

**T H É R A P I E**  
**PSYCHOMOTRICE**  
E T R E C H E R C H E S

*n° 102*

*1995*



*Le temps  
entre  
individu  
et sujet*

**Penser le temps**

**Entretien avec Daniel MARCELLI**

**Troubles du rythme et risques somatiques  
chez le petit enfant,**

**La temporalité : formes en ad-venir**

**La thérapie familiale psychanalytique :  
réétagage, mise en représentation  
et temporalité**

**Composer le présent**

**La philosophie et le temps**

**Perspectives et Regards sur une profession**

Par le Docteur  
J.M. GAUTHIER\*

# Troubles du rythme et risques somatiques chez le petit enfant

On pourrait dire que l'objectif général de ma thèse soutenue à Paris 7 en 1992 (dont le livre paru chez Dunod sous le titre "l'enfant malade de sa peau" est une présentation), était de tenter de déterminer, si on admet que la dermatite atopique est une affection psychosomatique, comment elle atteint des enfants dès l'âge de 3 mois. Par quel mécanisme, chemin cela se produit-il ? De quelle nature et quels sont les signaux envoyés à l'enfant pour le mettre dans une situation psychique inconfortable ?

Noël est le cinquième et dernier enfant d'une famille dont chaque enfant a été atteint de dermatite atopique jusqu'à la naissance d'un plus jeune qui le libérait de son affection au bout de quelques mois. En raison de l'âge de la mère, Noël, lui, ne peut plus espérer se débarrasser de cet étrange héritage sur un plus jeune ; il nous a été adressé non pour cet eczéma mais en raison de difficultés de nature orthophoniques.

Ce cas pourrait être considéré comme le cas paradigmatique qui a stimulé ma recherche.

Toutes les questions se trouvent posées par cet enfant ; la dermatite atopique l'atteint dès l'âge de 3 mois et s'il est difficile de nier l'existence d'une prédisposition génétique en raison de l'importance de la pathologie allergique dans sa fratrie, il semble évident qu'il faille envisager la présence de quelques facteurs psychiques pour expliquer le développement de sa pathologie dermatologique : il semble bien, en effet, que ce soit la modification de l'investissement psychique d'un enfant à la suite de la naissance d'un frère ou d'une soeur qui lui permet d'échapper à son destin morbide ; son matériel génétique, lui, n'a pas changé et ne peut expliquer dès lors et à lui seul, les modifications importantes de la symptomatologie dans le décours de la vie des individus atteints.

J'ai choisi de travailler sur l'eczéma en raison de sa grande fréquence et de l'énigme que cette affection peut représenter : bien des enfants qui nous sont adressés pour troubles instrumentaux manifestent à un moment ou à un autre, des

\* Psychiatre, Psychanalyste  
Membre du Centre International de Psychosomatique (CIPS)

signes de dermatite atopique ; cette affection restait clivée d'un fonctionnement de ces enfants nous en parle pas ; je pense que parallèle, notre ignorance de psychiques réels de cette affection souvent à ne pas nous y intéresser.

## QUESTIONS D'EPISTEMOLOGIE

J'ai bien dit si on admet que la dermatite atopique est une affection psychosomatique. Or, deux paradoxes étranges me viennent à l'esprit que j'ai commencé à relever concernant cette affection : la psychosomatique traditionnelle ignore superbement l'existence de la psychosomatique tandis que tout le monde du côté des "psy" la considère comme une affection, "naturellement" psychosomatique. Ce fait immanquablement partie de nos affections "officiellement" psychosomatiques bien que la littérature à son sujet soit pauvre. Parfaitement conscient du fait que la psychosomatique scientifique réside autant dans les présupposés de base, la mise en question de nos idéologies sous-jacentes que dans la discussion du protocole expérimental, j'ai fait un dépouillement de leurs résultats qui m'a semblé indispensable dans le but de situer comment ma thèse pourrait être psychosomatique. En effet, que dans l'état actuel de nos connaissances, cette "psychosomatique" doit avant tout être une méthodologie qui vise à définir des protocoles opérationnels précis pour éviter, dans trop souvent le cas, que les conclusions ne constituent une confirmation de base qu'on applique indifféremment à toutes sortes de manifestations pathologiques.

J'ai montré dans une première partie de l'étude de la dermatite atopique que d'emblée au coeur de difficultés

# du rythme somatiques de l'enfant

questions se trouvent posées par cet  
dermatite atopique l'atteint dès l'âge  
et s'il est difficile de nier l'existence  
disposition génétique en raison de  
de la pathologie allergique dans sa  
semble évident qu'il faille envisager la  
quelques facteurs psychiques pour  
développement de sa pathologie  
que : il semble bien, en effet, que ce  
modification de l'investissement  
d'un enfant à la suite de la naissance  
ou d'une soeur qui lui permet  
à son destin morbide ; son matériel  
lui, n'a pas changé et ne peut  
s lors et à lui seul, les modifications  
s de la symptomatologie dans le  
la vie des individus atteints.

de travailler sur l'eczéma en raison  
de fréquence et de l'énigme que cette  
pour représenter : bien des enfants qui  
dressés pour troubles instrumentaux  
à un moment ou à un autre, des

psychanalyste  
Centre International de Psychosomatique (CIPS)

signes de dermatite atopique mais, comme si  
cette affection restait clivée de l'ensemble du  
fonctionnement de ces enfants, les parents ne  
nous en parle pas ; je pense en outre que, en  
parallèle, notre ignorance de déterminants  
psychiques réels de cette affection nous conduit  
souvent à ne pas nous y intéresser de trop  
près.

## QUESTIONS D'EPISTEMOLOGIES.

J'ai bien dit si on admet que la dermatite  
atopique est une affection psychosomatique.  
Or, deux paradoxes étranges m'ont frappé dès  
que j'ai commencé à relever la littérature  
concernant cette affection : la médecine  
traditionnelle ignore superbement l'hypothèse  
psychosomatique tandis que tout le monde du  
côté des "psy" la considère comme une  
affection, "naturellement" psychosomatique (elle  
fait inmanquablement partie de la liste des  
affections "officiellement" psychosomatiques)  
bien que la littérature à son sujet reste très rare.  
Parfaitement conscient du fait que l'activité  
scientifique réside autant dans l'interrogation  
des présupposés de base, la mise en question  
de nos idéologies sous-jacentes et dans la  
discussion du protocole expérimental dans le  
dépouillement de leurs résultats éventuels, il  
m'a semblé indispensable dans un premier  
temps de situer comment ma recherche  
pourrait être psychosomatique : je pense en  
effet, que dans l'état actuel de nos  
connaissances, cette démarche  
"psychosomatique" doit avant tout être une  
méthodologie qui vise à définir des concepts  
opérationnels précis pour éviter, comme c'est  
trop souvent le cas, que les conclusions ne  
constituent une confirmation de théories de  
base qu'on applique indifféremment à toutes  
sortes de manifestations pathologiques.

J'ai montré dans une première partie combien  
l'étude de la dermatite atopique nous place  
d'emblée au coeur de difficultés épisté-

mologiques : du côté de la médecine tout  
d'abord. La clinique de cette affection est  
extrêmement complexe, non seulement en ce  
qui concerne les nombreuses variations de ses  
manifestations mais aussi et surtout en ce qui  
concerne son décours historique et son  
association à d'autres affections. Or, à un  
moment où la pensée systémique qui est  
souvent présentée comme le paradigme auquel  
la pensée médicale s'affilie, nous assure que on  
ne peut penser la partie sans penser le tout,  
cette même pensée médicale reste étrangement  
fixée à une division de ses spécialités par  
organe. Sa nosographie reste anatomique, son  
déterminisme linéaire, son paradigme  
anatomopathologique.

C'est de cette manière qu'il faut envisager les  
difficultés consécutives au passage du terme  
d'eczéma à celui de dermatite atopique. Le  
terme d'atopie est apparu dans les années  
soixantes quand on a mis au point la notion  
d'allergie : on a regroupé sous ce vocable un  
ensemble de manifestations cliniques telles que  
l'eczéma, l'asthme, l'urticaire, l'oedème de  
Quinck, dont on pensait qu'elles étaient toutes  
le résultat d'un mécanisme allergique. Sans trop  
bien y réfléchir, on est passé d'une  
classification phénoménologique et anatomique  
à une nosographie pathogénique. La dermatite  
atopique est associée à d'autres affections qui  
n'ont rien de cutané mais dont on suppose  
qu'elles sont le résultat d'une chaîne de  
réactions cliniques. L'eczéma cesse ainsi d'être  
une affection de la peau pour devenir le signe  
d'un désordre immunologique. 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  
celle du passage de ces manifestations d'un  
organe à un autre. De plus, la distinction entre  
étiologie et pathogénie reste mal éclairée, car,  
encore actuellement, on se demande si l'allergie

est la cause réelle de ce trouble cutané ou si l'allergie est la conséquence d'une réactivité particulière de la peau. Mais la situation se complique encore si on ajoute à cet ensemble de questions celle qui concerne l'importance réelle de l'allergie dans les manifestations de la dermatite atopique : on sait, depuis l'invention du concept d'atopie, que le taux sanguin d'IgE ne constitue pas un indice valable de la gravité symptomatique ou de l'évolution de l'affection ; de plus, on sait encore que les personnes qui sont génétiquement incapables de synthétiser ce type d'immunoglobulines sont parfaitement capables de présenter tous les symptômes de la dermatite atopique. Tout se passe, donc, comme si on n'arrivait pas à faire coïncider dans une même conception la pathogénie biochimique et la nosographie anatomique ; ne faut-il pas y voir la nécessité pour la médecine de revoir son épistémologie le plus souvent fort peu précisée et vague, en fonction de l'évolution de ses connaissances et de ses moyens d'investigations ?

Cette évolution scientifique des connaissances sur le corps confronte le savoir médical à une multiplication sans cesse grandissante de médiateurs les plus divers et à leurs relations de plus en plus complexe qui devrait aboutir à terme, au dépassement de la vérité anatomiques ; car dans cette logique où voir équivaut à identifier, le vrai est avant tout anatomique figé, statique et visuel, alors que pour penser les mécanismes dynamiques complexes des régulations biochimiques, il est vraisemblable qu'on devra faire appel à des modèles plus abstraits et mathématiques de la pathogénie et de l'étiologie des maladies.

Ces questions épistémologiques ne sont pas neutres car ce sont elles qui déterminent l'activité de recherche. J'en veux pour preuve qu'elles sont au cœur du rôle qu'on attribue aujourd'hui au stress dans le développement

éventuel d'une affection. Les recherches de la neurobiologie ont complexifié le schéma du stress ; la conception première qui attribuait les effets pathogènes à long terme du stress, à une modification de la sécrétion du couple adrénaline/cortisol s'est compliquée de nombreux et nouveaux médiateurs chimiques. On atteint là les limites d'une conception anatomique du trouble. En effet, comment l'anatomopathologie pourrait-elle intégrer la dynamique temporelle de l'interaction entre divers médiateurs alors qu'elle ne se donne que comme fixation à un temps déterminé ? De plus, l'histoire du sujet et de ses rencontres avec le stress apparaît de plus en plus clairement, aujourd'hui, comme ce qui détermine l'effet pathogène du stress ; ce n'est pas seulement de pouvoir y faire face comme on l'a cru trop vite mais bien la manière dont on le vit en fonction de sa propre histoire (à la limite, bien sûr, du sens qu'on lui donne).

Face à cette complexité et à la difficulté d'intégrer les notions d'histoire, on propose, le plus souvent de ne reconnaître que la disposition génétique comme facteur principal du risque de maladie, ce qui permet de revenir à une conception linéaire de la causalité ; proposition à la limite de la contradiction car elle élimine du même coup le rôle possible du stress dans la pathogénie d'une infection puisqu'il ne peut prendre de valeur pathogène qu'en fonction d'une prédisposition génétique supposée de sensibilité au stress. C'est l'impasse à laquelle aboutit une démarche telle que celle de Dantzer : impasse inévitable si on se rend compte qu'au fond, le stress est un concept physiologique qui ne permet de rendre compte de l'histoire d'un individu. Pour être opérationnel, le concept de stress devrait aussi être mis en lien avec une épistémologie organisée autour d'une conception dynamique de la physiopathologie, c'est à dire qui puisse intégrer la temporalité.

Des difficultés ép  
cœur des é  
psychanalytiques  
assimilée et rédui  
des interprétatio  
agressivité retou  
masochisme préc  
la phénoméno  
conséquence dire  
de la psychanaly  
auteurs aussi diff  
Fain, Dejours et  
aboutissent toujo  
somatique une im  
corps est le lieu  
psychique ? Le co  
grâce à ce qu'il pe  
de l'imaginaire d  
qu'elle pense des  
libido ; si l'hystér  
symboliques ent  
corps et certain  
psychanalyste qui  
certaines zones  
libidinaux, c'est  
l'hystérie théori  
peau, cette transp  
le long des terme  
tension, décharg  
équivalents et qu  
manifestations  
écoulement/bloqu

Je pense avoir m  
difficultés du mo  
expliquer le pass  
monisme de la l  
des névroses et le  
prétend trop souv  
que la psychanal  
de décodage) ren  
du trouble soma  
analytique du  
systématiquem

une affection. Les recherches de la psychologie ont complexifié le schéma de la conception première qui attribuait les effets pathogènes à long terme du stress, à une perturbation de la sécrétion du couple adrénaline/cortisol s'est compliquée de réactions et nouveaux médiateurs chimiques. On se situe là les limites d'une conception statique du trouble. En effet, comment la pathologie pourrait-elle intégrer la dimension temporelle de l'interaction entre médiateurs alors qu'elle ne se donne que par une réaction à un temps déterminé ? De la perspective du sujet et de ses rencontres avec le stress apparaît de plus en plus la question, aujourd'hui, comme ce qui définit l'effet pathogène du stress ; ce n'est pas le manque de pouvoir y faire face comme on le propose trop vite mais bien la manière dont on réagit en fonction de sa propre histoire (à la limite du sûr, du sens qu'on lui donne).

En face de cette complexité et à la difficulté de saisir ces notions d'histoire, on propose, le plus souvent, de ne reconnaître que le rôle de la prédisposition génétique comme facteur principal de la maladie, ce qui permet de revenir à une conception linéaire de la causalité ; on se situe à la limite de la contradiction car on veut du même coup le rôle possible du stress dans la pathogénie d'une infection ou comment elle peut prendre de valeur pathogène en présence d'une prédisposition génétique ou d'une sensibilité au stress. C'est à la limite de laquelle aboutit une démarche telle que celle de Dantzer : impasse inévitable si on ne compte qu'au fond, le stress est un phénomène physiologique qui ne permet de rendre compte de l'histoire d'un individu. Pour être utile, le concept de stress devrait aussi être en lien avec une épistémologie qui tourne autour d'une conception dynamique de la pathologie, c'est à dire qui puisse intégrer la temporalité.

Des difficultés épistémologiques sont aussi au coeur des écrits psychosomatiques psychanalytiques : la dermatite atopique y est assimilée et réduite au grattage ce qui conduit à des interprétations qui portent soit sur une agressivité retournée contre soi, soit sur un masochisme précoce. Il y a là une réduction de la phénoménologie clinique qui est la conséquence directe de présupposés de base de la psychanalyse. Comment se fait-il que des auteurs aussi différents que Reich, Alexander, Fain, Dejours et les post-kleinien anglais aboutissent toujours à donner de l'affection somatique une interprétation symbolique où le corps est le lieu d'expression d'un trouble psychique ? Le corps est, en ce cas, interprété grâce à ce qu'il peut représenter du point de vue de l'imaginaire de la psychanalyse et de ce qu'elle pense des lieux d'investissement de la libido ; si l'hystérique établit des équivalences symboliques entre certaines parties de son corps et certains fantasmes, ici c'est le psychanalyste qui établit des équivalences entre certaines zones du corps et des déficits libidinaux, c'est ce que je propose d'appeler l'hystérie théorique ; en ce qui concerne la peau, cette transposition se fera par glissement le long des termes tels que grattage, caresse, tension, décharge, libido qui sont supposés équivalents et qui permettent de réduire toutes les manifestations corporelles à un écoulement/bloquage supposé connu de libido.

Je pense avoir montré que tout ceci résulte des difficultés du modèle proposé par Freud pour expliquer le passage du soma au psyché : le monisme de la libido, la théorie économique des névroses et le réalisme psychanalytique qui prétend trop souvent décrire l'inconscient (alors que la psychanalyse est avant tout une activité de décodage) rendent la conception hystérique du trouble somatique inévitable ; si la pensée analytique du trouble somatique revient systématiquement aux premières apories

freudiennes, c'est que l'hystérie domine l'ensemble de la pensée psychanalytique et ne lui permet pas de penser le corps réel : ce qui lui manque le plus, c'est sa capacité d'étudier ce qu'elle appelle l'étayage ; comment la libido en vient-elle à investir le corps et comment peut-on parler d'un corps non investi ? On peut dire que la théorie du narcissisme marque les limites de son savoir actuel car il est impossible de déterminer si une "carence libidinale" est attribuable au patient ou à l'incapacité de la psychanalyse à interroger ce qui se passe en deçà de l'étayage.

Au terme de ce voyage dans les épistémologies, on garde l'impression que si une conception biologisante peut approcher les réalités du corps réel, elle ne peut intégrer l'histoire ; ce qui est la situation exactement opposée à celle de la psychanalyse qui, truffée d'histoire, ne peut approcher le corps que comme un corps libidinal. Cela constituait une bonne question pour aborder la deuxième partie, clinique, de ma thèse : quelles sont les conditions de l'étayage, quelle transformation le corps réel de l'enfant doit-il subir pour qu'il puisse avoir le sentiment que ce corps lui appartient, c'est à dire l'investir comme tel.

### IMPRESSIONS CLINIQUES.

Dans le groupe de recherche sur les troubles instrumentaux, que j'anime depuis, maintenant, plus de 11 ans à Namur, nous avons pris l'habitude de considérer que la pathologie somatique est comme une sorte de destin fatal ; comme un mal qui atteint indistinctement les membres de familles où s'accumulent en grand quantité les échecs, revers et maladies diverses : si on se place dans une perspective psychosomatique, tout se passe comme si ces groupes laissent en héritage, à leurs membres, des fonctionnements psychiques qui les rendent fragiles au niveau physique, psychique et social. Sans vouloir faire de cette

constatation unique, une vérité scientifique fermement établie, elle me fut d'une grande utilité sur le plan heuristique. A l'aide des concepts de Sami-Ali, à savoir les notions de surmoi corporel, de pathologie de l'adaptation, d'impasse, de banal et de refoulement de la fonction de l'imaginaire, j'ai essayé de comprendre une autre constatation clinique qui concernait notre groupe : malgré nos discussions répétées de certains enfants, nous restions le plus souvent incapables de nous souvenir de leur histoire, de reconstituer leur situation familiale et ceci plus que lorsque nous étions confrontés à des patients plus banalement névrotiques. Constatation qui donnait du poids à notre impression clinique générale mais qui devait nous conduire à nous interroger sur la place particulière que prenait la temporalité au sein de ces thérapies. Elles duraient souvent depuis longtemps et semblaient gagnées par une torpeur dont rien ne semblait pouvoir les arracher : ni les parents, ni l'enfant toujours fort ponctuel, ni le thérapeute habitué à ce que rien n'évolue, ne semblaient bien s'en rendre compte à moins qu'un événement le plus souvent extérieur, ne vienne les confronter à cette question du temps.

En y regardant bien, nous avons pu constater que le décours de la thérapie de ces enfants est jalonné de ce que j'ai appelé des microruptures. Tout se passe en effet comme si après quelques séances d'amélioration, le thérapeute croit pouvoir déceler les ébauches d'une relation signifiante, la thérapie est interrompue par de courtes séparations fort momentanées mais toujours parfaitement justifiées sur un plan social. Cela conduit à ce qu'aucune signification ne puisse être donnée à la relation thérapeutique qui reste comme fonctionnelle à la limite d'une relation matérielle qui n'arrive pas à se représenter et à prendre sens pour chacun des partenaires. La répétition d'absences qui se banalisent, installe une

relation qui reste purement fonctionnelle ; nous pensons maintenant que dans ces cas, le rôle essentiel du thérapeute doit devenir d'abord celui-là : donner sens à cette histoire qui ne se constitue pas. Le sens, c'est qu'il ne peut y en avoir : l'absence de sens passe par l'absence d'histoire pour ne laisser subsister que la répétition de gestes appris toujours les mêmes et par là transmis de générations en générations.

Or, l'acquisition d'un sentiment d'identité, corrélatif à la possibilité même de toute idée de séparation, est l'aboutissement d'un processus imaginaire complexe, paradoxal, car comme l'a montré Ricoeur, il résulte d'une dialectique permanente entre IPSE ET IDEM ; c'est à dire que ce processus allie à la fois le même et le différent au sein d'une même entité. Au même titre que le nom, le visage, le sexe ou encore la latéralité, l'histoire, dans cette perspective, est un facteur essentiel du développement du sentiment d'identité qui ne peut plus être assimilé à une perception mais conçu comme une construction mentale complexe et sans cesse renouvelée qui trouve ses fondements dans les expériences infantiles. La transmission et l'histoire placent ainsi la question du temps au coeur de la somatisation. J'ai alors fait l'hypothèse que la prédisposition à la somatisation devait porter sur la capacité des enfants à développer le sentiment d'avoir un corps qui leur appartienne dans un temps qui leur soit propre : avant d'envisager la temporalité diachronique et représentative, il était sans doute utile, pour des enfants plus jeunes, d'interroger les interactions mère/enfant à un niveau plus émotionnel où la temporalité en tant que rythme joue sans doute un rôle considérable. Le rythme comme premier organisateur d'une temporalité et corrélativement d'un sentiment de soi, voilà mon hypothèse qui me différencie de celles développées par le professeur Marcelli.

Des obs  
somatic  
consta  
dévelop  
physiol  
exigenc  
eczéma  
dévelop  
entrées  
psychiq  
forme  
échapp  
son pro  
lui per  
faire u  
exemp  
l'impas  
son im

Il me r  
mon o  
cliniqu  
glanée  
variée  
impres  
intrum  
qui s'  
réduire  
choisi  
n'était  
affecti  
âge o  
physic  
minim  
const  
alimen  
sa mē

(1) Il e  
s'adres  
de mor  
caracté  
même  
risques

reste purement fonctionnelle ; nous maintenant que dans ces cas, le rôle du thérapeute doit devenir d'abord donner sens à cette histoire qui ne se passe. Le sens, c'est qu'il ne peut y en avoir l'absence de sens passe par l'absence de sens pour ne laisser subsister que la forme des gestes appris toujours les mêmes transmis de générations en

constitution d'un sentiment d'identité, la possibilité même de toute idée de soi est l'aboutissement d'un processus complexe, paradoxal, car comme l'a dit Lacan, il résulte d'une dialectique entre IPSE ET IDEM ; c'est à dire un processus allié à la fois le même et le différent d'une même entité. Au même moment, l'âge, le sexe ou encore la situation, dans cette perspective, est l'essentiel du développement du sentiment d'identité qui ne peut plus être une simple perception mais conçu comme une fonction mentale complexe et sans limite, une activité qui trouve ses fondements dans les expériences infantiles. La transmission de l'identité placent ainsi la question du temps dans la somatisation. J'ai alors fait remarquer que la prédisposition à la maladie devait porter sur la capacité des enfants de développer le sentiment d'avoir un corps qui leur appartienne dans un temps qui leur soit propre : avant d'envisager la question diachronique et représentative, il est peut-être utile, pour des enfants plus jeunes, d'interroger les interactions mère/enfant dans le plus émotionnel où la temporalité et le rythme joue sans doute un rôle important. Le rythme comme premier fondement d'une temporalité et corrélatif d'un sentiment de soi, voilà mon hypothèse qui me différencie de celles défendues par le professeur Marcelli.

## OBSERVATIONS

Des observations précoces d'enfants atteints de somatisations diverses m'avaient permis de constater que la pathologie semblait se développer à un moment où son développement physiologique entrainait en contradiction avec des exigences parentales : Arnaud a développé un eczéma à l'âge de un an, au moment car le développement où ses capacités motrices sont entrées en contradiction avec les possibilités psychiques de sa mère à tolérer cette première forme de séparation. Or, un bébé ne peut échapper à l'emprise qu'exerce ses parents sur son propre corps, ses capacités mentales ne le lui permettent pas de réaliser ce que pourrait faire un enfant plus âgé en développant par exemple un symptôme névrotique. C'est l'impasse spécifique du nourrisson, résultat de son immaturité physiologique et mentale.

Il me restait alors à restreindre quelque peu mon objet de recherche. Mes impressions cliniques étaient le résultat d'observations glanées au hasard et sur des pathologies variées. Il était possible aussi que ces impressions soient la conséquence des troubles instrumentaux et non de l'asthme ou de l'eczéma qui s'y associaient. C'est pourquoi afin de réduire le nombre déjà grand de variables, j'ai choisi de me concentrer sur l'eczéma. Ce choix n'était pas tout à fait le fruit du hasard car cette affection se développe autour de 3 mois à un âge où se produisent des modifications physiologiques importantes : l'enfant est au minimum de ses défenses immunitaires dont il constitue sa propre identité ; au plan alimentaire, il passe à une alimentation variée et sa mère souvent, reprend son travail ou bien

(1) Il est évident que le terme de caractéristique ici évoqué, s'adresse au fonctionnement de ces deux enfants. Au terme de mon étude, il ne m'est pas possible de déterminer si ces caractéristiques sont spécifiques de la dermatite atopique même si leur présence semble indiscutablement favoriser les risques somatiques.

abandonne sa préoccupation exclusive pour son enfant. Au plan neurobiologique, on constate d'importantes modifications de l'EEG et l'enfant passe d'un rythme ultradien de veille/sommeil à un rythme nyctéméral plus stable. Au plan relationnel, c'est le moment de la constitution du système émotionnel pour reprendre des termes plus actuels. Fidèle à mon interrogation sur la temporalité, ces changements de rythmes internes et externes me semblaient aptes à me fournir une continuité entre ce que j'avais pu constater de la temporalité diachronique et ce qui ne l'est certes, pas encore mais qui pourrait en constituer le fondement : je veux parler de l'expérience rythmique comme support/ébauche d'une représentation du temps et du Soi.

## RYTHMES ET IDENTITE

Dans un premier temps, l'observation directe de deux enfants atteints de dermatite atopique m'a permis de mettre en évidence quelques caractéristiques de leur fonctionnement mental (1). Leur activité mentale semble dominée par la présence d'un Surmoi corporel : ce Surmoi, mis en évidence par Sami-Ali, se distingue du surmoi freudien tout d'abord parce qu'il concerne avant tout le fonctionnement corporel, mais aussi parce que n'étant pas l'objet d'un processus d'intériorisation, il place le sujet dans une forte dépendance par rapport à son environnement. Or, tout s'est passé comme si ces enfants que j'ai observé, avaient vécu sans cesse sous l'emprise de leur entourage : que ce soit aussi bien en ce qui concerne leurs activités physiques, l'organisation de l'espace, des jeux ou des rythmes de sommeil, ce sont les nécessités de l'adulte qui dominent sur celles de l'enfant qui semble éprouver beaucoup de peine à être reconnu. De plus, c'est l'ensemble de leur expérience temporelle qui est modifiée : si Gérard m'a confronté à une sorte de temporalité infinie faite d'un ennui si profond qu'il m'arrivait de le trouver mortel, Joël, lui,

n'arrêtait pas de s'agiter en tous sens, engendrant une sorte de tourbillon de pensée où il me devenait difficile de rester attentif à lui.

Sans espace propre, c'est l'ensemble de leur relation à l'autre qui semble perturbée tandis qu'il est évident qu'ils n'ont pas d'autre choix que de se soumettre à cette emprise des adultes. Ces deux enfants avaient une nette tendance à s'enfermer durant plusieurs heures, parfois, à l'écart de toute rencontre et ceci dans un lieu sombre et dépourvu de jouets. Ce qui est compréhensible si on pense que cette recherche d'isolement était une tentative désespérée pour créer leur espace personnel mais que, comme les objets et les jouets sont entièrement organisés par les adultes, cet espace libre ne peut dès lors, que se trouver entièrement vide de tout objet ludique ce qui montre comment l'impasse se noue : seuls, ils ne peuvent utiliser ces jouets qui permettent aux enfants de constituer l'absence et sa pensée, c'est à dire leur identité.

Ils ne peuvent donc vivre seuls que radicalement coupés de toute espèce de relation et de toute possibilité de pensée ce qui les conduit à terme, à devoir reprendre le chemin des adultes dont ils deviennent d'autant plus dépendants au point de ne plus pouvoir s'en différencier : les jeux et représentations seront ainsi totalement ceux des parents dont l'enfant peut penser qu'il est illusoire de penser s'en séparer. Les deux modèles apparaissent ainsi comme incompatibles : on ne peut être seul en présence de l'autre, ce qui est la négation de toute forme possible d'identité, et la solitude ne permet pas de se représenter seul ; la relation à l'autre reste indispensable comme à tout enfant mais semble conduire ici, à l'indifférenciation et à l'impasse qui en ce cas, pourrait se formuler de la manière suivante : pour exister, il faut disparaître comme individu. Cette absence d'identité se confirme par l'absence de

développement de l'angoisse du huitième mois et de toute forme de reconnaissance de l'étrangeté ou bien par le développement tardif d'une angoisse massive et incontrôlable face à l'inconnu.

Enfin, il m'a semblé utile d'évaluer ces données cliniques à l'aide d'une enquête statistique. Il m'est évidemment impossible ici, d'entrer dans les détails de ma procédure disons simplement que j'ai rencontré les familles de 40 enfants atteints de dermatite atopique et de 30 enfants sans symptôme organique majeur ; groupes "statistiques" que j'ai pu constituer grâce à la collaboration d'amis, d'infirmières sociales et de collègues médecins et que j'ai soumis à un questionnaire d'enquête. Ceci doit nous conduire à la prudence en ce qui concerne les résultats que je vais communiquer : bien que les deux groupes soient suffisamment larges pour donner des indications significatives sur un plan statistique, je n'ai pu employer les lois strictes de l'échantillonnage où GD aurait été comparé à un GN statistiquement normalisé dont il aurait pu être considéré comme un échantillon tiré au hasard. Cette remarque constitue, pour moi, un excellent stimulant à poursuivre ces recherches.

J'ai divisé mon questionnaire en trois parties ; la première concerne le premier développement de l'enfant ; ne sont pas statistiquement significatives des différences qui concerneraient le développement staturo-pondéral et maturatif général des enfants, la morbidité de la mère durant la grossesse, la morbidité périnatale et générale, la tolérance au passage à l'alimentation variée. Est significative par contre la différence de fréquence d'allaitement maternel 66% pour GN, 37 pour GD. Le passage au lait maternisé se fait autour de deux mois et demi dans les deux groupes ce qui explique la difficulté d'interpréter la deuxième donnée significative : 40% du groupe GD a des difficultés de passage au lait maternisé à 0%

pour GN, n'interprétable groupe G symptôme penser à un

De plus ce une spirale ininterrompue laits maternels inlassable de recherche ininterrompue d'un continu d'absence symptomatique cette période des vécus fait dermatite au niveau temporel mais y a-t-il une pure coïncidence pas en cause semble bien ces changements est bien dit rubrique, de recherche sans hasard, à la parents ou de

Une différence de groupes résidents des enfants par les parents fréquentent gardiennes à la limite de la elle rend ca l'origine carencielle défaut support Cette différence être mise en : ce n'est pas désinvestissements l'investir sur



de l'anxiété du huitième mois  
me de reconnaissance de  
n par le développement tardif  
massive et incontrôlable face à

olé utile d'évaluer ces données  
d'une enquête statistique. Il  
t impossible ici, d'entrer dans  
procédure disons simplement  
é les familles de 40 enfants  
tite atopique et de 30 enfants  
organique majeur ; groupes  
j'ai pu constituer grâce à la  
mis, d'infirmières sociales et  
ecins et que j'ai soumis à un  
l'enquête. Ceci doit nous  
ndence en ce qui concerne les  
rais communiquer : bien que  
soient suffisamment larges pour  
tions significatives sur un plan  
pu employer les lois strictes  
e où GD aurait été comparé à  
ment normalisé dont il aurait  
comme un échantillon tiré au  
arque constitue, pour moi, un  
à poursuivre ces recherches.

questionnaire en trois parties ;  
rne le premier développement  
sont pas statistiquement  
différences qui concerneraient  
stature-pondéral et maturatif  
nts, la morbidité de la mère  
se, la morbidité périnatale et  
tolérance au passage à  
ée. Est significative par contre  
e fréquence d'allaitement  
pour GN, 37 pour GD. Le  
maternisé se fait autour de deux  
ns les deux groupes ce qui  
lté d'interpréter la deuxième  
: 40% du groupe GD a des  
sage au lait maternisé à 0%

pour GN, mais cette donnée n'est quasi pas  
interprétable car paradoxalement ces enfants du  
groupe GD n'ont jamais manifesté de  
symptôme gastro-intestinal qui aurait pu faire  
penser à une intolérance au lait.

De plus ce qui commence alors toujours, c'est  
une spirale inflationniste de changements  
ininterrompus entre toutes sortes de variétés de  
lait maternisés au soya ou non ; quête  
inlassable car sans succès sur la dermatite,  
recherche ininterprétable car les changements  
continus d'alimentation conjugués à l'absence de  
symptomatologie gastro-intestinale, rendent  
cette période assez chaotique pour l'ensemble  
des vécus familiaux. En fait, l'apparition de la  
dermatite autour de trois mois est associée, au  
niveau temporel, au changement d'alimentation  
mais y a-t-il là un rapport de cause à effet ou  
pure coïncidence. La littérature médicale ne met  
pas en cause l'alimentation lactée mais il  
semble bien que quelques médecins conseillent  
ces changements répétés de lait maternisés. Il  
est bien difficile de distinguer dans cette  
rubrique, qui à elle seule mériterait une  
recherche spécifique, ce qui appartient au  
hasard, à la réalité ou aux fantasmes des  
parents ou des autres intervenants.

Une différence très intéressante entre les deux  
groupes réside dans le mode d'éducation : 70%  
des enfants de GD sont élevés exclusivement  
par les parents contre 43% pour GN qui  
fréquentent plus souvent les crèches ou les  
gardiennes à domicile. Cette différence qui est à  
la limite de la significativité, est intéressante car  
elle rend caduque toute interprétation sur  
l'origine carencielle de la dermatite atopique, par  
défaut supposé d'investissement de la mère.  
Cette différence dans le mode d'éducation doit  
être mise en rapport avec l'allaitement maternel  
: ce n'est pas que la mère du groupe GD  
désinvestisse son enfant mais elle semble  
l'investir sur un mode particulier : plus de

distance corporelle ou émotionnelle mais plus  
de présence physique ce qui semble confirmer  
l'existence d'un surmoi corporel précoce. Mais  
bien sûr, il s'agit là des résultats d'une enquête  
statistique qui ne peut rendre compte des  
multiples facettes et de la richesse des  
situations cliniques, mais ceci pourrait  
justement donner des indications intéressantes  
pour la recherche et le travail clinique.

Deuxième caractéristique envisagée, celle des  
antécédents familiaux. Sur un plan sociologique  
les deux groupes sont homogènes. Il faut  
préciser que je ne me suis pas attaché à faire  
une étude sociologique fine de ces familles, je  
ne veux donc pas dire qu'elles ne possèdent  
pas un certain nombre de caractéristiques  
microsociologiques ou de fonctionnement ou  
des trajectoires sociales particulières mais que  
mes moyens et ma formation ne m'ont permis  
que de m'assurer que ma recherche ne s'était  
appuyée sur un groupe social particulier ; il  
serait là utile d'envisager des recherches  
pluridisciplinaires. Par contre les antécédents  
d'allergie, sont de 70% pour GD et 30% pour  
GN. Résultat doublement intéressant car on  
situe généralement les antécédents allergiques  
familiaux autour de 65%, ce qui tend à valider la  
valeur expérimentale de mon déterminisme  
héréditaire doit faire admettre l'importance d'un  
déterminisme génétique, il devient évident que  
la dermatite atopique est une affection  
pluridéterminée puisque 30% de GN possède  
ces antécédents allergiques sans développer de  
pathologie. Mais ma recherche met encore en  
évidence deux différences significatives : les  
antécédents psychiatriques sont plus  
importants pour GD 40% que pour GN 7%. Il  
existe aussi une grande fréquence d'événements  
traumatiques autour de la naissance  
pour GD 40% que pour GN 7% ; ce qui  
confirme notre hypothèse plurifactorielle et rend  
compte de l'existence de déterminants psycho-  
relationnels précoces.

Troisième caractéristique recherchée, le développement de l'identité personnelle. Confirmant des études Spitz, on voit clairement que le sentiment de l'identité personnelle est précocement troublé chez l'enfant atteint de dermatite atopique : seuls 12% de GD présentent une angoisse de l'étranger à 8 mois, 73% pour GN. Ce qui confirme la validité de l'hypothèse psycho-relationnelle pour expliquer le développement précoce de la dermatite atopique.

Des perturbations précoces du rythme de vie de ces enfants semblent pouvoir expliquer cette non reconnaissance d'eux-même ; le passage au rythme nyctéméral est significativement plus précoce dans GD : en semaines, l'âge moyen du changement de rythme veille/sommeil est de 9 pour GD et 13,4 pour GN. Ceci est surtout la conséquence de la grande fréquence des enfants qui s'adaptent au rythme social dès avant l'âge de 1 mois, 40% dans le groupe GD ; c'est si vrai que si des deux groupes on retire la même proportion d'enfants qui présentent des troubles du sommeil après 4 mois, la moyenne passe à 11 semaines pour GN et à 7 pour GD et la différence est encore plus significative pour les tests statistiques. Tout se passe donc comme si la pression sociale se faisait sentir plus tôt chez ces enfants ; reste à en comprendre le mécanisme.

De même les troubles du sommeil sont plus fréquents pour GD : 50% contre 13% et ceci est d'autant plus surprenant pour les parents qu'ils comparent souvent les difficultés de sommeil tardives de leur enfant avec sa "sagesse" précoce ; il n'est pas inintéressant de constater que souvent ces troubles du sommeil surviennent autour de 8 mois. Avec le sommeil lent, le sommeil paradoxal et le rêve, l'angoisse de l'étranger, on peut dès lors supposer que c'est sans doute toute l'organisation précoce du système émotionnel qui est précocement

perturbée chez les enfants eczémateux ; en témoigne la grande fréquence des perturbations du couple activité/passivité retrouvées chez 75% des enfants du groupe GD.

Je dois signaler enfin que je n'ai pu établir de corrélations entre ces différents facteurs qui apparaissent ainsi comme autant de déterminants potentiels, indépendants et présents en quantité variable pour chaque eczéma au même titre sans doute que d'autres facteurs au premier rang desquels l'héritage génétique ; dit en d'autres termes, il ne semble pas qu'il existe un profil particulier de l'enfant eczémateux. De la même manière, si dans la dernière partie de ce texte, je vais me centrer sur la problématique du temps, je ne voudrais pas qu'on puisse penser que cette dimension occupe une place prépondérante dans le déterminisme de la dermatite atopique ; ce n'est que l'occasion pour moi de développer un point trop souvent négligé en pédopsychiatrie : celui de la constitution de la temporalité.

Au terme de cette recherche, l'intérêt d'une enquête psychosomatique apparaît clairement même si des recherches ultérieures devront confirmer ces hypothèses, les affiner, et évaluer leur spécificité ; il n'empêche que cette recherche me semble ouvrir des perspectives intéressantes en ce qui concerne la thérapie de ces enfants. Si pour la médecine, il est douteux que la dermatite atopique soit une affection de la peau, je pense avoir démontré que cela est également vrai pour la psychanalyse : la clinique de cette maladie est complexe et ne peut être réduite au seul grattage.

Il existait dans mon esprit une sorte de défi depuis le début de ce travail : réussir à produire un travail qui réponde à des critères scientifiques suivant les hypothèses de K. Popper, bref que mon travail soit réfutable ; je pense en tout cas avoir montré l'intérêt d'une

recherche qui utilise de base, le clinicien, l'observation directe, la recherche statistique pour les confirmer mais les questions fort posées d'une même réalité permanente se qu'on et susciter une méthode nos recherches de recherches. Ceci méthodologie.

Que dire dès lors du développement eczémateux ? Tenir des inférences. Parler de l'organisation de l'enfant m'interroger sur son habitat/représentation constitution d'un rythme pourrait leur paraître première sensation que je suis faites à ce sujet double titre car il des soins corporels bébé mais aussi sémantique : le rythme une unité de perception contrastés "rhythmos" signifie donc une construction constituer qui éta en a pas.

Vu d'un autre point intéressant d'un point et du lien du psychisme l'importance de la notre vie affective Comme l'écrivait

chez les enfants eczémateux ; en grande fréquence des perturbations activité/passivité retrouvées chez les enfants du groupe GD.

Enfin, je n'ai pu établir de liens entre ces différents facteurs qui sont ainsi comme autant de points potentiels, indépendants et en quantité variable pour chaque même titre sans doute que d'autres au premier rang desquels l'héritage dit en d'autres termes, il ne semble exister un profil particulier de l'enfant. De la même manière, si dans la partie de ce texte, je vais me centrer sur la thématique du temps, je ne voudrais pas laisser penser que cette dimension occupe une place prépondérante dans le cadre de la dermatite atopique ; ce n'est pas pour moi de développer un point qui a été négligé en pédopsychiatrie : celui de la temporalité.

En cette recherche, l'intérêt d'une approche psychosomatique apparaît clairement. Les recherches ultérieures devront tester ces hypothèses, les affiner, et évaluer leur efficacité ; il n'empêche que cette approche semble ouvrir des perspectives intéressantes en ce qui concerne la thérapie de la dermatite atopique. Si pour la médecine, il est douteux que la dermatite atopique soit une affection de nature psychosomatique, elle a au moins permis de penser avoir démontré que cela est possible. En ce qui concerne la psychanalyse, elle a au moins permis de penser que la clinique de la dermatite atopique est complexe et ne peut être réduite à un seul grattage.

Dans mon esprit une sorte de défi découle de ce travail : réussir à produire une approche qui réponde à des critères définis en suivant les hypothèses de K. Ruch. Je ne pense pas que mon travail soit réfutable ; je ne pense pas non plus avoir montré l'intérêt d'une

recherche qui utilise plusieurs méthodologies de base, la clinique fournit les hypothèses, l'observation directe qui les affine et une recherche statistique qui non seulement peut les confirmer mais se montre aussi source de questions fort pertinentes ; trois approches d'une même réalité qui peuvent ainsi en permanence se questionner les unes les autres et susciter une meilleure définition de l'objet de nos recherches et de nos procédures de recherches. Ceci en ce qui concerne la méthodologie.

Que dire dès lors des expériences de rythme et du développement de l'identité chez les enfants eczémateux ? Tentons de faire là quelques inférences. Parti d'une interrogation sur l'organisation de la temporalité, j'aboutis à m'interroger sur la capacité de ces enfants à habiter/représenter leur corps à partir de la constitution d'une sensation de rythme qui pourrait leur paraître personnel. Pour moi, le rythme pourrait constituer le fondement de la première sensation de l'existence du Soi, je pense que je suis assez proche des hypothèses faites à ce sujet par D. Stern. Il le serait à double titre car il assure d'une part la régularité des soins corporels en fonction des besoins du bébé mais aussi sur un plan presque présémantique : le rythme c'est la construction en une unité de pensée, de faits dissemblables, voire contrastés. Dans la langue grecque "rhythmos" signifiait la "forme". Le rythme c'est donc une construction mentale que l'enfant doit constituer qui établit une continuité là où il n'y en a pas.

Vu d'un autre point de vue, tout aussi intéressant d'un point de vue psychosomatique et du lien du psychisme à l'émotionnel, c'est l'importance de la musique au point de vue de notre vie affective qui a attiré mon attention. Comme l'écrivait Imberty, la musique c'est

l'écriture du temps ; c'est aussi une bonne manière de laisser se développer en soi et pour le plus grand plaisir, toute la gamme possible des émotions les plus variées : le plaisir est sans doute lié non pas uniquement à la qualité particulière de l'émotion vécue mais plutôt au fait que cette émotion comme par magie se développe en nous et que nous puissions nous y glisser ; peut-être retrouvons nous là le plaisir précoce de l'expérience du Soi. Sur un plan psychopathologique, il semble bien que l'importance des difficultés rythmiques d'un enfant dysharmonique soit le meilleur indice de son pronostic d'évolution thérapeutique. Sur un plan développemental, pensons aussi à l'importance des modulations rythmiques dans les communications que nous établissons avec le nourrisson. Voilà bien des éléments qui me poussent à donner une grande valeur à l'expérience rythmique précoce une importance essentielle dans le développement d'une sensation de Soi et de sa représentation par la construction d'une unité d'opposés.

Bien sûr quand je parle de rythme, je simplifie car d'une part la vie de l'enfant n'est pas faite d'un rythme mais d'une multiplicité de rythmes. De plus, il n'existe pas de rythme naturel calqué par exemple sur le rythme nyctéméral auquel l'entourage du bébé devrait s'adapter ; là aussi le rythme du bébé devra assez vite se socialiser mais on est bien dans cette situation que Winnicott décrivait déjà à propos de l'objet transitionnel : la mère doit modifier le rythme de l'enfant et lui permettre de croire que c'est lui qui en est la source. Depuis la naissance les soins maternels évoluent tout le temps entre une adaptation aux besoins de l'enfant et les nécessités de sa socialisation. On pourrait dire que l'enjeu de ce travail subtil de maternage entre adaptation et socialisation, est le développement de la capacité d'un sentiment de Soi chez le bébé ce qui place d'emblée les activités de maternage dans le paradoxe.

Paradoxe auquel n'échappent sans doute ni le rythme ni l'identité qui se définit comme Ipse et Idem pour reprendre Ricoeur.

Au fond, je suis globalement d'accord avec les travaux du Professeur Marcelli auxquels j'accorde une grande importance mais il me semble que nos conceptions concernant l'importance de la temporalité et de ses possibilités de représentation divergent quelque peu ; ce qui ne peut être qu'un stimulant supplémentaire pour la recherche clinique et théorique. Globalement, j'ai l'impression que sa conception du temps est plus cognitiviste que moi qui en fait plus un soubassement fondamental de l'expérience émotionnelle et sensorielle du Soi qui serait à l'origine de la capacité de pensée : la constitution de l'unité rythmique suppose l'abstraction de données sensorielles. Si je suis d'accord avec lui pour distinguer des macrorhythmes de microrhythmes, je ne pense pas utile de faire des macro la source de la stabilité et des microrhythmes celle du jeu, de la créativité et de la pensée. A tout moment les rythmes du bébé et ceux de son entourage changent, ce qui conduit à un premier conflit ; de plus, chacun de ces deux partenaires (au minimum) doit évoluer à chaque fois entre adaptation à l'autre ou imposition de son propre rythme. Ce qui montre à quel point les situations sont variables et difficilement réductibles à une opposition binaire.

La conception du Professeur Marcelli me laisse enfin perplexes sur deux points : je ne comprend pas bien comment il conçoit la construction chez l'enfant d'une représentation du temps ; quand il parle d'un contraste entre l'investissement d'un temps rétrojectif et d'un projectif de l'autre, c'est donc bien que le temps est constitué, mais comment peut-on penser sa constitution même ? De la même façon qu'il ne faut pas confondre la représentation que nous pouvons nous donner d'une temporalité que

nous qualifions de circulaire pour l'inconscient, et une ébauche de représentation de la temporalité chez l'enfant. Je crains que là les conceptions du Professeur Marcelli ne soient trop proches d'une conception "perceptuelle" de nos représentations ; pour moi toute conception si élémentaire soit-elle, est une construction mentale. Je ne suis pas non plus cet auteur lorsqu'il parle d'un passage de la sensation somatique pure à une tension psychique qui serait le résultat d'"attentes trompées" présentées à l'enfant par sa mère au coeur de microrhythmes ludiques. Je pense que la pensée doit toujours être mise en rapport avec l'expérience corporelle et émotionnelle. Continuer à séparer la pensée du corporel conduit, comme c'est le cas actuellement pour la psychanalyse, à ne pouvoir comprendre la frange essentielle de la psychopathologie infantile, celle des troubles instrumentaux (mais ce débat déborde l'objectif de cet article). La pensée s'origine dans la possibilité de constituer une unité là où ne pourrait exister que discontinuité ; le plaisir de "se balancer" en rythme vient sans doute du plaisir que nous éprouvons à retrouver cette expérience originaire de notre pensée corporelle : celle d'exister Soi.

## BIBLIOGRAPHIE

**Danizer R.**

1989, L'illusion psychique, Paris, Payot.

**Dejours C.**

1989, Recherches psychologiques, Paris, Payot.

**Gauthier J-M.**

1993, L'enfant malade, Paris, Dunod.

1992, "Le corps, la pensée et la psychanalyse à l'Un (170)".

**Imberty M.**

1981, Les écritures du corps, Paris, Dunod.

**Ricoeur P.**

1983, Temps et récit, Paris, Seuil.

1984, Temps et récit II, Paris, Seuil.

1990, Soi-même comme un autre, Paris, Seuil.

**Sami-Ali.**

1970, De la projection, Paris, Dunod.

1974, L'espace imaginaire, Paris, Dunod.

1977, Corps réel, Corps imaginaire, Paris, Dunod.

1980, Le banal, Paris, Dunod.

1984, Le visuel et l'auditif, Paris, Dunod.

1987, Penser le soma, Paris, Dunod.

1990, Le corps, l'esprit, Paris, Dunod.

**Stern D.**

1993, L'enveloppe psychique et la pensée, processus de la pensée, Monaco, Paris, Bayard.

ions de circulaire pour l'inconscient,  
gauche de représentation de la  
chez l'enfant. Je crains que là les  
s du Professeur Marcelli ne soient  
s d'une conception "perceptuelle" de  
entations ; pour moi toute conception  
aire soit-elle, est une construction  
e ne suis pas non plus cet auteur  
arle d'un passage de la sensation  
pure à une tension psychique qui  
résultat d'"attentes trompées"  
à l'enfant par sa mère au coeur de  
es ludiques. Je pense que la pensée  
urs être mise en rapport avec  
ce corporelle et émotionnelle.  
à séparer la pensée du corporel  
omme c'est le cas actuellement pour  
alyse, à ne pouvoir comprendre la  
entielle de la psychopathologie  
le des troubles instrumentaux (mais  
éborde l'objectif de cet article). La  
origine dans la possibilité de  
une unité là où ne pourrait exister  
inuité ; le plaisir de "se balancer" en  
nt sans doute du plaisir que nous  
à retrouver cette expérience  
de notre pensée corporelle : celle

## BIBLIOGRAPHIE

### **Dantzer R.**

1989, L'illusion psychosomatique, Paris, Odile Jacob.

### **Dejours C.**

1989, Recherches psychanalytiques sur le corps, Paris, Payot.

### **Gauthier J-M.**

1993, L'enfant malade de sa peau, Paris, Dunod.

1992, "Le corps, l'espace et le temps", présentation du livre de Sami-Ali, in Psychanalyse à l'Université, Paris (pg 163 à 170).

### **Imberty M.**

1981, Les écritures du temps, Paris, Dunod.

### **Ricoeur P.**

1983, Temps et récit, Paris, Seuil.

1984, Temps et récit, Le temps raconté, Paris, Seuil.

1990, Soi-même contre un autre, Paris, Seuil.

### **Sami-Ali.**

1970, De la projection, Paris, Payot.

1974, L'espace imaginaire, Paris, Gallimard.

1977, Corps réel, Corps imaginaire, Paris, Dunod.

1980, Le banal, 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.

### **Stern D.**

1993, L'enveloppe prénarrative, in Naissance de la pensée, processus de pensée, Colloque de Monaco, Paris, Bayard.