

RECHERCHE EN PSYCHOSOMATIQUE

*Cancer et
psychosomatique
relationnelle*

Sami-Ali

Maurice Bensoussan

Albert Danan

Théo Leydenbach

Michèle Chahbazian

Caroline Delannoy

Adèle Bucalo Triglia

Jean-Pierre Malaussena

Hélène Baudoin

François Huck



Extrait de la publication

**RECHERCHE EN
PSYCHOSOMATIQUE**

**Cancer et
psychosomatique
relationnelle**

Vj ku'r ci g'kpvgpvkqpcmf 'ighv'dnc pm

RECHERCHE EN
PSYCHOSOMATIQUE

Cancer et psychosomatique relationnelle

Sami-Ali
Maurice Bensoussan
Albert Danan
Théo Leydenbach
Michèle Chahbazian
Caroline Delannoy
Adèle Bucalo Triglia
Jean-Pierre Malaussena
Hélène Baudoin
François Huck



edp sciences

Centre International de Psychosomatique
Collection *Recherche en psychosomatique*
dirigée par Sylvie Cady

Dans la même collection

Le cancer – novembre 2000

La dépression – février 2001

La dermatologie – mars 2001

La clinique de l'impasse – octobre 2002

Identité et psychosomatique – octobre 2003

Rythme et pathologie organique – février 2004

Psychosomatique : nouvelles perspectives – avril 2004

Médecine et psychosomatique – septembre 2005

Le lien psychosomatique. De l'affect au rythme corporel – février 2007

Soigner l'enfant psychosomatique – février 2008

Affect refoulé, affect libéré – mars 2008

Entre l'âme et le corps, les pathologies humaines – octobre 2008

Handicap, traumatisme et impasse – janvier 2009

Soigner l'allergie en psychosomatique – octobre 2009

Entre l'âme et le corps, douleur et maladie – août 2011

Psychosomatique de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte – janvier 2012

La psychomotricité relationnelle – mars 2012

Psychosomatique et maladie d'Alzheimer – juin 2012

Sexologie et psychosomatique relationnelle - mars 2013

Éditions EDK/Groupe EDP Sciences

25, rue Daviel

75013 Paris, France

Tél. : 01 58 10 19 05

Fax : 01 43 29 32 62

edk@edk.fr

www.edk.fr

© Éditions EDK, 2013

ISBN : 978-2-8425-4181-1

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Introduction

L'impasse relationnelle, temporalité et cancer

Professeur M. Sami-Ali

L'impasse relationnelle

Comme tous les concepts que j'ai développés, l'impasse est un concept issu de la clinique, qui renvoie à la clinique, pour la rendre plus efficace et plus pertinente. Ce concept est apparu dans mes travaux pour la première fois en 1967, et je n'ai cessé depuis de le développer et de l'approfondir. Jusqu'à mon dernier livre, *L'impasse relationnelle. Temporalité et cancer*¹, ce concept a accompagné toute mon activité d'auteur et de thérapeute, dans le but de le rendre encore plus pertinent dans la compréhension de la pathologie, et surtout plus efficace pour aider les personnes qui souffrent dans leur corps et qui cherchent de l'aide.

Pour présenter ce concept en quelques mots, je dirais que l'impasse est la situation d'une personne qui se trouve dans un conflit sans issue. Mais il faut là s'accorder sur ce qu'on entend par « situation conflictuelle sans issue ». Il ne s'agit pas d'un conflit qui ne trouve pas son issue pour des raisons ponctuelles. Une grève, par

1. Sami-Ali M. *L'impasse relationnelle. Temporalité et cancer*. Collection « Psychismes ». Paris : Dunod, 2000.

exemple, est un conflit qui peut rester sans issue parce que les deux partenaires refusent de céder. Cela peut aboutir à une situation où l'on va parler d'impasse ; mais en fait, il y a une issue, sur laquelle les partenaires n'arrivent pas à s'entendre. C'est là une forme d'impasse que j'appelle hystérique, et qu'on retrouve, pour prendre un autre exemple, dans la mésentente conjugale : on ne se comprend plus, on ne s'accorde sur rien, et souvent, on n'arrive pas à trouver une solution ; mais la solution existe, on peut rester ensemble, ou partir.

Les impasses, que j'ai constatées dans la clinique psychosomatique, sont des situations fermées dans lesquelles, chaque fois que l'on croit trouver une issue, celle-ci s'avère illusoire, de telle sorte que l'on est constamment ramené à la même fermeture, qui n'est donc pas due simplement à l'incapacité de la personne à trouver une issue. En fait, dans cette situation, la fermeture a pour origine l'impasse elle-même, toute issue étant exclue par la structure logique même de l'impasse.

Sur le plan théorique, il y a eu deux moments essentiels dans l'élaboration du concept d'impasse. L'un est le moment où j'ai rencontré le concept de double entrave (*double bind*)² qui a été avancé à propos de la pathologie mentale et qui propose que le sujet qui souffre de psychose se trouve pris dans une situation où le « oui » égale le « non ». Le fait le plus important dans cette situation de double entrave, c'est que le sujet se trouve dans cette situation contradictoire avec son père, ou sa mère, eux-mêmes impliqués. Ce n'est pas le malade qui a inventé, créé tout cela tout seul ! En effet, toute pathologie, même organique, est pour moi relationnelle ; c'est la raison pour laquelle le conflit doit toujours être pensé comme une situation relationnelle. Dans la situation de *double bind*, le sujet se trouve donc pris dans un conflit insoluble parce qu'il est contradictoire : s'il dit oui, c'est mauvais pour lui ; s'il dit non, c'est mauvais aussi, et il n'y a pas de troisième terme. De sorte que ce qui caractérise cette situation, c'est non seulement la contradiction, mais aussi le fait que le sujet ne peut pas s'en sortir. Il y a alors une dépendance qui s'installe dans la situation, le sujet ne pouvant dire ni oui, ni non, ni sortir de la situation. C'est donc là une forme d'impasse régie par la contradiction. J'ai ainsi décrit différentes formes

2. Sur ce concept, voir G. Bateson (1972/1977/1980). *Vers une écologie de l'esprit*, vol. 1 et 2. Paris : Seuil.

de l'impasse, qui est donc un concept beaucoup plus vaste que le concept de *double bind*, qui, lui, s'apparente en fait à une forme particulière, la contradiction.

Le stress

C'est un concept qui a été dégagé dans le champ de la biologie à partir de situations expérimentales, par exemple la situation d'un organisme, un animal, soumis à des stimulations sonores continues. Ces expérimentations montrent que de telles situations, qui sont des situations de fermeture totale (il n'y a pas de solution, l'organisme ne peut échapper à la stimulation), se traduisent par une réaction défensive extrême mobilisant toutes les capacités de l'organisme, qui se maintient longtemps, trop longtemps, ce qui finit par abaisser les défenses immunitaires de cet organisme qui est alors livré à des pathologies graves. Le phénomène est donc là décrit en termes de processus : le stress étant une réaction qui se produit dans un organisme en réponse à une stimulation. Mais dans cette description, on ne se rend pas compte de l'évidence, à savoir que pour que le stress apparaisse, il faut créer une situation que l'animal ne peut ni modifier en l'attaquant, ni arrêter en la fuyant. Il est donc pris, précisément, dans une situation d'impasse. Certains expérimentateurs, à propos de ces conditions, parlent d'un « désespoir » qui serait ainsi créé chez l'animal ; effectivement, quoi qu'il fasse, il n'y a rien à faire, et l'essentiel est là : c'est une impasse.

Finalement, avec ces deux concepts, qui ont certes leur validité expérimentale, on ignore que l'essentiel ne se situe pas au niveau d'un processus qui se déroule dans l'organisme, chez le sujet, mais au niveau d'une situation totalement fermée, et intentionnellement fermée quand il s'agit d'expérimentation. On ne peut pas isoler ces processus biologiques ou psychologiques de la situation relationnelle. Dès la naissance, il y a relation, et quel que soit le comportement que l'on veut étudier, on ne peut pas le réduire à des processus internes, comme si le monde n'existait pas et comme si la relation n'était pas le fait fondamental de la vie humaine. Le concept d'impasse reste donc inséparable de cette conception nouvelle de la pathologie. Ce qui est essentiel, ce n'est ni le psychique, ni le somatique, parce que l'un comme l'autre

sont relationnels. Ce qui est essentiel, c'est ce qui existe dès le début : la relation³.

Quelle relation ? Celle qui lie l'individu et son entourage. Ce qui veut dire que le fait fondamental est la relation entre le fonctionnement psychosomatique et la relation conflictuelle. En affirmant cela, je m'oppose radicalement à des pratiques qui consistent à introduire après-coup la situation, ou le facteur psychologique : on commence par dire qu'il n'y a que des processus internes, puis on s'aperçoit qu'ils sont influencés par des conflits et on rajoute donc du psychologique au somatique et on n'en sort pas parce que, dès le départ, on ne voit pas le fait aveuglant : on est dans la relation. On pose le problème en disant : « Comment le psychique agit-il sur le somatique ? » Et donc on sépare ces deux domaines, on les considère séparés, côte à côte, et on ne voit rien, justement parce qu'ils sont séparés.

Paradoxalement, si l'impasse signifie qu'on est aux prises avec une situation sans issue, hormis l'impasse hystérique⁴ (relation de pouvoir : maintenir le conflit pour ne pas céder à l'autre), c'est cette même situation qui devient maintenant le centre d'une nouvelle stratégie qui tend non pas à sortir de l'impasse, puisque, par définition, il n'y a pas de sortie, mais à transformer les termes de l'impasse de manière à la dissoudre, à défaut de pouvoir la résoudre. La question qui se pose désormais a trait à la constitution de l'impasse, au présent comme au passé, à travers des événements qui ont fini par modifier tout le caractère. Modification qui se laisse surtout repérer à travers le destin réservé au rêve et à l'affect, aboutissant, dans les cas extrêmes, à exclure l'un et l'autre du fonctionnement psychosomatique. Le refoulement caractériel y prédomine, établissant une distance maximale avec l'expérience affective et occultant, du même coup, la conscience onirique au profit de la conscience vigile. On assiste alors soit à l'absence pure et simple des rêves, qui, néanmoins, restent flous et sans consistance, soit enfin à une production onirique véritable mais rare, coupée de soi, hors de soi, les rêves devenant une curiosité, une bizarrerie étonnante. De ces différents modes de refoulement nous avons les exemples les plus pertinents dans les six entretiens de recherche qui forment le corps de l'ouvrage, *L'impasse relationnelle. Temporalité et cancer*, allant du seul rêve digne de ce

3. Sami-Ali M. *Penser l'unité*. Paris : L'Esprit du Temps, 2011.

4. Voir Sami-Ali M. *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. Paris : Dunod, 1987, p. 17 sq.

nom (encore qu'il soit un rêve de deuil !), « l'enterrement de Sarah Bernhardt » chez Mme B, au « néant » définitif de Mme G, en passant, chez les autres, par des semblants de rêve, des faux-semblants de rêve, des rêves au quotidien, des confusions sur le sens même du mot (notamment chez Mme E). Il peut paraître surprenant que l'activité onirique occupe si peu de place chez les unes et les autres, et qu'en fin de compte, nous nous trouvions les mains presque vides, après avoir parcouru ces quelques destins profondément marqués par l'adaptation. Adaptation au réel qui se fait multiple, sans pour autant se départir du banal signifiant l'éclipse de l'imaginaire⁵. Le refoulement de l'activité onirique s'avère ainsi être le pendant de l'adaptation qui, en se poursuivant, culmine dans une subjectivité sans sujet. Or, si le sujet choisit de faire abstraction de lui-même en se rendant conforme, c'est que les rêves, au lieu d'apporter l'apaisement, sont devenus problématiques, pénibles, rabâcheurs. Par leur caractère répétitif, ils semblent s'enfermer dans une aporie, forme d'impasse dont on ne peut se dégager. Même pas en rêve. Le refoulement vient alors arrêter un processus dans lequel on est empêtré, partant de l'angoisse et projetant l'angoisse. L'oubli survient alors, gommant les rêves en même temps que des périodes entières de la vie, toute l'enfance par exemple dont Mme C ne conserve aucun souvenir parce que, dit-elle, ce fut sans doute une époque heureuse ! En éliminant l'activité onirique cependant, le refoulement écarte du même coup des traumatismes non dépassés, des deuils laissés en suspens, des conflits précoces encore virulents. Si l'absence de rêves doit en principe assurer un sommeil réparateur, elle dépouille également les événements de leur dimension historique : n'étant mis en rapport avec rien du passé, ils se réduisent à un présent redondant, correspondant au banal en tant que littéral. Mme G en donne un exemple particulièrement poignant, elle qui, dans sa détresse, s'accroche aux formules toutes faites telle que « c'est la vie », etc.

Le rêve et l'affect

S'il est vrai que l'impasse doit constituer le point focal de tout travail thérapeutique conçu dans la perspective de la théorie du

5. Sami-Ali M. *Le Banal*. Paris : Gallimard, 1980.

somatique⁶, la première tâche va consister à défaire le refoulement caractériel en vue de libérer le rêve et l'affect. Le défaire, c'est-à-dire modifier progressivement tout le fonctionnement psychosomatique, en l'ouvrant à un passé qu'on découvre à nouveau. Modification qui s'effectue dans la relation thérapeutique et grâce à elle.

Étant donné que le refoulement de l'affect passe forcément par celui du rêve, le rêve doit fournir l'axe principal du travail thérapeutique. Comment est-ce possible quand il fait défaut ou quand il se manifeste d'une manière fugace et confuse ? Il importe d'abord de ne pas prendre à la lettre cette absence de rêves en la convertissant en carence réelle, car on ne fera alors que confirmer le refoulement et rendre définitif l'enfermement. En revanche, en reconnaissant la manifestation négative comme une manifestation du négatif, la relation thérapeutique doit être aménagée afin que le rêve puisse de nouveau y reprendre. Tout dépend désormais du thérapeute qui, en précisant que le rêve sert surtout de pont entre le présent et le passé, anticipe sur une activité onirique qui a cessé de se manifester et qui n'a plus l'occasion de le faire. En d'autres termes, le rêve doit trouver sa place dans la relation avant de la retrouver dans le fonctionnement psychosomatique. En agissant de la sorte, on reconnaît la richesse de l'autre, en même temps qu'on évite que se reproduise une situation relationnelle qui a conduit à l'impasse. Promesse de quelque chose de différent qui, de proche en proche, permettra de sortir de la temporalité circulaire.

L'activité onirique existe donc dans la relation en tant que potentialité qui s'actualisera selon un rythme variable d'une personne à l'autre. Quand les rêves font enfin retour, l'essentiel du travail thérapeutique va consister à établir des liens simples mais vrais entre le rêve et les événements de la vie. Liens tendant à ouvrir la conscience vigile à une activité qui ne lui appartient plus. Or, il s'agit d'une démarche qui découle d'une conception de la psychosomatique conférant à la relation le rôle fondamental, dans la mesure où le psychique est considéré comme relationnel autant que le somatique. Ainsi, privilégier la relation non seulement au niveau de la compréhension du phénomène global, mais aussi au plan de l'action thérapeutique, paraît comme le moyen par excellence d'échapper à toute réduction fondée sur la causalité linéaire.

6. Sami-Ali M. *Le Rêve et l'Affect. Une théorie du somatique*. Paris : Dunod, 1997.

Car la réalité est un ensemble complexe où le psychique et le somatique renvoient l'un à l'autre continuellement, et à laquelle la causalité circulaire semble la seule applicable. En ce sens, découvrir une impasse à l'arrière-plan d'une pathologie organique ne signifie nullement qu'on introduit subrepticement la psychogenèse, ni qu'il s'agit d'une somatisation.

L'action thérapeutique

Conçue dans cette optique, l'action thérapeutique exige que soient réalisées deux conditions en particulier : d'abord, qu'aucune obstruction ne vienne empêcher le thérapeute d'accéder librement à la vie onirique et affective, la sienne autant que celle de l'autre, ensuite, que l'affect et la représentation ne sauraient être traités séparément, parce qu'ils sont l'avert et l'envers du même phénomène. Phénomène éminemment relationnel capable de fonder ce qu'on pourrait appeler la représentation affective du monde dans laquelle l'affect, au lieu de se réduire à une réaction subjective à éviter autant que possible, s'ouvre au contraire à la connaissance d'autrui. En ce qui concerne Mme H par exemple, le thérapeute s'étant senti un peu perdu à suivre une chronologie passablement embrouillée, découpée en fonction de plusieurs séjours à l'étranger, s'est interrogé sur l'organisation spatio-temporelle sous-jacente. Et d'apprendre qu'effectivement, gauchère contrariée, Mme H se situe mal dans l'espace et le temps, malaise qu'elle reproduit à travers son discours : peut-être cherche-t-elle un nouveau repère personnel, à la faveur d'une relation qui ne doit d'aucune façon répéter une distance affective vécue autrefois relativement à une figure parentale et intimement liée à l'impasse.

Ce rapport avec l'impasse, d'autres affects peuvent également le révéler, dont l'ennui principalement. Sentiment de vide que rien ne vient combler, donnant la même valeur à tout et mettant sur un pied d'égalité le positif et le négatif. En ce sens, il reste indissociable de la dépression qui n'est pas seulement un état interne mais l'expression d'un enfermement relationnel. Au niveau de l'exploration clinique, l'ennui peut servir de fil conducteur remontant du présent au passé et permettant de suivre de près le va-et-vient d'une évolution marquée par l'impasse.

Perspectives théoriques

Quelques remarques sont encore nécessaires pour mieux cerner la perspective théorique. Deux principes y président : le fonctionnement psychosomatique est inséparable de la situation dans laquelle on est engagé et inversement, de sorte que le phénomène clinique le plus élémentaire reste cette relation de complémentarité. On l'oublie souvent quand on s'évertue à déduire le fait psychosomatique du seul fonctionnement psychosomatique qui se définit par rapport à l'activité onirique, présente, absente ou alternant entre la présence et l'absence, l'absence et la présence. Quatre formes majeures de fonctionnement en résultent, capables de s'articuler à des situations relationnelles allant du conflit soluble sur le modèle de l'alternative simple, au conflit insoluble, l'impasse, dont la structure logique est autrement plus complexe.

C'est autour de cette thématique que se situent mes travaux de recherche autour du cancer en psychosomatique relationnelle, et ceux qui sont présentés ici.

Quelle place pour la psychothérapie dans la thérapeutique du cancer ?

Dr Maurice Bensoussan

Le corps réel et le thérapeute

L'existence d'une pathologie organique, en particulier d'un cancer, chez un patient engagé ou s'engageant dans une psychothérapie impose de ne pas oublier la réalité, en premier lieu celle de la maladie corporelle. Le corps réel existe et place immédiatement le psychothérapeute dans une position de co-thérapeute, d'autant que le risque vital est souvent engagé. Il n'est plus alors possible d'éviter une question, rarement posée dans le cas des psychothérapies, démarches individuelles par nature, celle des échanges qui peuvent ou doivent exister entre les différents soignants.

L'écueil de l'oubli, issu des savoirs acquis, des aspects somatiques et des aspects psychologiques, par chacun des intervenants doit être rapidement identifié. Mais au-delà de cette réalité de l'existence d'une polarité psychique et d'une polarité physique, la question essentielle du lien entre psychique et somatique émerge. Pour reprendre le titre du dernier ouvrage de Sami-Ali, il s'agit de « Penser l'unité ».

Les quelques réflexions qui vont suivre sont issues d'une pratique de la psychiatrie.

La pathologie organique

Même si certaines spécialités médicales trouvent leur excellence et leur performance dans une indispensable technicité biomécanique du soin, il persiste un fort consensus professionnel pour souligner l'inaliénable dimension relationnelle de la pratique médicale. Celle-ci ne se décline pas, bien évidemment, dans la seule dimension, aujourd'hui très actuelle des obligations d'information, voire de transmission du dossier médical faites au médecin. Il existe aussi dans la thérapeutique une part d'éducation amenant à un transfert du savoir du soignant vers le patient grâce à sa lecture experte de la pathologie et du symptôme. Néanmoins, tout ceci est loin de constituer une psychothérapie.

C'est ainsi qu'il est apparu nécessaire de définir les outils du psychothérapeute pour penser la pathologie organique, à l'exclusion de toute psychogenèse, piège très fréquent dans lequel nombre de psychothérapeutes peuvent sombrer. C'est ainsi, par exemple, que chez un enfant venant consulter pour un trouble du sommeil, et qui souffre également d'asthme, se pose la question des liens. La pathologie organique est-elle dans le champ ou hors du champ de la psychothérapie ?

Quel espace thérapeutique ?

Le patient consulte son psychiatre pour des troubles psychiques et il rencontre un thérapeute qui s'intéresse à la fois au patient mais aussi à sa pathologie organique, classiquement hors du champ de la demande d'aide. C'est un malentendu initial qu'il convient de ne pas méconnaître.

Les repères pour penser les liens entre psychique et somatique concernent :

- Les émotions du patient mais aussi du thérapeute
- La situation de vie qui comporte aussi les dimensions matérielles de la demande.
- La relation entre la demande explicite du patient vers le psychothérapeute et sa pathologie organique.

La consultation de Philippe

Philippe, adressé par son médecin généraliste pour une dépression, illustre cette notion d'espace thérapeutique. Il est déjà incapable de reconnaître sa dépression car elle se confond avec sa vie. La dépression doit être lue comme une situation d'impasse (au sens de Sami-Ali), qui implique une absence de demande par absence d'espoir. Une déception sentimentale donne une dimension actuelle à l'exacerbation de la souffrance, avec des projets suicidaires plus précis, mais aucun lien ne peut être fait car il existe une impasse sur le plan de la temporalité amenant à une équivalence entre le passé, le présent et l'avenir. Sa vie est stéréotypée, rythmée par le travail, par la ritualisation répétitive des rencontres familiales envahies de silence et de routine. Le cancer n'est évoqué que grâce à l'anamnèse médicale et parce qu'il induit un état émotionnel projectif particulier. Sa dépression est d'une évidence telle qu'elle pourrait se passer de tout avis spécialisé mais il la nie en même temps qu'il la reconnaît. Elle occupe tout l'espace, dans lequel le cancer est accessoire, même s'il a pu apparaître comme une solution à la dépression en portant le spectre d'une mort passive.

Évidence et paradoxe de la psychothérapie chez un patient cancéreux

Devant un patient en souffrance, l'évidence concerne la posture de soutien de tout médecin au-delà de ses interventions techniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Le paradoxe fondamental concerne la place du psychiatre dans le traitement, y compris psychothérapeutique, d'une pathologie cancéreuse. L'opposition du modèle médical et du modèle psychologique renforce ce paradoxe en séparant le psychique du somatique. Penser les liens entre le malade et la maladie est un des enjeux de la psychothérapie du patient cancéreux.

L'exemple des protocoles thérapeutiques des cancers, dont l'application porte des progrès thérapeutiques majeurs, caractérise le rapport bénéfice-risque de cette séparation entre la maladie et le malade, où le traitement de l'une occulte celui de l'autre dans une impossible et pourtant bien réelle opposition.

Une posture de soutien psychothérapeutique, de par les dimensions de présence, d'accompagnement, d'apaisement, a-t-elle un impact sur la pathologie organique ?

Il convient également de tenir compte de plusieurs écueils constitués par la confusion entre le sens primaire et le sens secondaire du symptôme organique, par la somatogenèse, la psychogenèse et le clivage absolu entre le corps et l'esprit.

Comment définir une posture thérapeutique ?

S'interroger sur les relations entre le passé, le présent, l'avenir.
Situier la pathologie dans la vie du sujet.

Repérer des émotions, reliées ou non à des pensées ou des situations telles qu'une démoralisation, une inquiétude...

Situier la place de l'imaginaire, c'est-à-dire des rêves, des loisirs, de la créativité, des jeux...

Faire des rapprochements entre des contraintes imposées par la maladie ou son traitement et des difficultés relationnelles précoces comme celles rencontrées avec les parents.

Quelle psychothérapie ?

La psychothérapie ne saurait être la première demande de soins d'un patient atteint d'une pathologie cancéreuse. Il convient alors de définir le cadre thérapeutique, son objet au-delà de l'information médicale, de la compassion, du soutien. Sur quoi peut porter l'aide relationnelle et surtout a-t-elle des implications thérapeutiques sur la maladie ?

Quelle causalité ?

Les risques de la causalité directe peuvent se retrouver dans la consultation psychosomatique de Paul qui apprend, un mois auparavant, qu'il est atteint d'un cancer. Pour lui, cette pathologie est en lien direct avec sa culpabilité, qui l'accompagne depuis toujours, bien avant la mort de son épouse et son remariage. Il se méfie des

médecins car ils ne traitent que la conséquence des affections (le cancer) et non la cause (la culpabilité). Il souhaite mon avis de psychiatre sur l'indication chirurgicale posée pour son cancer, convaincu qu'une psychothérapie peut le prémunir d'une récurrence. Le risque des modèles utilisant la causalité directe est qu'il vont ramener une pathologie organique, son déclenchement, ses facteurs favorisants voire son étiologie à des deuils, des traumatismes, un choc. La causalité circulaire introduit une thérapeutique à la fois médicale et relationnelle à condition de définir la relation pour engager un travail de reconquête de l'unité.

Sami-Ali propose de penser la pathologie organique à partir de l'impossible désintrication du psychique et du somatique. Il différencie la théorie relationnelle d'autres approches psychosomatiques telles que :

- Les comorbidités et la médecine psychosomatique. C'est un principe médical qui dresse l'inventaire des pathologies, de l'aspect psychique des événements de vie en lien avec la maladie et des facteurs psychiques en lien avec les maladies physiques.
- La psychosomatique ordinaire s'appuie, elle, sur de simples relations temporelles entre des événements de vie et des symptômes somatiques. Elle ne fait aucune référence aux émotions et à l'imaginaire.

La psychosomatique basée sur la psychogenèse, qui est représentée par ce qui est décrit comme « pensée opératoire » ou « alexithymie ». Il y a là l'oubli des aspects biologiques, génétiques, et de faits tels que l'aggravation par la psychothérapie de la pathologie organique.

La théorie relationnelle exclut toute psychogenèse, étudie la complexité des liens entre le psychique et le somatique au travers de concepts tels que la projection et l'état interne. Elle affirme que le fonctionnement psychique ne peut expliquer la survenue d'une pathologie organique et pose toujours la question de la situation du sujet et de son rapport avec l'impasse.

Quelle mise en place de la psychothérapie ?

Une attention particulière porte sur le contexte de la première consultation. En effet, habituellement, la demande ne concerne pas la pathologie organique mais des aspects psychiques. Il est important

de repérer la temporalité en saisissant la situation du patient dans le contexte précis de la rencontre thérapeutique.

L'analyse du hiatus entre l'attente du patient et celle du thérapeute est intéressante en ce qu'elle vise à rechercher le point médian respectant l'authenticité comme le bien-fondé de chaque position. Souvent, dans cette rencontre, l'espace thérapeutique se situe entre une démarche allant de la concession à une tentative de la dernière chance.

Les repères du thérapeute

Il n'y a pas de cadre thérapeutique préétabli mais un espace à bâtir de toute pièce

La relation, définie par l'espace, le temps, le rêve, l'affect et la langue maternelle est au centre de la psychothérapie. Une place est faite d'emblée à la vie onirique.

Les liens entre psychique et somatique

Les événements de vie en tant qu'ils représentent des explications, des situations de conflit ou des situations d'impasse.

La position du patient par rapport à l'imaginaire, à savoir la présence ou l'absence de souvenir de ses rêves.

Une approche de la temporalité par l'étude des rythmes, des poussées, des décompensations.

Sami-Ali, dans son dernier livre, « *Penser l'unité* »¹, propose, au-delà d'un modèle théorique pour penser la pathologie organique dans l'unité du sujet, des outils thérapeutiques pour une psychothérapie intégrant le corps réel autant que le corps imaginaire. Il décrit le refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire, qui, souvent, survient dans un contexte traumatique que la thérapie va à nouveau actualiser.

Les applications thérapeutiques de la théorie relationnelle

Pour des patients confrontés à l'aggravation de leur pathologie organique, à une poussée évolutive, à une métastase, la présence

1. Sami-Ali M. *Penser l'unité*. Paris : L'Esprit du Temps, 2011.

d'un thérapeute va contre l'isolement dans son combat face à la maladie.

Le soutien d'une résonance syntone, dans le cadre d'une présence authentique et fiable.

La recherche de liens et d'une compréhension à l'exclusion de toute psychogenèse, interprétation, causalité directe, culpabilisation. L'introduction d'aspects de temporalité et d'imaginaire.

Nommer les émotions au sein même de la relation thérapeutique.

Échanges collaboratifs entre médecin généraliste, psychiatre, psychologue ou spécialistes d'organe sans oublier d'y associer le patient.

Décloisonnement des pratiques en regard d'une approche allant contre la division corps-esprit

Conclusion

Diviser et ne pas diviser les pathologies pour penser l'unité du patient.

Pour que le thérapeute recherche l'unité perdue, il doit renoncer à des ambitions psychothérapeutiques idéales. Souvent, sa situation éloigne le patient de la perception d'une implication personnelle indispensable à l'abord de sa pathologie, au-delà de la pathologie elle-même.

Penser la pathologie en termes relationnels.

Dans le cas des pathologies organiques, savoir rechercher, chez ces patients touchés dans leur corps, la sensibilité qu'ils éprouvent devant des situations aussi traumatiques. Cette disponibilité permet d'introduire immédiatement l'affect dans la relation. C'est là le travail thérapeutique, du fait de son adéquation à la demande du patient, aux émotions et non à l'application d'une technique.

La thérapie se déroule en fonction du thérapeute et non selon un processus intellectuel. Le thérapeute cherche à comprendre cette nouvelle relation définie par l'espace, le temps, le rêve, l'affect et la langue maternelle. Dans ce contexte, c'est l'attente du patient qui va constituer les termes de la thérapie.

Vj ku' r ci g'kpvgpvkqpcmf 'ighv'dncpm

Table des matières

M. Sami-Ali	5
Introduction – L’impasse relationnelle, temporalité et cancer	
Maurice Bensoussan	13
Quelle place pour la psychothérapie dans la thérapeutique du cancer ?	
Albert Danan	21
Cancer et psychosomatique : propos de patients	
Théo Leydenbach	35
Le cancer, situation-limite	
Michèle Chahbazian	43
Éloïse, 55 ans	
Caroline Delannoy	51
Cancer, soins palliatifs et approche relationnelle	
Adèle Bucalo Triglia	69
Patiente affectée du cancer du sein en thérapie psychosomatique Une impasse dans la relation avec la mère	
Jean-Pierre Malaussena	77
De l’intérêt de la théorie relationnelle de M. Sami-Ali dans le cadre de consultation médicale chez des patients porteurs de maladies cancéreuses	
Hélène Baudoin	89
Réflexions au sujet d’un cas de cancer survenu au cours d’une psychothérapie	
François Huck	107
Cancer et psychosomatique relationnelle	
Bibliographie	113