

## *Rêve & psychosomatique*

Plus qu'un phénomène psychique en soi, le rêve a partie liée avec le corps enraciné dans le temps et l'espace. Si le rêve constitue ainsi le noyau de l'être humain, son existence n'en dépend pas moins de la place qu'il occupe effectivement dans le fonctionnement psychique.

Place qui parfois peut rester singulièrement vide, occultée par un refoulement qui perdure. C'est cette position paradoxale de l'activité onirique qui se trouve explorée dans cet ouvrage où l'accent est particulièrement mis sur la diversité des fonctions que le rêve accomplit en même temps que sur son rôle dans la maladie et le processus de guérison.

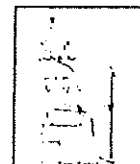
Samir - Ali

*Rêve & psychosomatique*

CENTRE INTERNATIONAL DE PSYCHOSOMATIQUE

# *Rêve & psychosomatique*

Samir - Ali,  
S. Cady, G. Froli,  
J.M. Gauthier,  
J. Gorol,  
A. Mendes Pedro,  
M. Robert.



psychotique prudemment tenu à distance et vivant en rêve son symptôme et sa psychose. Cela devient comme un potentiel nouveau.

Jean-Marie Gauthier

## REVE, RYTHME ET SOMATISATION CHEZ LE PETIT ENFANT

### Introduction.

Lors du colloque précédent, tenu en 1989, j'avais fait part d'une constatation clinique qui semblait s'imposer à notre groupe de recherche au terme de six années de travail : *plus que la pathologie névrotique, la pathologie somatique semble être le lieu de manifestation d'une forme d'inexorable répétition.* Le suivi d'enfants atteints de somatisations importantes nous avait conduit à penser qu'ils sont souvent issus de familles où semblent se succéder non seulement des épisodes d'affections somatiques, mais aussi toute une série d'échecs sociaux, professionnels, de pertes diverses et répétées. C'est la réunion de cette succession d'accidents les plus divers qui donne une coloration de *destin funeste* au devenir des enfants naissant dans ces milieux familiaux. Plus que pour d'autres, il paraît difficile à ces enfants de se détacher d'un héritage particulièrement lourd.

D'une part, notre rencontre avec une plus grande quantité de pathologie adulte nous a permis de nous conforter dans cette hypothèse, sans qu'il soit encore possible, cependant, d'en apporter la preuve irréfutable. Cette idée a conduit nos recherches dans un sens très précis, qui nous avait d'ailleurs été fortement suggéré et par l'expérience clinique et par des critiques adressées à

cette hypothèse : *comment un nourrisson peut-il être soumis au risque de somatisation dès le plus jeune âge ?* Rappelons simplement l'exemple quasi caricatural de Noël. Il est le cinquième enfant d'une famille qui comprend déjà quatre filles. Chacune d'elles a souffert d'eczéma dont, à chaque fois, elles furent guéries par la naissance d'un plus jeune. Voilà quelque quatre ans que Noël a repris à son compte cette pathologie, dont le caractère familial et héréditaire est une sorte de tare à laquelle il semble devoir se soumettre inexorablement car il est, en tout état de cause, le dernier enfant de la famille. Comment cet héritage a-t-il pu s'inscrire dans son corps dès l'âge de deux mois ?

#### Remarques méthodologiques.

Pour aborder ces questions, il m'a paru utile d'utiliser la méthodologie de *l'observation directe*, mise au point il y a quelques années par Mme E. Bick (1).

Une question qui se pose régulièrement quand on parle de l'observation directe, est de savoir pourquoi elle s'est appelée "directe". A cela, on peut répondre que c'est essentiellement parce que la personne qui effectue ce type d'observation doit se présenter face à son objet d'observation, en ayant le moins de préjugés et le moins de préconceptions possible. *Il n'existe donc pas de grille de lecture*, de grille pré-établie à l'observation directe. La tâche de l'observateur est d'être, le plus qu'il peut, attentif à tout ce qui va se passer sous ses yeux, à la fois comme faits objectifs et comme communications infraverbaux.

(1) E. Bick : "Notes on infant observation in psycho-analytic training", in : *Int. Journal of Psycho-anal.*, 1974, pp. 558-566.

L'observateur doit ainsi fonctionner comme une sorte de caisse de résonance à toute une série de vécus et de communications qu'il perçoit, qu'il ressent de manière perceptive ou de manière intuitive (1).

Cette observation se déroule en trois phases. La première est celle de l'observation (dans la méthodologie de base, prévue pour l'observation du nourrisson, sa durée est d'une heure). La deuxième phase est constituée par la prise de notes individuelles, et la troisième est celle de la discussion en groupe. Il s'agit donc d'une méthodologie assez précise, qui s'est développée à partir de l'observation du nourrisson vers l'observation de situations psychopathologiques complexes. Elle est, dans ce cadre, utilisée pour fournir *des éléments complémentaires à l'approche psychothérapeutique dans toutes les situations où le patient communique de façon préférentielle à un niveau*

(1) Il ne s'agit pas pour moi de faire une présentation exhaustive et argumentée de l'observation directe, mais de permettre au lecteur de situer le cadre et le contexte dans lequel nos observations d'enfants qui souffraient d'eczéma se sont effectuées. Je laisse à d'autres le soin de faire cette présentation et cette défense de l'observation directe, d'autres qui l'ont fait avant et bien mieux que moi. A toute personne intéressée par ce sujet, je conseille de se référer à plusieurs articles :

– S. Passone : "Observation directe et situations psychopathologiques complexes", in : *Evolutions psychomotrices*, n° 6, juin 1990, pp. 17-22.

– R. Sandri : "Ouvertures de la méthode d'observation directe mère-bébé à la compréhension de l'enfant autistique et psychotique", in : *Evolutions psychomotrices*, n° 6, juin 1990, pp. 23-28.

– F. Scotti : "Osservazione", in : *Quaderni di psicoterapia infantile*, n° 11, Ed. Borla, 1984.

– M. Harris : "L'apport de l'observation de la relation mère-enfant", in : *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 19, pp. 99-112.

Ces articles constituent à mon sens non seulement une excellente introduction à la méthodologie de l'observation directe, mais ils constituent aussi des articles qui argumentent sur l'intérêt et les possibilités nouvelles qu'offre cette méthodologie d'observation.

*non-verbal*. C'est pourquoi cette méthodologie, outre le fait que je la pratique depuis de nombreuses années, m'a paru toute indiquée pour aborder ces questions relatives à la somatisation dès le plus jeune âge.

Cette méthodologie a en outre le mérite de pouvoir remettre en question l'enfant imaginaire de la psychanalyse. L'infantile est omniprésent au coeur de cette théorie, qui y situe l'origine de toute possibilité d'affection mentale. Ce présupposé de base, qui est indispensable à toute possibilité de signification individuelle de la pathologie, s'associe à une théorie pulsionnelle dominée par la libido et les facteurs économiques qui expliquent le devenir de celle-ci. Ceci conduit la psychanalyse à considérer le développement de l'enfant et le devenir de l'infantile dans la cure sous l'angle exclusif du développement libidinal. Pour reprendre les termes de Sami-Ali, cela produit une conception du développement de l'enfant qui ne peut prendre en compte que le corps libidinal, c'est-à-dire un corps imaginaire puisque investi d'une valeur relationnelle. Il est bien sûr supposé que ce corps libidinal ne peut prendre naissance que par étayage sur le corps réel. Reste alors à savoir ce que devient ce corps réel s'il n'est pas investi de libido, ou encore comment il permet cet étayage. Parler de trouble du narcissisme lorsque cet étayage ne s'est pas produit risque de laisser la psychanalyse aux limites de son pouvoir d'interprétation : en dehors de la libido et de son devenir, elle ne peut interpréter, sinon à constater une lacune qui risque d'être autant celle de ses propres préjugés théoriques que celle du patient. Le modèle du narcissisme et de sa carence se révèle insuffisant dans le cadre de la pathologie somatique.

Il faut, encore, considérer qu'il convient, a priori, de considérer les somatisations comme des affections répondant à une causalité et à un *déterminisme complexe*. Outre les facteurs psychiques, il faut garder une place aux facteurs génétiques et d'environnement au sens large du terme. Dans cette optique, et dans l'état actuel de nos connaissances, la recherche en psychosomatique non seulement doit être une recherche qui vise à déterminer la place des facteurs psychologiques dans le développement d'une pathologie, mais elle doit aussi fournir un effort tout particulier de méthodologie pour définir les fonctions corporelles et mentales qui sont impliquées dans les somatisations. Ces affections sont alors considérées comme le résultat conjugué et multiple de l'action de plusieurs agents dont la variation, en importance variable suivant les cas, peut être représentée comme autant de vecteurs à l'origine d'un champ possible de somatisation. L'observation directe, ici encore, fournit un outil très utile et complémentaire à la recherche clinique pure, pour lui permettre d'étudier ces affections dans la globalité de leurs manifestations et de leurs réalités. Dans cette perspective de *respect de la complexité*, j'ai donc tenté d'associer une *autre démarche* de recherche à la méthodologie classique de l'étude clinique, ce qui m'a conduit, comme on le verra, à tenter d'aborder la question de l'approche psychosomatique par une recherche statistique.

Les cas qui seront présentés ici ont tous trait à l'eczéma et ont été vus dans le cadre d'une observation directe. Le choix de l'eczéma s'est imposé à partir de ma pratique : il s'agit d'une pathologie fréquente et rarement objet d'études. Ce choix vise aussi à tenter de réduire au maximum, au sein de ce champ très large de la pathologie somatique, les variables potentielles. Cela ne signifie pas

que mon étude soit terminée et que ce que je vais décrire soit spécifique de l'eczéma, ou que cela parvienne à décrire toutes les variations possibles de cette affection. Des recherches ultérieures devront le déterminer.

### La dermatite atopique.

La dermatite atopique est une affection chronique de la peau qui se manifeste par une association en quantité variable de prurit, d'érythème cutané et de la formation de vésicules cutanées. L'épiderme peut aussi soit s'épaissir (se lichénifier), soit devenir moins épais, ce qui donne un aspect lisse et fragile à la peau. Ces lésions cutanées peuvent encore être sèches ou humides soit par sécrétion, soit par surinfection. Le tableau clinique de cette affection, autrefois appelée eczéma, est ainsi très variable, de même que sa pathogénie. On l'a appelée dermatite atopique dans les années 70 pour la regrouper au sein d'un ensemble symptomatologique dominé par les manifestations allergiques, dont on pensait que celle-ci constituait la pathogénie commune.

L'espoir de pouvoir donner une explication simple de ces phénomènes par l'allergie est aujourd'hui déçu. La dermatite atopique, à l'instar des autres affections regroupées sous le terme d'atopie telles que l'asthme, est une pathologie dont la pathogénie est complexe, car elle associe de façon variable et des phénomènes d'hypersensibilité immédiate (allergie) et des phénomènes d'hypersensibilité retardée (cellulaire). De plus, on ne sait pas si ces manifestations sont associées, ou si elles sont la conséquence des diverses formes de réactivité anormale de la peau et des bronches qu'on a pu mettre en évidence.

Dans 60% des cas cette affection débute avant un an. Dans 30% des cas avant l'âge de cinq ans, et pour 10% des patients l'affection débute plus tard. Dans 50% des cas cette affection se complique ou se transforme en asthme ou en rhinite allergique, autour de l'âge de deux ans le plus souvent. Cette affection s'associe dans 60% des cas à des antécédents familiaux d'allergie. Elle atteint 0,7% de la population.

### Joël et l'interdit de jouer.

Fidèle à ce qui devient une habitude, Joël m'a invité à m'asseoir par terre pour jouer avec lui. De sa caisse à jouets, qui déborde, il vient d'extraire un tuyau de plastique. Il le porte à sa bouche et fait mine de le transformer en flûte grâce à quelques bruits de bouche et des mouvements de doigts associés. Je suis très étonné et très content à la fois : c'est *la première fois que Joël se montre aussi créatif dans un jeu*. Il me tend son jouet et je m'empresse de l'imiter, tout en variant les vocalises. Nous prenons beaucoup de plaisir à ce petit jeu dont le caractère relationnel est évident : nous rions à l'échange de notre flûte imaginaire et aux accents variés de nos vocalisations.

La mère de Joël, dont j'avais presque oublié la présence, se rappelle alors, massivement, à notre bon souvenir : elle apporte tout à coup à son fils une *trompette-jouet*, dont elle lui dit que s'il veut jouer à la trompette (je pense, déçu et un peu fâché, que c'était de flûte et non de trompette qu'il s'agissait), il peut utiliser ce jouet plastique. Elle *réduit ainsi le jeu à ne plus être que la reproduction fictive et infantile de l'activité de l'adulte, plutôt que le résultat d'une activité créative autonome*. Les objets ne sont investis que pour ce qu'ils représentent de l'extérieur,

c'est la recherche de la "bonne" fonction qui domine, plutôt que la recherche d'un investissement intérieur. Notre jeu s'arrête, je dirais évidemment, aussitôt.

Une fois, après cette séance, grâce à ce bout de plastique, j'aurai la certitude que *Joël me reconnaît* : lorsque j'arrive, il se précipite sur sa flûte imaginaire, mais sa mère interviendra aussitôt pour lui dire où se trouve son sifflet. Désillusionné, je pense, sur un mode dérisoire qu'elle confond tous les instruments.

L'intérêt de cette séance est qu'elle m'a permis de saisir bien des choses dans le comportement de Joël. Submergé par les jouets, tout me laissait penser jusque-là qu'il n'arrêtait pas de jouer, bien qu'à le voir courir en tous sens ou encore prendre des jouets, les manipuler et les rejeter aussitôt, pour se jeter tout aussi vite vers d'autres objets, me faisait penser à une sorte d'*hypomanie*. Cette impression d'une agitation permanente pouvait recevoir une sorte de confirmation dans le fait que Joël me semblait poussé, par sa mère, à une obligation permanente de *démonstration* : il devait toujours me montrer ce qu'il savait faire ou ce qu'il avait appris de nouveau depuis notre dernière rencontre. Mais il était bien difficile, pour moi, de distinguer, à ce propos, ce qui relevait de l'habitude de ce qui ne pouvait être que le résultat d'une tentative maladroite de maîtrise de l'excitation que pouvait susciter mon arrivée.

*Cet épisode de la "Flûte Magique" m'a permis de comprendre que derrière toute cette agitation et activité débordante, en fait, Joël ne jouait pas. S'il disposait d'un camion de pompiers, c'était surtout pour me montrer qu'il était capable de déclencher la sirène et le gyrophare qui se trouvait sur le toit du camion. Il s'extasiait, de la même façon, devant l'échelle qu'il manipulait avec une extrême*

dextérité, s'attendant que, comme sa mère, je l'admire à mon tour pour ses capacités motrices. Mais le jeu restait, ici, totalement dépendant du regard de l'adulte. Comme sa mère, Joël avait tendance à réduire le jeu à sa valeur fonctionnelle : si je lui lançais ce *camion de pompiers*, Joël semblait perdu et vaguement inquiet de mon attitude. Pas une seule fois depuis de début de nos rencontres, il n'avait été capable de me relancer un objet : que ce soit une balle ou une petite voiture, une fois que l'objet était arrivé à ses pieds, il était incapable de me le réadresser par la même voie, si bien qu'il prenait cet objet en main pour venir me le rapporter et que le jeu reprenne.

Cette sorte d'*irréversibilité de l'espace* matérialisait la dépendance de Joël vis-à-vis de l'adulte : l'espace comme le jeu sont organisés par l'environnement de Joël. Ce qui me fit associer un autre phénomène étrange auquel Joël m'avait soumis. Joël était capable de couper, alors qu'on ne s'y attendait pas, la relation avec les adultes. Tout se passait alors comme si Joël passait, sans transition, d'un état de surexcitation relationnelle à l'adulte à une rupture aussi brutale qu'incompréhensible. *Il s'enfermait* alors seul dans un endroit sombre, sans développer d'activité ludique. Sa mère m'avait confirmé que Joël pouvait disparaître durant de longues heures, soit dans une armoire soit derrière le congélateur. Elle me parlait évidemment d'un jeu de *cache-cache*. Mais, durant ces épisodes d'isolement volontaire, Joël restait seul et immobile, il n'appelait personne et paraissait décidé à vouloir rester seul. Là encore, ce n'était pas une activité de jeu que développait Joël. *Tout se passait, donc, comme si Joël était confronté à un double modèle de fonctionnement : soit être radicalement seul, soit être dans une dépendance*

*tellement absolue vis-à-vis de l'adulte que c'est ce dernier qui organise son activité ludique.*

Il est bien difficile de savoir ce qui se passe dans la tête de Joël lorsqu'il est seul. Meuble-t-il sa solitude de rêves personnels ? Ce qui est impressionnant, c'est sa capacité de produire cette rupture relationnelle qui est tout à fait radicale. Il est difficile de dire si Joël profite de cet espace d'absence de l'autre pour organiser une vie onirique, mais il paraît évident que Joël est confronté à deux modes relationnels opposés : soit une présence faite de dépendance absolue à l'adulte, soit un monde personnel radicalement séparé de l'adulte. Tout se passe comme si *ces modèles étaient contradictoires et incompatibles*, puisqu'il les sépare radicalement l'un de l'autre dans des lieux différents et dans des espaces de temporalité nettement séparés. Tout semblait se passer comme si Joël, qui présente de l'eczéma depuis le plus jeune âge, était occupé à tenter de résoudre mentalement ces contradictions. Mais le poids des désirs de l'entourage sera tel que Joël se soumettra peu à peu aux exigences de celui-ci, qui se constitue ainsi progressivement comme une sorte de *surmoi corporel*, pour reprendre les termes de Sami-Ali.

Sous la pression de sa mère, qui semble constamment préoccupée par une volonté de montrer à son entourage que son fils se développe parfaitement bien, Joël va de plus en plus se soumettre à cette surstimulation perpétuelle dont il est l'objet, ce qui va s'accompagner d'une réapparition de l'eczéma qui avait disparu entre douze et quinze mois. Cette soumission de Joël s'accompagne d'un *faible développement de son auto-érotisme*. Une seule fois, alors qu'il est sur les genoux de son père, je pourrai comparer l'attitude de Joël à celle d'un petit garçon de son âge : il gigote doucement sur les genoux de son

père et explore le visage de celui-ci en même temps que le sien, ses mains glissent de l'un à l'autre.

Sur le plan du *sommeil*, Joël présente parfois des réveils nocturnes qui ressemblent à des cauchemars, mais ce phénomène rare est sans doute moins significatif que les *difficultés de l'endormissement* : son agitation s'accroît peu avant l'heure du coucher. Il est, à ce moment, difficile à calmer, me dit la mère. Il s'endort ainsi le plus souvent de façon brutale, sans pouvoir se ménager cet espace de transition entre veille et sommeil, sans pouvoir créer un espace personnel de rêves. C'est du moins ce que j'imagine car il est, à nouveau, bien difficile, au terme de cette observation, de faire la part entre les insuffisances de développement de sa capacité à jouer pour expliquer ces manifestations de ce qui serait la conséquence à long terme (par intériorisation progressive) des interdits de jouer : *dans le premier modèle, carentiel*, Joël ne peut meubler sa solitude par une activité de rêverie, par insuffisance de ses capacités de rêverie. *Dans le deuxième, il s'est trouvé confronté très tôt à une contradiction entre son activité de rêve et les exigences de son milieu*. Il me reste en tête l'image d'un petit garçon dominé par une agitation d'allure hypomaniaque dont il se sépare difficilement en raison des pressions de son entourage dont il est l'objet, et auxquelles il se soumettra avec une docilité de plus en plus grande.

### Gérard ou l'insuffisance du modèle carenciel.

Toute autre est la situation de Gérard. Comme le constate Mme Watillon (1), l'observateur est souvent traité comme le bébé.

Depuis que je vois Gérard, j'ai dû, à chaque fois, rencontrer des personnes différentes. Pour des raisons financières, sa mère a été obligée de partir travailler à l'étranger. Son père, la suite de l'observation ne fera que me le confirmer, est *inconsistant*, ce qui semble être un avis que je partage implicitement avec l'ensemble de cette famille, grands-parents, oncles et tantes qui s'activent chacun à leur tour pour subvenir aux besoins de Gérard et tenter de réparer cette absence maternelle. L'ennui, c'est qu'ils ne sont pas tous du même avis, qu'ils sont tous aussi très occupés par des familles assez nombreuses et des obligations professionnelles. Tous ces éléments donnent à la prise en charge de Gérard un aspect franchement *chaotique* que je vis très difficilement.

Je ne suis, donc, pas du tout étonné de constater que *Gérard ne joue jamais*. Lorsque débute l'observation, il commence à marcher, une fois, il se redresse le long d'une petite table de salon où sont placés des tas de jouets qui lui appartiennent. Je m'attends à ce que Gérard s'en empare une fois que ses yeux sont arrivés à hauteur de ces objets. Mais au contraire rien ne se passe, son regard reste vide et j'ai tout à coup le sentiment très aigu que Gérard *s'ennuie terriblement dans ce monde sans intérêt*. Il est *frappant de constater que Gérard comme Joël suscitent en*

(1) A. Watillon-Naveau : "L'impact de l'observation de la relation mère-enfant sur les mères et leur nourrisson", in : *Revue belge de psychanalyse*, n° 6, pp. 81-92.

*moi des représentations d'une temporalité imaginaire profondément perturbée : l'agitation, l'instantanéité la plus immédiate chez l'un, l'ennui et la dépressivité face à un monde qui ne peut avoir de sens chez l'autre.*

Tout est en place, dans le cas de Gérard, pour que j'interprète sa "dépressivité" comme une conséquence de son environnement, que je perçois comme trop chaotique pour qu'il puisse investir le monde externe. Comment pourrait-il investir un entourage qui change tout le temps, non seulement comme espace réel mais aussi quant à ses exigences éducatives ? Je suis donc, dans ce mouvement, prêt à considérer que son désintérêt pour le jeu est la conséquence d'une carence de développement de ses capacités ludiques : comment aurait-il pu apprendre à jouer dans cet environnement sans cesse changeant, comment pourrait-il investir un objet alors qu'aucune permanence ne lui est garantie ?

*Il faut aussi ajouter que, si Joël était incapable de se reconnaître sur des photos, je n'ai gardé aucun souvenir des traits du visage de Gérard pendant plusieurs semaines.* Tout me conduisait à tenter de comparer Joël et Gérard, et à attribuer la dépressivité de ce dernier et son absence d'activité ludique à une carence consécutive aux insuffisances multiples de son éducation. Par ailleurs, je situais la pathologie de Joël du côté d'une confrontation impossible, en raison de son âge, à une contradiction entre ses désirs propres et ceux de son entourage. La dépressivité d'une part, l'hypomanie de l'autre, pouvaient apparaître comme la manifestation de mécanismes de défenses différenciés face à ces situations qui, chacune à leur manière, entravaient le bon développement d'une assise narcissique suffisante (pour reprendre les termes classiques de la psychanalyse). La suite de l'observation a



montré que ce modèle, même s'il n'est pas entièrement faux, ne suffit pas à rendre compte de la complexité de ces situations ni à rendre compte de la spécificité des somatisations présentes dès le plus jeune âge. *Parler uniquement des insuffisances du narcissisme risque de conduire à ne plus pouvoir différencier toutes les formes de la pathologie en pédopsychiatrie. Puisqu'il paraît inévitable que toute carence éducative conduise à une carence narcissique, préférer seulement ce constat conduit à enfermer la recherche en pédopsychiatrie dans une espèce de pensée tautologique.*

Quelle ne fut pas, à nouveau, ma surprise lorsque, une semaine après une rencontre habituelle, j'ai retrouvé Gérard totalement transformé. Des circonstances familiales faisaient que depuis quelques jours il vivait dans un seul et même environnement. Cela semblait lui donner des ailes : *il jouait beaucoup et échangeait bien du plaisir avec ses petits cousins à peine plus âgés que lui.* Comme s'il avait compris que tous nous nous intéressions à lui, il s'est même mis à danser sur un air de générique de télévision, pour le grand plaisir de nous tous et de lui-même en particulier. Gérard semblait très heureux d'être devenu la vedette, le centre de tous les regards.

*A l'examen de ces deux observations, il semble clair que les enfants qui présentent un eczéma atopique sont soumis à deux modes contradictoires de fonctionnement. La carence éventuelle du narcissisme, même si cette hypothèse ne peut être totalement rejetée, n'explique pas la complexité du tableau clinique de ces enfants. C'est à ce niveau que l'hypothèse développée par Sami-Ali, et qui établit que l'imaginaire c'est le phylogénétique, apparaît précieuse et révolutionnaire, de même que la notion d'impasse, car la somatisation pourrait être*

*la conséquence d'une contradiction, irréductible par le jeune enfant, entre ses capacités ludiques et les pouvoirs de son entourage, fonctionnant en surmoi corporel.*

Reste aussi à savoir comment on peut expliquer deux autres phénomènes, au sein même de cette perspective : tout d'abord, tout s'est passé comme si, au cours de ces deux observations, l'eczéma avait présenté des poussées au moment où la pression du surmoi corporel devenait plus forte. En deuxième lieu, il faut expliquer comment cette somatisation est survenue dès l'âge de deux mois chez chacun de ces enfants, ce qui correspond d'ailleurs aux critères les plus classiques de la nosographie médicale concernant l'atopie.

**Hypothèse concernant la nature de l'impasse spécifique du nourrisson.**

Arnaud a présenté sa première crise d'eczéma à l'âge d'un an. Jusque-là, tout s'était très bien passé entre lui et sa mère, plutôt même trop bien. Cette relation avait commencé à se dégrader en fonction du développement progressif de sa motricité. La mère semblait désirer qu'il reste un bébé passif. A un an, cette relation est devenue carrément conflictuelle, la mère d'Arnaud ne tolérant pas qu'il marche, se déplace et devienne indépendant d'elle. Elle a pris des mesures physiques qui visaient à limiter son champ possible de déplacement. Elle a inscrit ses fantasmes dans la réalité et développé une attitude de surmoi corporel, c'est-à-dire une attitude qui organise le vécu corporel de l'enfant.

*Cet exemple me permettra de faire un pas de plus dans la recherche des origines de la somatisation chez le bébé : étant donné la dépendance inévitable de celui-ci*

*par rapport aux soins maternels, c'est son corps réel qui est le reflet des enjeux imaginaires que sa naissance a provoqués chez ses parents. Situation fondamentalement asymétrique qui soumet le bébé plus vite que l'adulte au risque de somatisation, car c'est son corps réel qui risque d'être touché par l'imaginaire de ses parents. Ce qui me permet de faire cette hypothèse générale que la somatisation survient chez le bébé lorsque son développement biologique lui donne des capacités qui entrent en contradiction avec des désirs et fantasmes parentaux, ou encore la pathologie de l'adaptation de ceux-ci, qui vont faire porter une sorte d'interdit sur cette fonction.*

Ce qui revient à dire que la pathologie de l'adaptation est impossible chez le nourrisson. On peut de cette manière penser que les ruptures de contact que j'ai pu constater et chez Joël et chez Gérard sont comme les premières tentatives à maîtriser la contradiction par une organisation mentale qui s'ébauche, et dont le devenir sera lui aussi le résultat d'influences multiples : soit la pathologie de l'adaptation, soit le développement d'une pathologie mentale, ou d'une autre somatisation, soit encore la chronification de l'eczéma.

Ce modèle de la somatisation du nourrisson est un modèle essentiellement dynamique, seul capable de rendre compte de la diversité et de la variabilité symptomatique propre à cet âge. Ce qui le différencie d'un modèle carenciel centré exclusivement sur les troubles du développement de la libido. Si je retiens en effet une chose sûre de mes années de pratique de l'observation directe, c'est qu'il est quasi impossible de définir à un moment quelconque de la première année de l'enfant ce qu'il sera six mois plus tard. Le développement du bébé est une chose très complexe, où interviennent une multiplicité de

facteurs qui peuvent chacun influencer le développement dans un sens ou dans l'autre. Reste alors à définir les fonctions psychiques et corporelles sur lesquelles va se porter notre attention pour expliquer la somatisation précoce : le rythme semble occuper une place essentielle en ce qui concerne l'eczéma.

### Rythme et somatisation.

Contrairement donc à ce qui se passe chez l'adulte, où le développement d'une impasse est la conséquence d'un refoulement de la fonction de l'imaginaire, la somatisation chez le bébé est le résultat d'une opposition entre son vécu corporel propre et les injonctions de son entourage auquel il ne peut échapper. La pathologie se développe quand les interdits portent sur le développement ou la manifestation de fonctions corporelles. *Il y aurait dès lors une continuité possible entre la somatisation précoce et l'interdit de jouer qui se pose à l'âge d'un an, si on pose que l'imaginaire est notre héritage phylogénétique : où et comment se manifeste cet imaginaire avant l'âge d'un an ?*

C'est cette perspective théorique qui m'a conduit à m'intéresser aux problèmes du rythme chez le nourrisson. Il faut dire que mon attention avait d'abord été portée sur cette question par l'observation de Maud. A trois mois, elle a commencé à présenter des bronchites asthmatiformes. Alors que tout semblait devoir se dérouler au mieux pour elle, depuis l'âge de deux mois on avait assisté à une aggravation progressive de l'angoisse de sa mère en raison, semblait-il, du risque de séparation que représentait cette date fatidique de trois mois : sa mère devait reprendre ses activités professionnelles. Toutes

choses qui, sur un plan comportemental, avaient conduit cette femme à perturber entièrement le rythme d'allaitement de sa fille, qui était devenu carrément chaotique.

La modification de la temporalité imaginaire que j'ai ressentie chez Joël et Gérard, dans le sens d'une hypomanie ou d'une dépressivité, m'a poussé à interroger cette variable dans un questionnaire destiné à une étude statistique de l'atopie précoce. Quelles sont les constantes qui semblent se dégager actuellement de cette recherche ?

La caractéristique psycho-affective la plus constante est l'absence de manifestation de l'angoisse de l'étranger. Signalée dans 85% du groupe contrôle d'enfants normaux, elle n'est jamais signalée dans le groupe des enfants eczémateux. Cette étude statistique m'a amené à réviser ce que j'avais pensé, après les observations de Gérard et Joël à propos de la dépression ou de la manie : je pense qu'il vaut mieux parler du couple activité-passivité, car j'ai été plusieurs fois confronté à des enfants qui à première vue sont très attentifs, mais en même temps très passifs : ils restent immobiles, ne jouent pas et ne s'intéressent pas aux objets qu'on leur propose. Avant un an, dans 90% des cas, on note une perturbation importante du couple passivité-activité ; après un an, dans 75% des cas, on note de l'hyperactivité.

De plus, 90% des enfants souffrant d'eczéma ont des troubles du sommeil difficiles à qualifier car plusieurs de ces troubles peuvent être retrouvés soit en même temps soit à des périodes différentes chez le même enfant. Il faut aussi souligner que, souvent, ces troubles du sommeil sont attribués au prurit mais que, à l'enquête, on constate qu'ils existent aussi en dehors des périodes de poussées d'eczéma. Il s'agit soit de difficulté à trouver un rythme

veille-sommeil, soit d'insomnies, soit de réveils nocturnes angoissés. En ce qui concerne ces troubles du sommeil, les pourcentages cumulés de ces différents troubles dépassent et de loin les 100%, dans le groupe contrôle ces symptômes ne sont signalés que dans 10% des cas. De plus, pour près de 60% environ de ces enfants le passage du rythme ultradien au rythme circadien se serait produit très (trop ?) rapidement, soit dès avant la fin du premier mois. Pour certains, ce passage se serait effectué dès les premiers jours de leur vie. Pour les 30 à 40% restants, ce passage au rythme circadien ne peut être repéré avec précision car, au dire des parents, leur sommeil a toujours été irrégulier et agité.

Il n'existe pas de corrélation – qui voudrait par exemple que ce soient les enfants les plus passifs qui aient adopté le plus vite le rythme nyctéméral – entre ces différents axes de description de la dermatite atopique, mais la grande fréquence avec laquelle on les retrouve suffit à les valider comme analyseurs de cette forme de pathologie. Leur association en quantités variables donne sens à la variété symptomatologique très grande que l'on retrouve dans cette maladie : derrière l'angoisse de l'étranger et le couple activité-passivité, c'est la capacité pour l'enfant d'habiter un corps propre qui se profile, de même que le développement de son identité. Avec les troubles du sommeil, c'est toute la fonction de rêve qui est déstructurée. Or, le rêve, à cet âge, est essentiellement un rythme complexe.

On sait que, si l'eczéma se déclare entre deux et trois mois, cette période est aussi celle 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 selon 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, ce qu'il ne parvient pas encore à compenser par une synthèse propre qui commence à peine. C'est donc l'âge, aussi, de la constitution de sa personnalité immunologique.

Mais puisqu'il a été question de jeu et de la fonction onirique du psychisme, il importe avant tout de signaler les modifications qui ont lieu dans 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 (d). Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, l'entrée dans le sommeil chez le bébé se fait par une phase agitée (a le plus souvent, parfois d). Ces phases successives de sommeil et d'éveil sont organisées suivant un rythme global de quatre heures : rythme dit ultradien qui correspond au rythme des repas, mais qui se maintient en dehors des nécessités dues au nourrissage. A 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, la proportion de sommeil calme et de veille nocturnes 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 d'un an. De plus, la quantité de sommeil paradoxal, dont on connaît toute l'importance pour les processus 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.

Il peut être considéré comme l'âge où une première émotion se structure. Or, comme l'avait suggéré Darwin et comme semblent le confirmer des études actuelles, la manifestation des émotions à travers la mimique est universelle et ne dépend pas de la variabilité culturelle. Mais, en même temps, même si on repère des sortes d'affects différenciés chez le nourrisson, 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'une double interface : entre l'inné et l'acquis, l'inévitable génétique et les possibilités d'apprentissage d'une part et, de l'autre, 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 chacune de ces éventualités 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 le lieu de manifestation non pas d'un ou quelques rythmes corporels, mais le siège d'une grande quantité de rythmes variés, qui exercent les uns sur les autres des influences variées qui donnent à leur déroulement temporel un aspect de chaos déterministe (ou de fractal), pour reprendre une terminologie actuelle.

Or, pour qui a pratiqué depuis longtemps l'observation directe, l'adéquation d'une mère au rythme 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 au rythme social, dans

un mouvement à peine esquissé tant il paraît à la fois naturel et imposé à l'enfant. Il n'est donc pas étonnant de constater que c'est par ce canal que, soit les angoisses des parents, soit leurs fantasmes, ont tendance à faire irruption dans le vécu intime de l'enfant, ce qui pourrait les conduire à avoir soit un rythme propre chaotique, soit un rythme trop vite adapté à celui de l'adulte.

Jacques Gorot

## REVE ET DIAGNOSTIC

Le rêve, selon Freud, a pour fonction essentielle d'être le gardien du sommeil. Dans le processus du sommeil, l'état psychique de l'être humain se caractérise par deux phénomènes régressifs temporels qui concernent l'un le développement du moi, l'autre le développement de la libido.

Dans l'état de sommeil, le moi régresse jusqu'au stade de satisfaction hallucinatoire du désir, la libido jusqu'au rétablissement du narcissisme primaire. Ainsi, la personne qui joue le rôle principal dans les scènes oniriques s'avère toujours être la personne propre, et si le motif du rêve relève uniquement du processus inconscient de l'accomplissement du désir, son matériel provient des traces mnésiques en raison de l'importance accordée au récent et à l'infantile.

C'est dans ces limites que les stimuli somatiques internés, s'ils sont assez intenses pour forcer l'attention du dormeur, sont un point d'appui pour la formation du rêve, une sorte de noyau de son matériel, et rend alors possible la reconnaissance précoce des modifications corporelles qui, pendant la veille, seraient encore quelque temps passées inaperçues.

Un rêve indique qu'il s'est produit quelque chose qui voulait perturber le sommeil, et il permet de saisir la façon dont le sujet a pu se défendre contre cette perturbation. Finalement, le dormeur a rêvé et il peut