeute, espérant ainsi y trouver des indications sur le type de corps qu'ils doivent habiter devant cet adulte qu'ils ont en face d'eux. Le thérapeute souvent soit se résigne soit se désintéresse d'une situation qui devient rapidement répétitive et non thérapeutique ; c'est pourquoi nos recherches actuelles nous conduisent à préconiser des pratiques thérapeutiques en groupes chez ce type d'enfant. Et pour eux et pour le thérapeute, ce dispositif diminue les

risques d'un face-à-face intolérable et rapidement mortifère ; tout en permettant à l'enfant de trouver chez ses pairs d'autres images d'identifications, plus diversifiées que celles qu'il peut trouver chez l'adulte, et de constituer à partir de là sa propre identité.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ADRIEN J.  
1984 — « Ontogenèse du sommeil chez le mammifère », in Benoit O., *Physiologie du sommeil*, Paris, Masson.
- ALEXANDER F.  
1950 — *La médecine psychosomatique*, tr. fr. Horinson S., Stern E., Paris, Payot PBP, 1967.
- ALKON D.  
1989 — « Mémorisation et neurones », in *Pour la science*, n° 143.
- ANZIEU D.  
1985 — *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.  
1986 — *Une peau pour les pensées*, Paris, Clancier-Guénaut.  
1990 — *L'épiderme nomade et la peau psychique*, Paris, Apsygée.
- AOKI C., SIEKEVITZ P.  
1989 — « La plasticité du cerveau après la naissance », in *Pour la science*, n° 136.
- ASSOUN P.-L.  
1981 — *Introduction à l'épistémologie freudienne*, Paris, Payot.
- BACH J.-F.  
1986 — « Les états d'hypersensibilité », in Bach J.-F., *Immunologie*, 3<sup>e</sup> éd., Paris, Flammarion.
- BACHELARD G.  
1934 — *Le nouvel esprit scientifique*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 1983.  
1940 — *La philosophie du non*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 1983.  
1950 — *La dialectique de la durée*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 1989.  
1989 — *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin.

- BICK E. — « Notes on infant observation in psycho-analytic training », in *International Journal of Psycho-analysis*, 45, p. 558-566.
- BRUTER C.-P. — *Topologie et perception*, Paris, Maloine deuxième édition, 1985.
- CAROT I. — « Le jeu chez les animaux », in *La recherche*, n° 222, 1990.
- DANTZER R. — *L'illusion psychosomatique*, Paris, Odile-Jacob, 1989.
- DEBRUCH. — *Neurophilosophie du rêve*, Paris, Hermann, 1990.
- DEGOS R., LORTAT-JACOB E. — *Dermatologie*, Coll. « Les petits précis », Paris, Maloine, 1965.
- DEJOURS C. — *Recherches psychanalytiques sur le corps*, Paris, Payot, 1989.
- DE WAELEHENS A. — *La psychose*, Leuven-Paris, Nauwelaerts, 1972.
- EDELMAN G. — « La topobiologie », in *Pour la science*, juillet, 1989.
- ELLIS E.F. — « Atopic dermatitis » in *Nelson Textbook of Pediatrics*, Behrman, Vaughan and Nelson, Philadelphia, Saunders, 1987.
- FAIN M., DEJOURS C. — *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, 1984.
- FREUD S. — « Traitement psychique », tr. fr. Laplanche J. et al., in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984.
- 1891 — *Contribution à la conception des aphasies*, tr. fr. Van Reeth C., Paris, PUF, 1983.
- 1892a — « Pour une théorie de l'attaque hystérique », en collaboration avec Breuer J., tr. fr. Laplanche J. et al., in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984.
- 1892 b — avec Breuer J., « Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques », tr. fr. Berman A., in *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 6<sup>e</sup> éd., 1978.
- 1892-1894 — « Manuscrits », tr. fr. Berman A., in *Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 3<sup>e</sup> éd., 1973.
- 1895a — « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de "névrose d'angoisse" », tr. fr. Laplanche J., in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 2<sup>e</sup> éd., 1974.
- 1895b — « Esquisse d'une psychologie scientifique », tr. fr. Berman A., in *Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 3<sup>e</sup> éd., 1973.

- 1895c — « Psychothérapie de l'hystérie », tr. fr. Berman A., in *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 6<sup>e</sup> éd., 1978.
- 1896 — « L'étiologie de l'hystérie » tr. fr. Bissery J., Laplanche J., in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1974.
- 1900 — *L'interprétation des rêves*, tr. fr. Meyerson I., Berger D., Paris, PUF, 1967.
- 1905 — *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, tr. fr. Reverchon-Jouve B., Paris, Gallimard, 1962.
- 1911 — « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques », tr. fr. Laplanche J., in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984.
- 1914 — « Pour introduire le narcissisme », tr. fr. Laplanche J. et al., in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1973.
- 1915 — « L'inconscient », tr. fr. Laplanche J., Pontalis J.-B., in *Métopsiologie*, Paris, Gallimard, 1968.
- 1916 — *Introduction à la psychanalyse*, tr. fr. Jankelevitch S., Paris, Payot, PBP, 1959.
- 1920a — « Au-delà du principe de plaisir », tr. fr. Laplanche J., Pontalis J.-B., in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
- 1920b — « Psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine », tr. fr. Laplanche J., in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1974.
- 1929 — *Malaise dans la civilisation*, tr. fr. Odier Ch. et J., Paris, PUF, 1973.
- 1931 — « Sur la sexualité féminine », tr. fr. Laplanche J. et al., in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1973.
- GAULJEAC V. (de) — *La névrose de classe*, Paris, Hommes et groupes éditeurs, 1987.
- GAUTHIER J.-M. — 1987 — « Pascaline et l'espace imaginaire », in *Thérapie psychomotrice*, n° 73.
- 1980 — « Temps et somatisation » in *Revue belge de psychanalyse*, n° 16, Bruxelles.
- 1992a — « L'autisme et la pensée du temps », *Revue belge de psychanalyse*, n° 20, Bruxelles.
- 1992b — « Le corps, l'espace et le temps », présentation du livre de Sami-Alî, in *Psychanalyse à l'université*, Paris (p. 163 à 170).
- GODEAU P. — 1987 — *Traité de médecine*, Paris, Flammarion.
- GOLDBETER A. — 1989 — *Cell to cell signalling : from experiments to theoretical models*, Academic press.
- 1990 — *Rythmes et chaos dans les systèmes biochimiques et cellulaires*, Paris, Masson.
- HAMBURGER J. — 1990 — *La puissance et la fragilité*, Paris, Flammarion.
- HARRIS M. — 1979 — « L'apport de l'observation de l'interaction mère-enfant », in *Nouvelle revue de psychanalyse*.
- ILLICH I. — 1975 — *La némesis médicale*, Paris, Seuil.

- IMBERTY M.  
1981 — *Les écritures du temps*, Paris, Dunod.
- JOHNSON M.-L.  
1985 — « Skin disease » in *Cecil textbook of medicine*, Philadelphia, Saunders.
- KALL R.  
1990 — « La formation des synapses dans le cerveau », in *Pour la science*, n° 148.
- KANT E.  
1787 — *Critique de la raison pure*, tr. fr. Barni J., Archambault P., Paris, Flammarion.
- LOZOS C.  
1967 — « Le comportement ludique chez les primates supérieurs », in *L'éthologie des primates*, Morris D., tr. fr. Humbler P., Stroobants M., Bruxelles, Complexe.
- LORENZ K.  
1979 — *Évolution et modification du comportement. L'inné et l'acquis*, tr. fr. Jospin L., Paris, Payot, PBP.
- MCDUGALL J.  
1989 — *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard.
- MCAUGHTON N.  
1989 — *Biology and emotion*, Cambridge University Press.
- MARTY P.  
1963 — *L'investigation psychosomatique*, avec la collaboration de M'Uzan M. et David C., Paris, PUF.  
1976 — *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot, PBP, 1979.
- MELTZER D.  
1967 — *Le processus psychanalytique*, tr. fr. Bégoin J., Paris, Payot, 1971.
- MORRIS J.N., et al.  
1953 — « Coronary disease and physical activity of work », *Lancet* (2), p. 1053/1057, 1111/1120.
- NINIO J.  
1991 — *La biologie buissonnière*, Paris, Seuil.
- PAGÈS M.  
1986 — *Trace ou sens*, Paris, Groupes et hommes éditeurs.
- PASSONE S.  
1990 — « Observation directe et situations psychopathologiques complexes », in *Évolutions psychomotrices*, n° 6, p. 17 à 22.
- PRIGOGINE I.  
1990 — Préface in Goldbeter A., *Rythmes et chaos*, Paris, Masson.
- REICH W.  
1949 — *L'analyse caractérielle*, tr. fr. Kamnitzer P., Paris, Payot, PBP 1979.
- RICEUR P.  
1983 — *Temps et récit*, Paris, Seuil.  
1984 — *Temps et récit, la configuration du temps dans le récit de fiction*, Paris, Seuil.  
1985 — *Temps et récit, le temps raconté*, Paris, Seuil.  
1990 — *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.
- ROUANET H. et al.  
1987 — *Statistiques en sciences humaines. Procédures naturelles*, Paris, Dunod.  
1990 — *Statistiques en sciences humaines. Analyse inductive des données*, Paris, Dunod.
- SALVAGGIO JE.  
1985 — « Allergic rhinitis », in *Cecil Textbook of medicine*, Philadelphia Saunders p. 1867.
- SAMI-ALI  
1970 — *De la projection*, Paris, Payot.  
1974 — *L'espace imaginaire*, Paris, Gallimard.  
1977 — *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod.  
1980 — *Le bandal*, Paris, Gallimard.  
1984 — *Le visuel et le tactile. Essai sur la psychose et l'allergie*, Paris, Dunod.  
1987 — *Penser le somatique*, Paris, Dunod.  
1990 — *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Dunod.
- SANDRIR.  
1990 — « Ouvertures de la méthode d'observation directe mère-bébé à la compréhension de l'enfant autistique et psychotique », in *Évolutions psychomotrices*, n° 6 p. 23 à 28.  
1991 — *La maman et son bébé : un regard*, Lyon, Césura.
- SAPOLSKY R.  
1990 — « Le stress chez les babouins », in *Pour la science*, mai.  
1984 — « Osservazione », in *Quaderni di psicoterapia infantile*, n° 11, Roma, Borla.
- SOTER N., FITZPATRICK T.  
1987 — « Cutaneous changes in disorders of reactivity : eczematous dermatitis », in Fitzpatrick et al., *Dermatology in general medicine*, Mac Graw-Hill.
- SPTZ R.  
1965 — *De la naissance à la parole*, tr. fr. Flournoy L., Paris, PUF, 1973.
- THOM R.  
1977 — *Stabilité structurelle et morphogénèse*, Paris, Interéditions.
- VAN ECK L.  
1990 — « La répétition comme matrice de changement », in *Revue belge de psychanalyse*, n° 17, Bruxelles.
- VINCENT J.-D.  
1986 — *Biologie des passions*, Paris, Odile-Jacob/Seuil.

WATILLON-NAVEAU A.  
1985 — « L'impact de l'observation de la relation mère enfant sur les mères et leur  
nourrisson », in *Revue belge de psychanalyse*, Bruxelles, n° 6 p. 81 à 92.

WINSON J.

1991 — « La clé des songes », in *Pour la science*, n° 159.

WYNGAARDEN J., LLOYD H., SMITH Jr.

1985 — *Cecil Textbook of medicine*, Philadelphia, Saunders.

ZIMERAÏ C.

1984 — « Émilie (psychothérapie d'un nourrisson atteint d'eczéma) », in Fain M.,  
Dejours C., 1984, *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson.

## INDEX

- ADRIEN J., 141  
ALEXANDER F., 64-65  
Allaitement, 156-157, 173  
Allergène, 16, 20  
Allergie, 22-23  
— définition, 15  
— et nosographie, 16, 21  
manifestations cliniques de l-, 16-  
17, 18-19.  
Angoisse de l'étranger, 143-146, 161,  
163, 171, 178  
ANZIEU D., 165-166  
Apprentissage, 28  
troubles de l-, 8, 81
- BACHELARD G., 82-83, 112  
BENEDIKT M., 49  
BICK E., 134  
BION W.R., 72-74
- Carentielle  
— théorie, 158, 167  
CARO T., 141  
Complexité et méthodologie de  
recherche, 168-171  
Confusion identitaire et temps, 88  
Corps  
— imaginaire, 61, 65, 114, 123-124,  
132, 164, 180  
— réel 61, 65, 77, 111, 114, 115,  
124, 132, 140, 164, 176, 180  
— libidinal, 62, 68, 77, 124, 140-  
141, 164  
— organique, 68, 124  
— propre, 98, 101, 105, 111-112,  
117-118, 123-124, 130, 132, 140,  
142, 161, 178  
— psychique, 111  
Cybernétique, 24, 37
- DANTZER, 28-31, 75  
DEJOURS C., 67-71  
Dépressif  
— modèle-, 151-153, 159-160, 169  
Dermatite atopique  
— clinique et définition, 18, 20  
— et troubles instrumentaux, 8-9, 82,  
84, 93  
— et équation analogique, 9  
— et étiopathogénie cutanée, 9  
épidémiologie, 16  
associations cliniques, 19  
étiologie, 22  
— et réactivité cutanée, 22-23, 25  
Dermatite eczémateuse, 22  
Diathèse et eczéma, 21  
DE WAELHENS, 34  
Disponibilité, 93, 98, 112, 131, 137,  
138, 143, 161, 178
- Eczéma  
— définition, 20-21  
— et épistémologie médicale, 20-21  
EDELMAN G., 40  
Émotion, 173-175, 176-178  
Épistémologie médicale, 23-26  
— et biologie, 24-29  
— et théorie de l'évolution, 37, 67  
— et méthodologie, 25  
— et complexité, 25-26, 28, 33-34,  
41  
— et temps, histoire, 29, 32-34  
— et hypothèse génétique, 28, 36-37,  
92-93  
— ou pragmatique médicale, 34-38  
— et organisation médicale, 25  
— et rationalisme, 38  
— et paradigme anatomique, 39  
— et le « visuel », 28, 32, 39, 41  
— et anthropologie, 41

PA  
1991

PRIGOGI  
1990 — Pré

- Épistémologie psychanalytique, 31, 48  
 — et théorie de l'affect, 46-48, 52, 54, 57  
 Espace de séparation, 121-124, 127-129, 130, 136, 145, 154, 168  
 — encombé, ch. 8  
 — disolement, 154  
 Espace thérapeutique, 88, 91, 135, 180-182  
 — encombé, 119-120, 126  
 FAIN M., 67-71  
 FRED S., ch. 3, 66-67, 69, 76, 83, 165, 168  
 GODEAU P., 36  
 HAMBURGER J., 35-37  
 Héritage, 84-85, 90-94, 98, 142, 158-159, 173-174  
 Histoire et signification, 33, 83, 111, 164, 169, 172, 180-181  
 Hystérie théorique, 63, 164  
 ILLICH I., 30  
 LAMBERTY M., 177  
 Imitation, 117, 142, 147-148, 149  
 Impasse thérapeutique, 38, 40, 49, 56-60, 104, 113, 180  
 — et déterminisme génétique, 36-37, 40, 159, 170-171, 173-174  
 Inconsient, 53  
 — et analyse, 52, 53, 62  
 — substantivé, 53-55, 56-57  
 — et temps, 101  
 Langage, 135, 142, 180  
 LOZOS C., 141  
 LORENZ K., 174  
 MARTY P., 66-68  
 MCDUGALL J., 74-75  
 MELTZER D., 84  
 Mémoire  
 — du thérapeute, 94, 97, 98, 106-107, 108, 137  
 Micro-rupture, 91, 99, 103, 104  
 MORRIS J.-N., 41  
 Névrose actuelle, 47, 48, 51, 63, 66  
 NINIO J., 40  
 Nosographie médicale  
 — et paradigme systémique, 33-34  
 — et anatomie, 28, 32, 39  
 Passivité/actif, 151-152, 159-160, 172, 176, 178  
 Peau et immunité, 25  
 Psychosomatique psychanalytique, 170, 174-175  
 — et hystérie, 48, 55-56, 59-60, 63-65, 69, 72, 75  
 — et réalisme, 48, 52-55, 57, 58, 60, 74, 175  
 — et affect, 46-47, 175-176  
 — et sase, 46-47, 55, 66-67, 69, 75-77, 175  
 — et séparation affect/représentation, 47-48, 50, 56, 58, 67, 75  
 — et théorie du saut qualitatif, 52, 54, 68  
 — et préconscient, 54, 66, 106, 141, 167  
 — et modèle hydrodynamique, 58  
 Psycho-névrose de défense, 46, 47, 48, 55, 67  
 PRIGOGNE I., 33  
 Rapport soma/psyché, 58, 63, 68-69, 73, 76, 176  
 — chez Freud, 43, 47, 48-52, 57, 59  
 Refoulement de l'imaginaire, 95-96, 104-105, 113, 124, 132  
 Regard, 138, 151, 152  
 REICH W., 63-64  
 Répétition, 94-95, 98  
 Représentation, 77, 118, 129, 140, 166  
 — du temps, 77, 82, 84, 99, 111, 113, 118  
 — de l'espace, 77, 82, 84, 99, 118, 167-168  
 — du corps, 117 (voir corps propre)  
 — de l'émotion, 178  
 — de mot, 44-45  
 RICCEUR P., 98, 112  
 Rythme, 125-132, 150, 171-172, 176-179  
 — ultradien/circadien, 127, 130  
 — propre, 127, 129, 131, 172, 178  
 — pluriel, 131  
 — nyctéméral, 160-161, 172, 176  
 SELLE H., 27  
 Sens primaire / sens secondaire, 59  
 SOMMEL, 130-131, 141-142, 172, 176, 178-179  
 SPITZ R., 130, 143, 144-145, 156, 164  
 Stress et histoire, 27-31, 175  
 Sujet allergique, 18, 19, 21  
 Sujet corporel, 70, 105, 114, 118, 122, 130, 146-149, 154, 161  
 — et relation médicale, 38, 104, 113, 181-182  
 Stimulation, 135-136, 150-151  
 Temps  
 — et causalité, 34, 113  
 — (voir représentation)  
 Théorie des quatre corps  
 — et pratique médicale, 38-42  
 Topobiologie, 40  
 Troubles instrumentaux, 8-9  
 VAN ECH L., 83  
 VINCENT J.-D., 173  
 Visage, 105, 143-144, 145-146  
 WATILLOU-NAVEAU A., 121,

- Passivité/actif, 151-152, 159-160, 172, 176, 178  
 Peau et immunité, 25  
 Psychosomatique psychanalytique, 170, 174-175  
 — et hystérie, 48, 55-56, 59-60, 63-65, 69, 72, 75  
 — et réalisme, 48, 52-55, 57, 58, 60, 74, 175  
 — et affect, 46-47, 175-176  
 — et sase, 46-47, 55, 66-67, 69, 75-77, 175  
 — et séparation affect/représentation, 47-48, 50, 56, 58, 67, 75  
 — et théorie du saut qualitatif, 52, 54, 68  
 — et préconscient, 54, 66, 106, 141, 167  
 — et modèle hydrodynamique, 58  
 Psycho-névrose de défense, 46, 47, 48, 55, 67  
 PRIGOGNE I., 33  
 Rapport soma/psyché, 58, 63, 68-69, 73, 76, 176  
 — chez Freud, 43, 47, 48-52, 57, 59  
 Refoulement de l'imaginaire, 95-96, 104-105, 113, 124, 132  
 Regard, 138, 151, 152  
 REICH W., 63-64  
 Répétition, 94-95, 98  
 Représentation, 77, 118, 129, 140, 166  
 — du temps, 77, 82, 84, 99, 111, 113, 118  
 — de l'espace, 77, 82, 84, 99, 118, 167-168  
 — du corps, 117 (voir corps propre)  
 — de l'émotion, 178  
 — de mot, 44-45  
 RICCEUR P., 98, 112  
 Rythme, 125-132, 150, 171-172, 176-179  
 — ultradien/circadien, 127, 130  
 — propre, 127, 129, 131, 172, 178  
 — pluriel, 131  
 — nyctéméral, 160-161, 172, 176  
 SELLE H., 27  
 Sens primaire / sens secondaire, 59  
 SOMMEL, 130-131, 141-142, 172, 176, 178-179  
 SPITZ R., 130, 143, 144-145, 156, 164  
 Stress et histoire, 27-31, 175  
 Sujet allergique, 18, 19, 21  
 Sujet corporel, 70, 105, 114, 118, 122, 130, 146-149, 154, 161  
 — et relation médicale, 38, 104, 113, 181-182  
 Stimulation, 135-136, 150-151  
 Temps  
 — et causalité, 34, 113  
 — (voir représentation)  
 Théorie des quatre corps  
 — et pratique médicale, 38-42  
 Topobiologie, 40  
 Troubles instrumentaux, 8-9  
 VAN ECH L., 83  
 VINCENT J.-D., 173  
 Visage, 105, 143-144, 145-146  
 WATILLOU-NAVEAU A., 121,