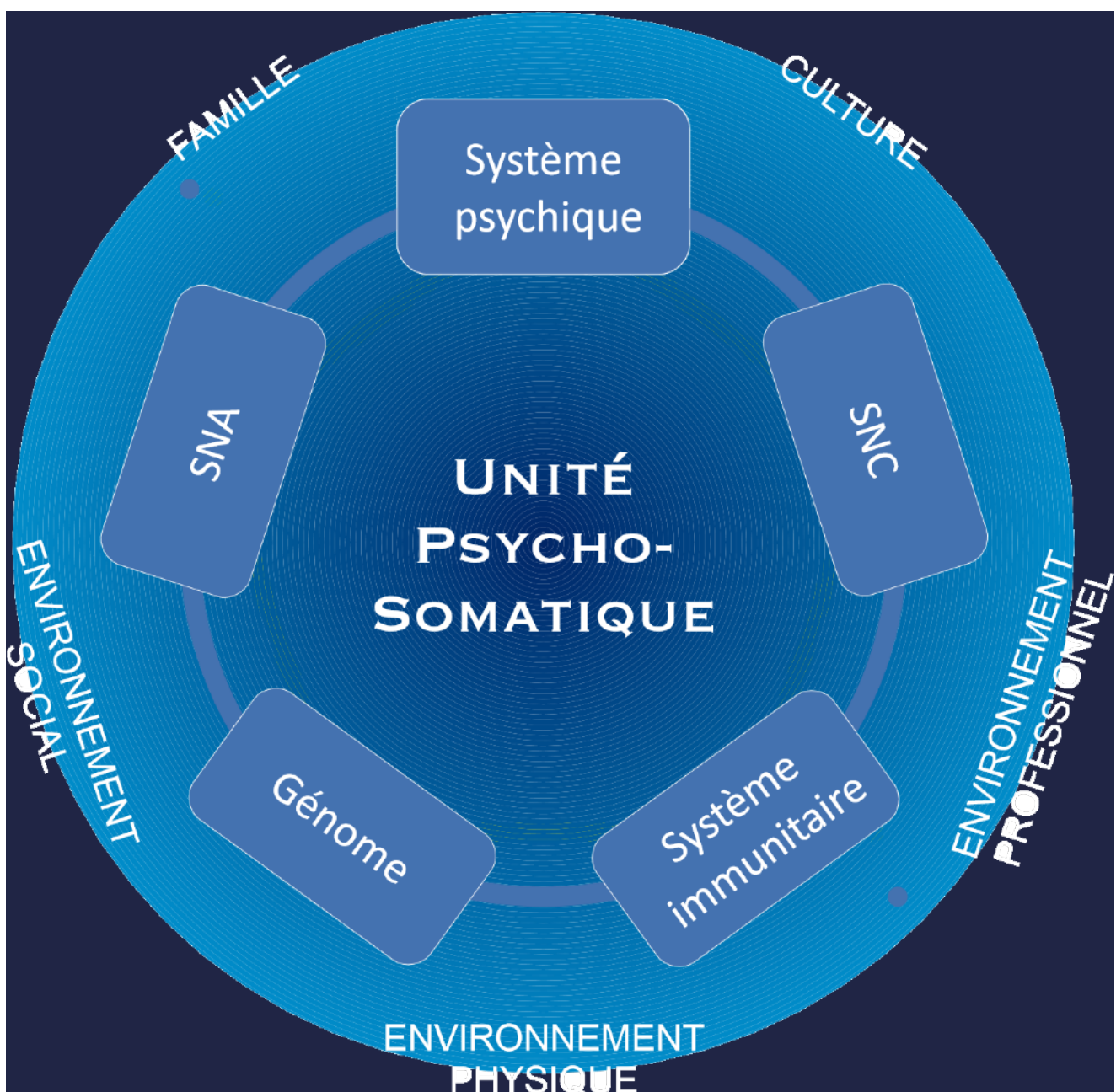


MÉDECINE - PSYCHANALYSE - NEUROSCIENCES

# PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE

INTERROGATIONS PSYCHOSOMATIQUES EN ONCOLOGIE



## COMITE DE RÉDACTION ET DE LECTURE 2022

**André Aboukheir, Benoît Depreux, Stéphane Flamant, Elisabeth Jouan, Lionel Naccache, Jean Benjamin Stora, Bruno Trumbic, Angelo Vapellari**

## COMITE SCIENTIFIQUE

- **Dr. Ruth Aboukheir**, gynécologue.
- **Pr. Laurent Beaugerie**, Service de gastro-entérologie, GHU St Antoine.
- **Anne Buot**, Docteure en Neurosciences, Enseignante à l'Ecole Normale Supérieure de la Rue d'Ulm, Responsable du cours de Neurosciences de l'IPSI.
- **Dr. Philippe Giral**, PH, Service d'endocrinologie, La Pitié-Salpêtrière.
- **Anne Héron**, Docteur en Neurosciences, Enseignant-chercheur HDR en Physiologie Humaine, Université Paris Descartes.
- **Dr. Lionel Naccache**, Anesthésiste-Réanimateur, Algologue, Psychosomaticien.
- **Dr. Karim N'Diaye**, Institut du cerveau et de la moelle épinière / Brain & Spine Institute, Paris, GHU La Pitié-Salpêtrière.
- **Pr. Wolfgang Rapp**, Psychanalyste, Professeur émérite de Psychosomatique, Université de Heidelberg.
- **Pr. Jean Benjamin Stora**, Psychanalyste psychosomaticien, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière, Responsable enseignements de l'Institut de Psychosomatique Intégrative.
- **Michael Stora**, Psychologue clinicien, Psychanalyste, Psychosomaticien, Expert enfants et adolescents addiction jeux-vidéo, Président fondateur de l'Observatoire des Mondes Numériques, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, GHU La Pitié- Salpêtrière.

LA REVUE DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE A ETE CRÉÉE EN JANVIER 2014

## PRÉSENTATION

La **Médecine psychosomatique** prend en charge la « **réalité organique et psychique** » des **questions relatives aux relations entre l'esprit (ou psychisme) et le corps physique qui le sous-tend.**

La Psychosomatique Intégrative (PSI) constitue un courant de pensée psychosomatique créée par le **Pr J.B. Stora**, en poursuivant ses travaux débutés à l'Institut psychosomatique de Paris (IPSO). Cette nouvelle discipline offre une **modélisation** qui permet de poser une **systématisation des relations... « entre-deux corps »**. Elle permet ainsi d'**intégrer la dimension des phénomènes de l'esprit dans leur part économique de la défense de l'individu.**

Il s'agit en effet, de considérer que l'être humain est par nature une « **unité psychosomatique** » dont les **actions menant à un nécessaire état d'équilibre (homéostasie) résultent d'une défense et de son économie.** Celle-ci se trouve, de façon **triviale, simultanément assurée dans et par chaque dimension** (somatique et mentale). Autrement dit entre **moyens défensifs intra-systémiques et inter-systémiques.**

La PSI offre également une « **méthode d'évaluation du fonctionnement mental** » qui outre son apport à l'exploration clinique, permet une exploitation épidémiologique des données. Elle apporte également les **repères cliniques métapsychologiques fondamentaux** permettant de conduire, le cas échéant, une **psychothérapie psychosomatique** complémentaire aux traitements biomédicaux évidemment indispensables.

Considérer que **la psyché concourt pour sa part à la défense du corps « réel » dans son devenir évolutif face aux agressions de toutes sortes qui l'assailent**, n'est pas qu'une affaire d'intuition. Depuis longtemps les impacts sur la « **physico-chimie et les états du corps** » du devenir de nos émotions et affects, ainsi que ceux de l'élaboration mentale (ou non...) des événements de vie stressants; n'ont plus à être scientifiquement démontrés. Se trouve également mise en lumière l'importance des **conséquences psychiques des traces mnésiques** (conscientes ou non) **des épisodes biographiques qui, dans le passé, ont affectés la texture même de nos esprits.**

Pour autant rien ne légitime ici de soutenir **l'absurde pensée magique d'une psychogenèse des maladies somatiques**.

Etre atteint d'une maladie cancéreuse constitue **un évènement majeur et bouleversant**. Autrement dit, porteur de multiples et profondes répercussions biologiques et psychologiques. Compte tenu de ce qui a été dit précédemment, on comprend qu'en tant que psychosomaticiens, nous pensons que **la pluridisciplinarité des investigations et traitements biomédicaux devrait associer les apports de l'approche psychosomatique intégrative**. C'est depuis cette évidence que nous avons proposé au **Pr S. Delanian, oncologue**, d'ouvrir ensemble un espace de « **dialogues psychosomatiques en oncologie** » dans le cadre initial d'une conférence de la SPI.

Il faut ici signaler l'esprit de positivité, la disponibilisation participative et le volontarisme que le **Pr Delanian** nous a offert. C'est, je pense, ce qui devrait se percevoir dans ce **numéro 11 de la Revue de la SPI** qui retranscrit les échanges qui ont eut lieu durant la **Conférence de la SPI** qui s'est tenue au **GHU Pitié-Salpêtrière en Juin 2022**.

**Dr Lionel NACCACHE**. Algologue, Psychosomaticien

\*\*\*\*\*

## SOMMAIRE

Responsables de la rédaction du numéro 11 :  
Dr Lionel NACCACHE et Angelo VAPELLARI

SOMMAIRE .....	5
INTERROGATIONS PSYCHOSOMATIQUES EN ONCOLOGIE	
Pr Sylvie Delanian .....	6
PSYCHOSOMATIQUE ET CANCEROLOGIE, THERAPIE PSYCHOSOMATIQUE	
Pr Jean Benjamin Stora .....	14
ÉCONOMIE PSYCHOSOMATIQUE DES DÉFENSES DE L'INDIVIDU	
Dr Lionel Naccache .....	22
QUESTIONS - RÉPONSES .....	35

## INTERROGATIONS PSYCHOSOMATIQUES EN ONCOLOGIE



**Pr Sylvie DELANIAN** Oncologie-Radiothérapie, Groupe Hospitalier Universitaire, AHP site Saint-Louis-Université de Paris, France.

**D**ans le **vaste champ de l'interrelation psyché-soma en médecine**, le médecin oncologue peut interagir dans trois types de situations selon que le patient est vu avant, pendant, ou après son cancer.

Le « avant » concerne un patient chez qui un diagnostic de maladie cancéreuse vient d'être établi et ne sera pas traité ici. Se pose, certes, la question de la conduite à tenir thérapeutique oncologique, mais aussi en toile de fond « pourquoi moi » et « pourquoi maintenant ». Il faut alors rappeler que le processus cancéreux est multi-étapes et associe différents paliers de déstabilisation cellulaire et tissulaire, à point de départ génétique et/ou environnementaux, sur plusieurs mois ou années. Le facteur psychique « *se faire du mauvais sang* » peut être une ultime étape, révélatrice d'un état latent voire génératrice de certaines formes inflammatoires, *via* la sécrétion de facteurs de croissance humoraux, notamment à l'occasion de puissants facteurs consommateurs d'énergie physique et/ou mentale prolongés dont les classiques « Deuil, Déménagement, Divorce » et plus récemment covid.

Différente est la phase « pendant » le traitement du cancer, où la relation médecin-malade et son possible « effet placebo » pourrait modifier en partie le devenir du patient.

Enfin, le « après-cancer » concerne les longs survivants du cancer avec ses éventuelles séquelles oncologiques notamment la fibrose radio-induite et/ou chirurgicale, bien décrite *via* la voie des radicaux libres et de l'inflammation.

Devant la complexité de la tâche, permettez-moi d'évoquer notre maître en clarification, René Descartes, dans son ouvrage le Discours de la Méthode en 1637 : "Toute la méthode réside dans la mise en ordre et la disposition des objets vers lesquels il faut tourner le regard de l'esprit, pour découvrir quelque vérité. Et nous l'observerons fidèlement, si nous réduisons par degrés les propositions complexes et obscures à des propositions plus simples".

**L'interrelation psyché-soma en général** a été étudiée depuis plusieurs décennies, en particulier par l'évaluation de la part d'un « effet placebo » en thérapeutique [1]. Dès les années 50, des études contrôlées ont montré une amélioration de la symptomatologie clinique de l'ordre de 20-30% par l'administration d'une substance inerte. Un placebo (en latin « je plairai ») est une substance sans principe pharmacologique actif, inerte dans le cadre de la pathologie donnée, et dont l'administration permet une amélioration des symptômes (et non la maladie) chez certains individus, à leur insu.

Plus qu'un « effet placebo », le terme plus adapté serait l'« effet contextuel » par une possible guérison « naturelle » liée à plusieurs facteurs intriqués et mal mesurables [2]: (a) amélioration spontanée liée au temps qui passe, (b) prise d'un médicament supplémentaire à effet retardé (c) changement d'attitude personnelle liée au contexte thérapeutique, (d) conditionnement réflexe pavlovien lié à une prise médicamenteuse, (e) modulation ou apaisement du stress du fait de la prise en charge médicale.

Cette définition du placebo est alors plus restrictive que la conception initiale, et certains se sont demandé si cet effet existait vraiment : il pouvait être, en effet, surestimé par des co-facteurs inconnus et biais d'analyse par sous-groupes, ou une surreprésentation de patients caricaturaux lors de l'inclusion dans une étude randomisée [3].

L'effet placebo a surtout été observé et étudié dans le contrôle de la douleur et des pathologies fonctionnelles [4]. Des facteurs clés ont émergé tels que la complexité de l'humain-patient dans ses croyances, personnalité, entourage, lieu de vie, et la qualité de la relation médecin- malade [5]. Ainsi, une étude diligentée sur le 'côlon irritable', pendant 6 semaines sur trois groupes 'observation *versus* acupuncture *versus* acupuncture avec attention soutenue' a décrit un soulagement cliniquement significatif de 28% *versus* 44% *versus* 62% respectivement [2].

Les mécanismes impliqués dans l'effet placebo interfèrent aussi avec les effets du conditionnement (Pavlov) et du pouvoir de suggestion (méthode Coué) [2]. Des modifications biochimiques et neurobiologiques de neurotransmetteurs tels que les opioïdes endogènes, dopamine, sérotonine seraient les effecteurs de ce processus [6]. Des mesures par Pet-scanner et IRM cérébrale ont aussi été réalisées mettant en évidence, lors de ce processus, une augmentation de l'activité cérébrale au sein du cortex cingulaire antérieur rostral et le tronc cérébral, zones anatomiques décrites comme impliquées dans le contrôle de la douleur [7].

**L'interrelation psyché-soma en oncologie** présente cependant des singularités. La maladie cancéreuse est une atteinte structurale irréversible, quantitative, d'un organe que l'on peut nommer « **hard** », différente d'une atteinte fonctionnelle, réversible, qualitative, ou « **soft** ».

Le patient atteint de cancer a intégré l'omniprésence du risque vital de type possible si le cancer est localisé et curable, ou de type certain à court ou moyen terme, s'il s'agit d'une maladie métastatique, diffuse et incurable. L'état de santé du patient peut être fragilisé certes par des comorbidités médicales (tabac, alcool ...), mais aussi modulé par ses croyances, personnalité, entourage, lieu de vie ; et semble-t-il affaibli en cas de déficit de mentalisation, de dysfonctionnements dans la relation à autrui, de vie célibataire, ou de situation sociale instable.

Le cancérologue chirurgien, radiothérapeute, chimiothérapeute, va influencer cette période thérapeutique en fonction de la durée de son implication thérapeutique (ponctuelle en chirurgie, prolongée en chimiothérapie), de sa personnalité et de la qualité de la relation médecin- malade induite. Ainsi, de façon un peu réductrice, le cancérologue pourrait adopter une conduite protectionniste « inutile de recourir à un médicament placebo pour induire un effet placebo » un médecin convaincu... une thérapie convaincante [5] *via* une possible action sur le « soft ».

Mais qu'en est-il sur le « hard » ? Cet effet sur une masse tissulaire est imposé de façon chiffrée dans des essais thérapeutiques appelés randomisés double aveugle *versus* placebo, mesure jugée indispensable à ce jour pour démontrer un nouvel effet thérapeutique en oncologie [8,9].

Enfin, en matière d'information, une trop grande transparence médicale sur la toxicité thérapeutique ou une information partielle sur « cas isolés » non contextualisée accessible par internet, peuvent être contre-productives avec la survenue d'un effet nocébo. Surviennent ainsi, chez certains patients hypersensibles, des nausées anticipatoires avant chimiothérapie ou un refus de soin : une juste information orale adaptée au patient, par un professionnel aguerri, me semble être plus adaptée.

Mystère également des décès de patients cancéreux en fin de vie, qui surviennent majoritairement le week-end, comme si le patient attendait de revoir ses proches, même en cas de coma vigil, avant de s'autoriser à « débrancher ».

**L'interrelation psyché-soma lors du suivi oncologique chez un patient guéri de son cancer mais présentant des séquelles thérapeutiques sévères** est d'une autre nature.

Si tout traitement local du cancer (radiothérapie, chirurgie, radiofréquence ...) a une effet majoritaire curatif à la recherche d'une guérison, il existe un effet possible, par définition limité à 5%, à type de complication différée sur le tissu sain autour du cancer, cicatrice ou séquelle dont le terme ultime est nommée fibrose iatrogénique [10].

Toute blessure ou stress corporel engendre un signal de réparation physiologique appelée cicatrisation normale, tandis qu'un signal pathologique avec les lignes de défense anti-oxydante outrepassées, existe soit par excès appelée fibrose, soit par défaut appelée



nécrose, bien que souvent les deux co-existent. Ce tissu sain autour du cancer, blessé lors d'un traitement est possiblement soumis à des déséquilibres loco-régionaux en cascade : excès de cellules de réparation (myofibroblastes) et de dépôt de fibres de la matrice extracellulaire, sécrétion anarchique de facteurs de croissance (apparentés à un engrais chimique) au sein d'anomalies régionales de « communication » vasculaires et inflammatoires. La fibrose, en particulier radio-induite, se constitue ainsi sur plusieurs mois et années par paliers [10].

Longtemps, ce tissu blessé mal cicatrisé a été considéré comme « mort » et impossible à réparer. La mise en évidence d'un processus vivant alternant destruction-reconstruction quotidienne (telle la ruse de Pénélope attendant son mari Ulysse, de ne reprendre époux que lorsque le tissage du linceul de son beau-père en fin de vie serait terminé, défaisant la nuit la toile qu'elle tissait le jour) au profit de la destruction, m'a permis d'imaginer un changement des réglages au profit d'un remodelage tourné vers la reconstruction afin de retrouver l'équilibre ou homéostasie tissulaire [10].

Les traitements de la fibrose à visée structurale mis au point par mes soins à partir des années 90 ont eu pour cible la voie antioxydante, à l'aide de diverses substances médicamenteuses : superoxide dismutase liposomiale (non disponible), puis association PENTO (Pentoxifylline -Tocophérol), puis complétée avec clodronate (PENTOCLO) dans les formes sévères [11].

Pour tenter de démontrer l'existence d'un effet anti-fibrosant, un essai randomisé a été conçu en quatre groupes de patientes atteintes de fibrose radio-induite mammaire mesurable 'Pentoxifylline- placebo, Tocophérol- placebo, double placebo et Pentoxifylline -Tocophérol' [12]. L'objectif de l'étude a été atteint en démontrant une régression significative du volume de fibrose de 60% à 6 mois dans le groupe PENTO *versus* 40% dans les trois autres groupes. Mais quelle leçon tirer d'un effet placebo permettant 40% de réduction d'une masse tissulaire mesurable ? L'investigateur principal (moi-même) a été désigné comme comptable de cette réponse placebo aussi élevée *via* la relation médecin-malade. Ceci a été d'autant plus déroutant que la même étude médicamenteuse sur la cuisse irradiée chez le porc, diligentée par mes soins, avait permis d'obtenir à 6 mois une régression du volume fibreux de 80% à l'aide de l'association PENTO *versus* une progression de 6% dans le groupe Pentoxifylline et 4% dans le groupe placebo [11] !

Une décennie plus tard, un essai randomisé testait le traitement PENTOCLO *versus* triple placebo dans la paralysie progressive partielle des membres supérieur ou inférieurs par plexopathie radio-induite [13]. Malgré des résultats neurologiques préliminaires prometteurs, cette étude n'a pas permis de démontrer un effet thérapeutique sensitivo-

moteur à 18 mois, objectivant seulement une réduction des douleurs et paresthésies dans le groupe actif *versus* placebo.

Ce résultat négatif troublant m'a imposé un questionnement, puis une recherche d'un possible facteur confondant. Ce dernier, par définition inconnu, serait responsable d'une aggravation des groupes actif et placebo, ne permettant pas d'observer une différence significative du fait d'une pathologie neurologique trop avancée. Après recherche active et attentive, a pu être découvert un facteur vasculaire surajouté par sténose artérielle radio-induite chez 28/ 37 patientes (60%), tandis que la littérature mondiale n'avait décrit que 103 cas isolés en 42 ans [14]. Non seulement il a été possible de comprendre l'absence d'effet mesurable dans l'essai précédant, mais aussi de proposer en complément, une intervention thérapeutique vasculaire appropriée.

Ainsi, la prise en charge en oncologie est impactée à toutes les étapes du soin par **l'interrelation psyché-soma**, en particulier liée aux prédispositions du patient à mentaliser les accidents de la vie et la relation à autrui.

L'empathie et la confiance réciproque médecin-malade peut ainsi participer à l'amélioration de la qualité de vie et la réduction d'effets secondaires des traitements *via* la baisse d'interleukine 8 par exemple [15]. Cependant toute intervention humaine, si empathique soit-elle n'est pas productrice d'effet. Ainsi, une étude réalisée pendant la radiothérapie n'a pas permis de montrer un intérêt clinique avec ou sans intervention de « coupeurs de feu » (non soignant) sur le risque de survenue de brûlure cutanée [16].

Le mystère de l'interrelation psyché-soma, *via* la relation médecin-malade, semble désigner un effet d'amplification, parfois même de catalyse, vis à vis du travail somatique spontané d'autoréparation ou cicatrisation des tissus. De nombreuses interrogations demeurent et devraient être étudiés dont la connaissance des médiateurs de ces interactions, de leur intensité et de leur mesure.

Prof Sylvie Delanian MD. PhD Oncologie-Radiothérapie-Radiopathologie

## REFERENCES

1. Brissonet J. Placébo, es-tu là ? Sciences et pseudosciences. 2011 ; 294 ; 1-22
2. Kaptchuk T. Do placebo responders exist? *Contemp Clin Trials* 2008; 29: 587-95
3. Cucherat M. L'effet placebo : mythe ou réalité ? *Editorial Lehre Pharmacologue* 2012; 16: 30
4. Fournier J, DeRubeis R, Hollon S, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 47-53
5. Koog Y, We S, Min B. Three-Armed Trials Including Placebo and No-Treatment Groups May Be Subject to Publication Bias: Systematic Review. *PLoS ONE* 2011; 6: e20679.
6. Dodd S, Dean O, Vian J, Berk M. A review of the theoretical and biological understanding of the nocebo and placebo phenomena. *Clin Therapeutics* 2017; 39: 469-76
7. Tu Y, Park J, Ahlfors S, et al. A neural mechanism of direct and observational conditioning for placebo and nocebo responses. *Neuro Image* 2019; 184 : 954-63
8. Howick J, Friedmann C, Tsakok M, et al. Are treatments more effective than placebos. A systematic review and meta-analysis. *Plos One* 2013; 8: e62599
9. Krogsboll L, Hrobjartsson A, Gotzsche P. Spontaneous improvement in randomised trials : meta-analysis of three- armed trials comparing no treatment, placebo, and active intervention. *BMC Medical Research Methodology*, 2009. doi:10.1186/1471-2288-9-1
10. Delanian S, Lefaix JL. The radiation-induced fibro-atrophic process therapeutic perspective via the antioxidant pathway. *Radiother Oncol* 2004; 73: 119-31
11. Delanian S, Lefaix JL. Current management for late normal tissue injury: radiation-induced fibrosis and necrosis. *Semin Radiat Oncol* 2007; 17: 99-107
12. Delanian S, Porcher R, Balla-Mekias S, Lefaix J-L. Randomized placebo-controlled trial of combined pentoxifylline and tocopherol for regression of superficial radiation-induced fibrosis. *J Clin Oncol* 2003 ; 21 : 2545-2550
13. Delanian S, Lenglet T, Maisonobe T, et al. A randomized, placebo-controlled, clinical trial combining of pentoxifylline- tocopherol and clodronate in the treatment of radiation-induced plexopathy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2020, 107: 154-62
14. Delanian S. Is radiation-induced arteriopathy in long-term breast cancer survivors an underdiagnosed situation? Critical and pragmatic review of available literature. *Radiother Oncol* 2021, 157: 163-74
15. Colloca L, Barsky A. Placebo and nocebo effects. *N Engl J Med* 2020; 382: 554-61
16. Guy J, Bard Reoul S, Trone J, et al. Healing touch in radiation therapy : is the benefit tangible (Coupeurs de feu). *Oncotarget* 2017 ; 8 : 81485-91

## PSYCHOSOMATIQUE ET CANCEROLOGIE, THERAPIE PSYCHOSOMATIQUE



**Jean Benjamin Stora** Psychosomaticien, Psychanalyste, Directeur de l'Institut de Psychosomatique Intégrative, ancien Directeur DU de Psychosomatique intégrative Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière.

ANNIE : CANCER DU SEIN

**E**n psychosomatique comme en médecine, nous sommes confrontés aux maladies graves et à la mort au contraire de nos collègues psychanalystes. En 1985, lorsque j'ai rejoint le Dr Pierre Marty à l'Institut de psychosomatique, j'ai commencé à être très tôt familiarisé avec les problématiques de cancer du sein. Pierre Marty était lui-même engagé dans une recherche qui a fait l'objet plus tard d'une publication en Angleterre. J'ai donc commencé à cette époque à développer des relations thérapeutiques avec des patientes souffrant d'une telle pathologie.

Dans le cadre de ma consultation à la Pitié-Salpêtrière, j'ai commencé à recevoir des patientes souffrant de cancer du sein car j'avais commencé en 2008 une recherche sur cette pathologie et l'une de mes collègues gynécologues me référait des patientes. Ma recherche s'est achevée en 2017 et l'article résumant les résultats et commentant les cas des patientes a paru dans le numéro trois de la *Revue de psychosomatique intégrative*.

Je peux dire que j'ai pu, grâce à mes patientes, développer la nouvelle technique thérapeutique de la Psychosomatique Intégrative : le psychosomaticien (ne) dans un rôle de réparateur et de réparation du système psychique.

### Rencontre d'Annie

C'est ainsi qu'en décembre 2008, j'ai rencontré Annie : je me souviens très bien de cette patiente que j'ai suivie pendant près de huit ans en thérapie psychosomatique d'abord à l'hôpital et ensuite en pratique privée. Annie commença de suite à me parler du « syndrome

de Claude Bernard », à savoir ptosis de l'oeil gauche dont elle s'inquiétait car, et cela s'est vérifié dans tout le temps que je lui ai consacré, elle ressentait profondément toute atteinte de son corps, vécue comme une blessure narcissique. Toute atteinte du corps est vécue sur un mode très anxieux en relation avec son cancer du sein dont il y a eu une récurrence récemment.

J'apprends donc en quelques minutes qu'il y a eu récurrence de son cancer du sein, mais je ne savais pas ce qu'il en était réellement : j'ignorais tout de son vécu précédant le cancer du sein et j'ignorais tout des raisons pour lesquelles il y avait eu une récurrence récente.

Annie attachait beaucoup d'importance à son apparence ; il n'y avait cependant pas de désirs de séduction ni sur un mode archaïque (relation à la mère) ni sur un mode génital. Il s'agissait d'une relation à elle-même et de l'image qu'elle voulait se donner. Dès le début de notre entretien, apparurent une grande fragilité et une détresse liée à de nombreux événements difficiles qu'elle vivait à cette époque. Le ptosis datait de novembre 2008, et les nombreux examens effectués pour contrôler le cancer s'étaient tous révélés négatifs. Elle me parlait de l'atteinte de son oeil en incriminant un produit de beauté qu'elle avait utilisé pour son visage, mais cela s'était révélé négatif. Un scanner, qu'elle avait passé récemment, lui indiquait que tout allait bien.

Nous voyons d'entrée ici apparaître une dimension hypocondriaque liée à la menace du cancer du sein. Toute perception sensorielle déclenche la pensée d'une menace. Puis, elle commença le récit de son cancer du sein gauche qui datait en vérité de 1991 : une tumeur de 5 centimètres de diamètre, suivie de chimiothérapie, de radiothérapie puis de curiethérapie, tout cela avait duré de novembre 1991 à juin 1992. En juillet 1996, apparition de nodules ; elle fut opérée en 1997 : ablation du sein gauche. Cette opération fut suivie jusqu'en mars 1998 d'une chimiothérapie. J'ai établi progressivement un tableau des événements médicaux qui vont accompagner toute notre thérapie pendant de nombreuses années.

En 2002, à nouveau des nodules, il y en avait neuf ; il en reste aujourd'hui cinq. Annie est membre d'un groupe de paroles de patientes « Cancer du sein » ; elle me rapportait parfois au cours de nos entretiens certains des échanges qu'elle avait dans le cadre de ce groupe. Elle me déclara : « Moi, j'aime la vie comme Scarlett O'Hara dans *Autant en emporte le vent* ; j'aime beaucoup le jardinage, mon père me l'a appris. » Elle habitait dans une maison en banlieue où elle avait un potager qu'elle ne pouvait entretenir puisque nous étions en hiver. Ce jardin qu'elle me décrira dans d'autres séances va prendre une importance considérable dans la thérapie. On doit comprendre que dans toute thérapie psychosomatique, nous devons évaluer les capacités des patients d'investir leur énergie dans des activités. Cet

investissement permet d'affaiblir l'investissement de l'énergie somatique mobilisé par la maladie.

Annie revient sur la crainte d'être en retard à ses rendez-vous : « Je déteste arriver en retard » dit-elle. En effet ce jour-là, le train de banlieue avait du retard, et elle craignait de ne pas être à l'heure pour la séance. Elle commença de me parler de son mari avec qui elle ne s'entendait pas en vérité : « Il ne me soutient pas. » Son mari avait toujours été angoissé par le cancer de sa femme, il ne voulait rien savoir ; il s'appelle Henri. Ils sont mariés depuis 1970 ; elle avait alors 23 ans. En quelques mots, Annie me décrit une relation difficile avec un mari dont les traits de caractères obsessionnels se sont révélés progressivement au cours de son mariage. Voici quinze jours, son mari Henri a fait un malaise ; je pense personnellement à un malaise vagal car son électrocardiogramme s'est révélé bon. Henri a 63 ans ; il souffrait de diarrhées à ce moment-là. On ressent profondément toute l'émotion de Annie liée à ses difficultés de vie avec Henri.

Elle vit avec un mari qui ne la soutient pas affectivement, totalement enfermée dans une pathologie obsessionnelle ; il me semble cependant, malgré les plaintes d'Annie, qu'elle a la capacité mentale de tenir à distance sa relation avec Henri. Elle en souffre narcissiquement, mais pas excessivement. Elle change de thème et donc de chaîne associative, en abordant le problème professionnel. Le fait d'aborder progressivement les différents thèmes de sa vie m'incite à penser qu'Annie a un bon fonctionnement psychique, grâce à ses capacités associatives. Elle travaillait dans une société de production de films et je prends soudain conscience que les événements professionnels ont été déterminants dans la sidération de son appareil psychique et dans sa vulnérabilité somatique. Elle a été licenciée alors qu'elle avait 51 ans ; au moment de notre rencontre à l'hôpital, elle avait 61 ans. À l'époque du licenciement, elle suivait une chimiothérapie pour son cancer du sein, et elle considère que c'est comme un signe du ciel car, ainsi, elle a pu réfléchir à sa vie et à ce qui lui est arrivé. Mais tout a commencé beaucoup plus tôt puisqu'en 1991, son service a été fermé ; elle fut la seule à être conservée dans son entreprise. Elle était volontaire pour aller dans d'autres services, et dit-elle, « j'ai vécu l'enfer ». On peut penser à toute cette violence organisationnelle accompagnant les procédures de licenciement : « J'ai vécu six mois d'enfer. » Après il fallait retrouver un poste ; comme activité elle s'occupait de gestion des opérations de tournage. « Je ne me suis jamais arrêtée », dit-elle, « sauf dans la période de chimiothérapie ». On peut supposer, en reconstruisant son histoire, que tout n'est pas arrivé en 1991 et qu'il y avait bien d'autres sources de tensions et de stress professionnel et peut-être familial avant cette date. Annie a vécu dans un environnement professionnel hyper stressant et elle en a été victime car, progressivement, lorsque l'appareil mental est sidéré, ce sont les défenses immunitaires qui sont mises à rude épreuve pendant quelques années avant décompensation et apparition d'une maladie grave. Le système psychique est notre

deuxième système de défense et lorsqu'il est défaillant, c'est le système immunitaire qui prend la relève en sachant qu'il est fragilisé.

Annie aborde à présent la dimension spirituelle de sa vie : elle a grandi dans une famille catholique croyante et pratiquante ; elle-même prie à l'église. Elle possède cette ressource qui est, à mes yeux très importante, pour évaluer ses capacités de résistance. Elle me parle à ce moment-là de ses deux parents, tout cela accompagné de pleurs (elle a d'ailleurs pleuré lorsqu'elle a parlé au début de l'investigation de son ptosis). Sa mère est décédée en août 2004 d'un cancer du côlon, elle avait 82 ans ; Annie pleure abondamment et il est tout à fait évident que le deuil de sa mère n'est pas encore fait. On doit comprendre à cet égard que les excitations liées à la perte de l'objet maternel alimentent encore la maladie. Quant à son père, il vient de rentrer à l'hôpital ; c'est un homme âgé de 92 ans qu'elle décrit comme un être lucide et courageux. Elle adore son père. Elle est très angoissée car les chirurgiens proposent une opération chirurgicale dont l'issue est incertaine. Il s'agit d'une opération risquée pour un homme très âgé et, à plusieurs reprises au cours de la séance, elle me demande mon opinion concernant l'indication chirurgicale, et je lui réponds, à ce moment-là, que je recommande dans le cas de patients d'un très grand âge de s'abstenir d'opérer. C'est une responsabilité que je prends et que j'ai toujours prise à l'hôpital, faisant face souvent à l'hostilité de certains chirurgiens, mais pas toujours. À cet égard, je dois dire, à ma grande surprise, que bien souvent les médecins sont démunis face aux patients âgés de 80 ans et plus ! Je lui conseille d'être aux côtés de son père afin qu'il vive le plus longtemps possible entouré de son affection. Elle a une soeur née en 1943 ; Annie est née en 1947. Les deux soeurs ont un frère aîné qui habite loin dans le sud de la France. Elle le décrit comme un être marginal. Elle revient sur tous les incidents récents : deuil de sa mère, problèmes cardiaques de son père, problèmes de son mari et elle me déclare que cela lui cause des troubles : colites et troubles de l'estomac. On comprend que les excitations causées par tous ces drames ne sont pas élaborées totalement par l'appareil mental. Les angoisses semblent d'une intensité très élevée, et non élaborables : il s'agit d'angoisse somatique signal d'alarme. En psychosomatique, on qualifie ce fonctionnement : « d'irrégularités aiguës de fonctionnement mental ».

Elle revient alors sur sa belle-famille : elle aime beaucoup son beau-père qui est décédé ainsi que sa belle-mère en 1998. À l'occasion de ces deux décès, elle a découvert « beaucoup de choses » sur son mari. Il a grandi dans un appartement où il n'avait pas de place pour dormir pendant toute son enfance et son adolescence. Il a dormi dans la salle à manger où il y avait un divan que l'on ouvrait tous les soirs et que l'on refermait le matin. Il n'a jamais eu de

chambre à lui, il a grandi auprès d'une mère très obsessionnelle, et aujourd'hui encore il se comporte de cette façon dans leur maison où il essaie de tout contrôler.

## **Les ressources vitales d'Annie**

Elle parle à ce moment-là de toutes les activités qui l'occupent alors que son mari est très casanier, n'a pas d'amis, et n'a pas non plus de projet de vie. Elle possède une « Carte des amis du Louvre », et elle visite ce musée régulièrement. Elle suit des cours à la Sorbonne (« Où va l'humanité ? », des cours d'histoire, des cours d'histoire de l'ébénisterie) et enfin elle fait du sport et appartient à un club de randonnée pédestre. On comprend mieux alors son fonctionnement psychique car il existe une très bonne utilisation de son énergie psychique et vitale. Annie possède d'importantes ressources qui peuvent assurer sa survie et sa défense contre le cancer du sein. Elle est capable d'investir son énergie libidinale et somatique dans de très nombreuses activités ce qui permet de limiter le développement du cancer. Annie a de très bonnes capacités de défenses mentales.

Nous revenons sur son passé et elle reconnaît que depuis 1974, époque de restructuration de son entreprise, elle a vécu dans l'angoisse, car tous les deux ans il y avait des licenciements. Nous comprenons le climat de stress professionnel dans lequel elle a pu vivre toutes ces années, accompagnée de tensions dans son mariage. Stress professionnel tout au long de sa carrière, mais en même temps, une résistance psychique exceptionnelle.

Je m'interroge beaucoup sur les traumatismes de son enfance et elle me révèle qu'à l'âge de 10 ans, alors qu'elle était chez ses grands-parents qui habitaient Vichy, elle a assisté à l'assassinat d'un sénateur : elle marchait dans la rue avec sa famille derrière un groupe de personnes quand soudain des hommes cagoulés apparurent et tirèrent sur le sénateur pour l'abattre en blessant une femme. Elle a perdu 3 kilogrammes dans la nuit. Elle était paniquée d'avoir été témoin de cet assassinat ; elle se souvient que son grand-père ne comprenant pas son état émotionnel, lui avait donné une claque. Depuis cette époque, elle dort mal, elle rêve qu'elle est tuée par un des hommes cagoulés puisqu'elle a été témoin de cet assassinat. Elle conserve une petite lumière, une veilleuse qu'elle allume tous les soirs dans sa chambre. Elle a peur de la violence. Elle se souvient alors que sa mère lui avait dit qu'à l'âge de 9 mois, elle avait eu une pneumonie, et qu'elle avait failli mourir. Elle pesait 15 kilogrammes à l'âge de 6 ans. Je me pose des questions sur un comportement « anorexique précoce » et des rapports difficiles avec la nourriture. En basculant de sa mère à son père, elle associe sur une image idyllique : elle allait ramasser des châtaignes avec son père et faisait de très longues balades en forêt. On termine sur la relation avec son père et je lui propose que l'on se rencontre à nouveau pour pouvoir explorer un peu plus sa vie.



Elle se lève et me demande de confirmer ce que je lui ai dit concernant son père car elle a besoin de réassurance ; elle est habitée par une très forte émotion, sert très fort ma main entre ses deux mains et me fait la bise. Nous terminons donc la séance sur des manifestations d'émotion intense. Elle semble reconnaissante de l'accueil que je lui ai fait et de notre entretien. Je me rappelle soudain qu'à une autre époque et dans un autre pays, Sigmund Freud a été confronté à l'hôpital à une patiente qui s'est jetée dans ses bras, et je ris encore de sa réaction horrifiée !

## **Une première évaluation**

La menace potentielle est, à l'heure actuelle, dans l'environnement familial. Elle possède des capacités d'élaboration mentale et de gestion des événements de vie qui peuvent lui permettre de résister. Annie est fixée dans une problématique oedipienne, et toutes les relations des premières séances montrent d'importantes capacités de défenses mentales. Son moi possède des zones de fragilités qui pourraient ouvrir la voie à des désorganisations soudaines : par exemple décès du père, aggravation des conflits avec son mari, etc. Pour le moment, le risque psychosomatique en l'absence des informations médicales est faible à modéré.

## **Le dossier médical**

Prenons alors connaissance du dossier médical et du risque somatique, c'est ce que je recommande en Psychosomatique : toujours consulter le dossier médical pour établir la relation entre le corps et l'esprit. Annie consulte en octobre 1991 pour une grosse tumeur du sein gauche qui est traitée par chimiothérapie première et radiothérapie. Puis elle refuse la mastectomie proposée, mais accepte une curiethérapie complémentaire. Cinq ans plus tard, en juillet 1996, apparaît une récurrence cutanée traitée par hormonothérapie. Les marqueurs continuant d'augmenter, une chimiothérapie de huit mois est prescrite. En octobre 1997, elle accepte une mastectomie-reconstruction par grand dorsal. En juin 2002, hormonothérapie par tamoxifène, puis deux autres médicaments et, malgré tout, apparaissent des nodules de perméation. Depuis, elle est sous arimidex et tamoxifène. En août 2003, les nodules semblent contrôlés mais restent présents, visibles. En février 2005, nodules toujours stabilisés. Bilan d'extension négatif. En décembre 2008, toujours traitée avec de nombreux effets secondaires qui commencent à invalider sa vie. Un mois de pause thérapeutique est alors tenté, très mal vécu psychologiquement et sans amélioration du confort clinique contrairement à l'espoir initial. Les nodules n'ont pas bougé, ils persistent, visibles, donc angoissants, d'autant que les marqueurs sériques s'élèvent doucement.

## **Pronostic médical et pronostic psychosomatique**

Annie est une patiente qui observe mais qui demande des explications aux médecins, souvent avec exigence et même contestation. Annie veut comprendre et participe activement à toutes les décisions. Pour les médecins, le pronostic médical n'est pas bon. Personnellement et de façon paradoxale, je suis en désaccord avec le pronostic médical car je pense qu'Annie a des capacités de défense mentale contre le cancer du sein. Ses capacités de défense au cours des huit années suivantes n'ont jamais fait l'objet d'évaluation à aucun moment de la part des médecins. Ils ignorent tout de ses défenses mentales, et de sa capacité vitale ! Ils sont donc toujours pessimistes ! D'où de nombreuses recommandations de chimiothérapie. Les médecins ne comprennent absolument pas sa pulsion de vie et ses capacités de résistance : ils ne l'interrogent jamais !

La menace potentielle est, à l'heure actuelle, dans l'environnement familial. Elle possède des capacités d'élaboration mentale et de gestion des événements de vie qui peuvent lui permettre de résister. Annie est fixée dans une problématique oedipienne, et toutes les relations des premières séances montrent d'importantes capacités de défenses mentales. Son moi possède des zones de fragilités qui pourraient ouvrir la voie à des désorganisations soudaines : par exemple décès du père, aggravation des conflits avec son mari, etc. Pour le moment, le risque psychosomatique en l'absence des informations médicales est faible à modéré.

Au cours des séances suivantes, Annie parle de son enfance et se décrit comme un garçon manqué, comme un enfant gaie et rebelle. Pour elle, sa mère était une femme soumise, étouffée, sans personnalité, dépressive, qui s'occupait du foyer et se taisait. Elle l'excuse en disant que sa mère a eu une enfance très difficile. Quant à son père, elle s'est toujours affrontée avec lui, mais ils s'aiment beaucoup. Lui-même a perdu son père à 6 ans et une soeur à 18 ans de tuberculose. Les relations avec le père, que j'ai suivies jusqu'au décès de celui-ci, sont affectueuses et proches. Elle aime beaucoup son père. La problématique oedipienne était présente. Annie est la deuxième enfant d'une famille de trois. Son frère aîné vit comme un marginal dans le Larzac. Quant à sa soeur, leurs relations semblent distantes, mais Annie sait qu'elle peut compter sur elle en cas de difficultés. Elle le lui a prouvé en l'accompagnant à toutes ses chimiothérapies. Les deux femmes sont proches et distantes. Elle n'a fait qu'un an d'études supérieures, et elle regrette de ne pas avoir poursuivi. Mais elle se rattrape en suivant des cours à la Sorbonne.

## **La dimension imaginaire et les croyances d'Annie**

Annie a une démarche spirituelle de recherche et s'aide de médecines parallèles. Elle se sent facilement en communion avec la nature, cultive un jardin et médite devant la lune, un coucher de soleil. Au cours de la thérapie sur de longues années, nous avons tissé des

relations qui m'ont permis de l'encourager dans sa relation avec sa réflexologue qu'elle rencontrait très souvent. Je lui ai suggéré, à la suite de nombreuses études scientifiques sur le toucher et le massage corporel, de demander à sa réflexologue de lui masser les pieds pendant plus de vingt minutes et pas quelques minutes seulement. J'avais noté lors d'une importante étude épidémiologique qu'un massage de plus de vingt minutes active le fonctionnement et l'expression de certains gènes pour renforcer le cœur et le système immunitaire. Je pense que cela valait la peine d'essayer. De façon surprenante lorsque les marqueurs étaient élevés, ce massage plantaire de vingt minutes lui permettait en quelques jours de remplir les conditions biologiques nécessaires pour suivre sa chimiothérapie ! Il faudrait faire de très longues études épidémiologiques pour comprendre ces mystérieux mécanismes somatiques.

Par ailleurs, Annie entretenait des relations de nature mystique avec son jardin et les arbres de son jardin. J'ai donc tenté avec elle d'agir sur son économie psychosomatique (lui rendre de l'énergie) ; je lui ai à nouveau suggéré de se rendre dans son jardin au pied des arbres et de solliciter mentalement leur énergie en posant ses mains sur le tronc. Cela lui convenait parfaitement et cette relation spécifique agissait encore une fois ! Tout cela est loin d'être confirmé scientifiquement, mais on doit comprendre que mes suggestions ont fortement agi pour relever le niveau des défenses mentales avec des conséquences significatives sur le système immunitaire, comme j'ai pu le voir et le constater avec l'importante baisse des marqueurs somatiques. J'ai utilisé les mêmes techniques de thérapies traditionnelles qu'avec les patients de culture étrangère d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne : agir sur les croyances par des actes symboliques.

Annie se marie à 23 ans avec un homme qui a également reçu une éducation stricte avec beaucoup de préjugés sur la sexualité. Il sortait d'une histoire malheureuse, elle pensait pouvoir l'aider. Mais il est resté introverti et sans amis. Elle décrit leur relation comme chaleureuse et solidaire, toutefois elle déplore qu'il la considère davantage comme une mère. Elle n'a pas eu d'enfant pour un problème de stérilité inexplicée. Son mari a refusé tout bilan, et s'opposait à une adoption. Ceci reste très douloureux d'autant que, dit-elle, « le sein représente la maternité ». Même s'il n'y a pas eu d'analyse biologique pour comprendre ce problème de stérilité, nous pouvons tout au moins émettre des hypothèses la concernant : elle a grandi comme un garçon manqué, et le cheminement vers la problématique oedipienne s'est d'abord effectué dans une rivalité avec le père, et progressivement, avec les progrès de la thérapie analytique, vers un investissement progressif de la dimension psychique féminine. On doit comprendre que le problème principal est l'investissement psychique du corps pour pouvoir accéder à l'identité psychique féminine. Pour elle, le sein est le symbole de l'allaitement, ce qui n'a pas pu malheureusement être réalisé !

## **Résumé des problématiques et interrogations sur la solidité du fonctionnement mental**

Je rappelle qu'Annie, avant son cancer, était très investie professionnellement. Il s'agissait d'une activité gratifiante, elle était hyperactive et avait d'excellentes relations avec ses collègues et sa hiérarchie. Elle a été victime d'un important stress professionnel dû aux risques de licenciement économique qui ont perturbé son équilibre psychique et à terme l'équilibre somatique. Ses capacités d'investir le monde lui ont permis de poursuivre sa vie en s'inscrivant aux cours d'histoire de l'art en Sorbonne ; elle s'est ensuite inscrite à des cours de gymnastique. Tout au long de sa thérapie, Annie s'est plainte du lymphoedème du bras et de douleurs multiples. À partir de 2009, les effets secondaires des lourds traitements agressifs deviennent plus difficiles à vivre. Aux symptômes somatiques, je dois ajouter le deuil de sa mère en 2005 avec des séquelles que nous avons traitées en thérapie afin qu'elle puisse dépasser cet événement traumatique. Quant à son père, menacé d'une insuffisance respiratoire et de problèmes cardiaques, je peux dire qu'elle l'a soutenu affectivement et courageusement jusqu'à son décès. Les effets secondaires de son hormonothérapie m'ont toujours inquiété et ils commençaient à être très nocifs. D'après son médecin gynécologue, ce traitement montre ses limites car les nodules de perméation ne régressent pas et les marqueurs remontent doucement. J'ai lutté à ses côtés pendant des années pour qu'elle puisse résister aux différents incidents induits par la chimiothérapie. On doit comprendre que mon rôle de thérapeute maternel a soutenu et renforcé le système immunitaire.

C'est avec tristesse, à la fin de cet exposé, que je dois annoncer qu'Annie est décédée des suites d'une chimiothérapie qu'elle n'a pas pu supporter. Son décès, que je ne prévoyais pas, m'a profondément affecté et je me suis longuement interrogé sur le fait que son médecin oncologue aurait dû me consulter pour que nous puissions évaluer ensemble les capacités de résistance psychique et somatique de ma chère patiente.

Cet exemple clinique nous incite à réfléchir sur la globalité de l'unité psychosomatique : la solidité des défenses mentales a permis à Annie de s'engager dans une stratégie de survie, mais le corps n'avait plus aucune résistance et la mort s'en est suivie. Un psychosomaticien doit pouvoir faire face à la mort de ses parents en comprenant qu'un processus de deuil se développe et qu'il doit l'analyser pour pouvoir accepter la mort. **L'Institut de psychosomatique intégrative offre une formation qui permet de mieux percevoir et comprendre des patientes et des patients somatiques en vue de mieux les soigner.**

Pr Jean Benjamin Stora

# ÉCONOMIE PSYCHOSOMATIQUE DES DÉFENSES DE L'INDIVIDU



**Dr. Lionel NACCACHE**, Algologue,  
Psychosomaticien.

« Là où un concept impair ne suffirait pas, le couple des principes épuise peut-être la totalité problématique » Vladimir Jankélévitch.

**D**ans un article sur les **neuropathies radio-induites**, le **Pr S. Delanian** (1) distingue les formes précoces (d'évolution généralement favorable) et les formes tardives d'évolution progressive (parfois plus de 10 ans). Est également posée la question de la physiopathogénie de ces complications iatrogènes. Plusieurs mécanismes biologiques causaux sont décrits, mettant en avant les conséquences de l'**inflammation** et du **stress oxydatif cellulaire radio-induit** : compressions nerveuses par la fibrose post-radique, facteurs intrinsèques de radio-sensibilité du système nerveux périphérique, ischémie générée par les lésions vasculaires radio-induites plus ou moins compensée par une néo-vascularisation...

Toutefois, l'article souligne une question centrale « largement débattue..., **pourquoi seule une partie des patients traités par radiothérapie va développer des complications radio-induites...**Un grand nombre de facteurs de risques ont été individualisés à ce jour, mais **il reste une part d'ombre, sans doute liée à des facteurs intrinsèques...** » (1).

Cette « **part d'ombre de facteurs intrinsèques** » pourrait être abordée sous l'angle des **interrogations inhérentes aux processus de défenses et d'autoréparation de l'individu face aux agressions de son histoire somatopsychique passée et actuelle.**

Il est évident que tout patient atteint de cancer se trouve sur le plan somatique et psychoaffectif dans **la situation précise et négativement étrange d'avoir à faire face à plusieurs agressions majeures** : la **maladie cancéreuse** est une atteinte somatique grave, potentiellement mortelle, qui va avoir de multiples conséquences somatiques et énergétiques. Mais également ce qui découle psychologiquement de cette maladie : **une**

**angoisse de mort, la crainte de la pénibilité des soins médico-chirurgicaux et de la douleur physique.** Mais également d'avoir à affronter les conséquences socio-professionnelles, et relationnelles (modifications environnementales). De même **l'atteinte narcissique** du sujet ainsi que les **modifications de son schéma corporel** autant que de **l'image psychique du corps**. Et enfin, les **éventuelles conséquences évolutives somatiques iatrogènes de l'irradiation.**

Pour un Psychosomaticien intégratif, **l'individu est comme tel un continuum somatopsychique.** La Psychosomatique intégrative pose, en effet, le **paradigme** d'individu « **unité psychosomatique** », simultanément **corps somatique (ou physique)** et **corps mental** (qui comporte les **effets des traces mnésiques de son histoire**). Cette approche globale instaure donc toute sa place à l'espace d'un **continuum « dynamique entre-deux-corps**» (20), et des **agents de médiation de ce continuum.** Elle impose également **la nécessité d'une mise en relation des évènements de vie et des évènements somatiques, dans la recherche de l'anamnèse.**

Le concept d'unité psychosomatique **implique et permet d'intégrer** la **participation du système psychique (l'esprit)** à **l'économie** de la **défense** de **l'homéostasie de l'individu.** L' **économie psychique inhérente à son fonctionnement,** apparait donc comme **composante des forces de l'équilibre de l'homéostasie individuelle globale.**

Rappelons que la dimension économique du fonctionnement psychique a été initialement ouverte par le **Pr. S. Freud.** Cette dimension « **psycho-physique** » étant une des parties de l'investigation métapsychologique, associée aux points de vue **dynamique** et **topique.** Le point de vue économique, qu'il a ouvert dans ses « Etudes sur l'hystérie », concerne plus précisément « le **destin des quantités d'excitations** et le fait de parvenir, au moins à quelques estimations relatives de leur grandeur » (2). On comprend, en s'appuyant sur ces acquis métapsychologiques, qu'il est indispensable à l'approche psychosomatique intégrative d'interroger cette question du **destin des afflux énergétiques d'excitations qui parviennent au système psychique, du fait des sollicitations de l'affectivité.**

### **La théorie des cinq systèmes et l'homéostasie psychosomatique**

On connaît le modèle théorique introduit par le **Pr Stora** avec la « **Théorie des cinq systèmes** » représentant l'individu comme **système complexe intégration de cinq systèmes**

en interrelations dynamiques multi-directionnelles : le système psychique, le système nerveux centrale système nerveux autonome, le système immunitaire et le système génomique. Ce modèle place ainsi le **système psychique** dans une **intégration réciproque de « liaisons au corporel »**. Autrement dit le **soma constitue la condition de la possibilité d'émergence et de déploiement d'un appareil psychique**. Les cinq systèmes « **traitent chacun, selon son fonctionnement, les données en provenance de l'environnement interne et externe** » (10).

Mais **l'impact économique du fonctionnement du système psychique fait retour sur l'économie somatique** par le jeu du **rôle défensif intrinsèque essentiel dévolu à cet appareil** (dernier palier offert par l'évolution) et par le jeu des interrelations intersystémiques.

Cette approche systémique permet ainsi de penser l'individu et les mouvements de son énergie somatique et psychique (nécessairement **d'origine métabolique** avant de se spécifier de façon qualitative) dans le cadre de référence de la **Théorie générale des systèmes** de **L. von Bertalanffy** (4) articulée à l'approche d'**I. Prigogine** sur les structures dissipatives d'énergie. « **Les organismes sont des systèmes ouverts complexes dissipatifs d'énergie et instables... ils échangent continuellement de la matière, de l'énergie, ou de l'information avec leur environnement** » (2).

La **préservation du milieu intérieur (pérennité de l'équilibre) ou homéostasie**, face à l'énergie portée par des perturbations peut être pensée comme « **équilibre dynamique des flux** » (2). Tout système ouvert « peut avoir des comportements moyens fluctuant à l'intérieur de certaines limites (il s'agit de l'organisation d'un niveau d'homéostasie du système) sur un temps très long, puis subir une perturbation extérieure... et s'en trouver déstabilisé. Le système cherche alors à s'installer dans un autre comportement (**émergence d'une nouvelle organisation**) toujours fluctuant, mais autour d'une autre moyenne » (2). On conçoit que le principe d'homéostasie interpelle **l'intensité, la temporalité (ponctuelle ou permanente) et la nature de l'agression** du système. Ainsi que ses **capacités défensives, sa vulnérabilité**, et ses **ressources**. Il va de soi que la mise en oeuvre de ses défenses par l'unité psychosomatique est **consommatrice d'énergie somatique et psychique**.

Le modèle de l'unité psychosomatique, système de systèmes, établit que chaque système constitutif voit ses activités défensives propres interreliées et intégrées aux **activités défensives intra systémiques des autres systèmes constitutifs (notion essentielle d'organisation somatopsychique intégrée)**. La place défensive essentielle qu'occupe le

**système immunitaire** n'est donc pas isolée. Le système psychique lui-même assure une place défensive face aux perturbations endogènes (intrapsychiques) ou externes (événements de vie affectivement perturbateurs) qui le sollicitent. Dans certains cas les défenses psychiques peuvent être insuffisamment structurées ou se trouver dépassées (**débordement**).

A côté des **événements de vie stressants**, dont la **charge émotionnelle** est importante, voire des événements **psychotraumatiques**; **les maladies somatiques** sont comme telles, **des facteurs causaux de perturbations, variables selon leur degré de gravité**. Il est évident que la maladie cancéreuse induit de fortes répercussions perturbatrices sur le psychisme des patients.

### Les enseignements de l'Effet Placebo

En 2015, la **SPI** m'a permis d'organiser au **GHU Pitié-Salpêtrière** une conférence sur « **l'effet Placebo** » (3). Il en ressortait plusieurs éléments essentiels quant à cet effet, à la réflexion pas si ...mystérieux.

Le premier est que **cet effet résulte de façon purement logique et rationnelle de l'activité des mécanismes internes d'auto-défense et d'auto-réparation de l'individu**. Puisque **son action est non spécifique, et indépendante de tout principe actif ou technique interventionnelle active**.

Le deuxième élément est que **sa mise en oeuvre résulte des effets de l'activité mentale et psychologique sur les mécanismes pré-cités**: « **Certains états mentaux et psychologiques apparaissent au centre de l'effet placebo et de son caractère idiosyncrasique** ». En effet, il est activé par les facteurs suivants : **l'imagination, le conditionnement, la suggestion, la croyance, la confiance, l'attente positive, l'espoir** ». Citons ici le Pr H. Atlan (5) : « **...nous croyons avec le tout de notre personne, pas seulement avec notre pensée rationnelle et imaginative, mais aussi notre corps et les affects dont nous faisons des expériences multiples, conscientes et inconscientes, au contact de notre environnement naturel, social et culturel** ».

Cet effet se trouve donc **au coeur même de la pensée psychosomatique** en tant qu'elle explore les questions inhérentes à la « **filiation entre états psycho-mentaux et leurs interactions avec la vie biologique** » (3).



Un troisième groupe de facteurs déterminants mis en lumière apparaît **essentiel pour la structuration de la chaîne de soins et la prise en charge clinique** : « **l'importance dynamique de la relation thérapeutique ... donc des interactions psychiques intersubjectives, qu'elles soient verbales ou non verbales; conscientes comme inconscientes** » (3). Ce dernier point apparaît fondamental en ce qu'il **introduit les aspects cognitifs, contextuels, psychoaffectifs culturels et symboliques propres à chaque patient vis à vis de sa maladie**. Il donne toute sa mesure à **la dimension relationnelle du dispositif thérapeutique** (3). Celui-ci pensé comme espace dynamique du remède, tel que définit par le « **triangle Hippocratique** » entre le patient, l'équipe thérapeutique et les traitements entrepris.

Enfin un dernier élément était dégagé, celui des « **représentations du patient quant à sa pathologie et aux traitements engagés**. **L'importance de cet aspect se trouve également au coeur même de l'approche global de la maladie en Psychosomatique Intégrative (PSI)** (3). « **Celle-ci est, en effet, double** »... à savoir qu'elle **associe la situation biomédicale et le vécu de la maladie par le patient** (sa connaissance de sa maladie, son vécu psychologique et ses capacités de faire face ou coping) (6). **Ce qui implique les possibilités offertes par le fonctionnement psychique et la qualité de l'environnement du patient**.

### **Processus de somatisation et économie de la défense psychosomatique**

Nous savons depuis le **Pr S. Freud**, que **l'énergie qui alimente le système psychique, ou libido**, est la **qualité spécifique d'une certaine quantité de l'énergie somatique issue du métabolisme organique**. Elle résulte de la **sommation d'une composante sexuelle** (au sens freudien) ou **libido sexuelle** et d'une **composante narcissique primaire, non sexuelle** . Certes « la nature subjective des êtres humains introduit une dimension qualitative que nous ne pouvons appréhender par le biais des modèles quantitatifs énergétiques que nous venons de décrire. Ils nous fournissent toutefois, **par analogie métaphorique**, une compréhension du déroulement des processus énergétiques psychiques... nous parlons de mouvements libidinaux, de leurs fluctuations, des processus de déplacement, d'investissement, de désinvestissement, ou même d'hémorragie libidinale » (2).

En reprenant le modèle de système psychique développé par le **Pr. S. Freud** et en prolongeant (par delà ses limites) l'approche du modèle des somatisations du **Dr Marty**, la PSI pose que **le système psychique se trouve constamment sollicité par les nécessités et les aléas de l'existence**. Ces sollicitations sont **d'origine externe ou interne (somatiques et/ou endo-psychiques)**. Il en découle des **impacts affectifs (émotions et sentiments) voire un stress mental** (notion de **charge allostatique**). Aux requêtes permanentes de la vie quotidienne usuelle, peuvent également se surajouter celles induites par des événements de vie plus ou moins difficiles : **maladies somatiques graves, psycho-traumatismes, deuils, conflits socio-professionnels, problèmes financiers, conflits conjugaux ou familiaux... .**

Les sollicitations adressées au système psychique sont exprimées sous forme de **quantum d'excitations** selon le modèle freudien. Leur énergie ne peut rester à l'état libre du fait des nécessités d'homéostasie (**Principe de constance**) ; l'énergie excitatrice doit être absorbée. « **Le point de vue économique est le principe moteur essentiel de l'appareil psychique qui accomplit un travail fondamental quant aux excitations internes et externes qu'il reçoit : maintenir au niveau le plus bas possible l'énergie qui y circule, ajourner la décharge, élaborer les excitations en les liant par le processus secondaire** » (2).

L'**activité motrice** (musculo-squelettique et viscérale) et de façon générale les **comportements**, « ... plus ou moins accompagnés d'affects et reposant sur une activité sensori-motrice, liés ou non à des représentations mentales plus ou moins élaborées » (2) **permettent de façon rapide une certaine quantité de décharge énergétique**. « Parmi les comportements à **valeur libératoire** on peut relever : les **conduites réflexes** (sexuelles et agressives), les **activités physiques et sportives**, les **activités artistiques**, les **conduites accompagnant les névroses** (évitements phobiques, rituels obsessionnels...), **et les actes manqués** (expressions de représentations inconscientes) » (9).

Ainsi « **il revient au système psychique d'actionner des mécanismes d'évitement à l'égard des excitations externes et de lier (passage de l'énergie libre du processus primaire à énergie liée du processus secondaire et ses représentations de mots) la plus grande masse d'énergie excitatrice interne qui l'assaille par son travail d'élaboration mentale** » (2). L'élaboration mentale est le processus décrit par le **Pr S. Freud** comme le « **produit du travail imparté à l'appareil psychique en tant qu'il a pour fonction économique de maîtriser les excitations qui le sollicitent et lui parviennent à l'état d'énergie libre** » (10).

**C'est précisément par le travail de mentalisation que le système psychique joue son rôle optimal de participation à la défense de l'unité psychosomatique.** Les processus de

l'élaboration mentale relèvent, en effet comme tel, d'une **fonction de remaniement évolutif et créatif essentiel** (11). Sachant par ailleurs que **le travail d'élaboration mentale est « long au déclenchement et progressif à la mise en oeuvre »** (2). On comprend que les défaillances des processus de mentalisation sont au centre des **questions économiques du devenir des flux d'excitations** adressés à l'appareil psychique.

La « deuxième hypothèse de la PSI » est que lorsque ces flux d'excitations **sont de trop grande amplitude ils deviennent non maîtrisables (et par là, générateurs d'angoisse, voire de détresse) ils sont transmis et pris en charge de façon purement neuro-biologique par le cerveau à partir de différents circuits et sous-systèmes neuronaux** (« **Modèle de la double commande** »). L'économie défensive psychosomatique s'en trouve de fait modifiée dans le sens d'une limitation de la contribution de la défense psychique, et de la régression des possibilités d'investissement de l'énergie psychique (libido) « voire du retour qualitatif de cette énergie à un état purement somatique afin d'alimenter l'énergie de la défense des processus physiologiques vitaux » (2).

**Les réponses bio-régulatrices du système nerveux central et leurs conséquences sur les appareils somatiques sont très variables selon l'intensité et la durée de la demande.** Elles impliquent son activité intrinsèque, ainsi que celle du système nerveux autonome, du système immunitaire, et des différents organes et fonctions physiologiques avec leur systèmes de défenses propres. « **L'intensité et la durée des prises en charge de nature purement bio-somatique ouvre la voie aux processus de somatisation** »(2).

**Le principe des processus de somatisation que propose la Psychosomatique intégrative est donc systémique, multicausaliste et rejette tout idée de psychogenèse des maladies somatiques** (qui relève d'une pensée magique).

La deuxième hypothèse revient donc à poser que « **les processus de somatisation résultent des fluctuations et oscillations de l'énergie causées par les turbulences émotionnelles liées aux évènements traumatiques (ou à l'origine de fortes perturbations affectives) soit ponctuels soit de durée permanente transmis par les systèmes somatiques et l'organisation cénesthésique à l'ensemble des fonctions et organes du corps** » (2).

Les défaillances du fonctionnement psychique peuvent résulter d'une **insuffisance de maturation ou de déséquilibres inhérents à des perturbations importantes secondaires aux évènements de vie difficiles donc stressants**, où la **charge allostatique mentale c'est-à-dire la charge d'affects devient trop importante débordant les capacités de psychisation.**

D'autre part, des éventuels traumatismes passés non élaborés sont **cause de dommages de l'appareil psychique** et peuvent à ces occasions être réactivés (**re-traumatisation**) et, de ce fait **accroître les perturbations du fonctionnement**. L'enjeu étant, on le conçoit, le **débordement temporaire** ou non, voire selon les possibilités de réponse, **une désorganisation du système psychique** et par conséquence, **de l'organisation psychosomatique précédente**.

### Economie Psychique et Mentalisation

Sur le plan des **processus psychiques, sus-jacents aux processus énergétiques**, se développent, nous l'avons dit, les exigences du travail d'élaboration mentale (**mentalisation** ou **psychisation**). Il s'agit de lier l'énergie libre des quantum d'excitations accumulées aux représentations de mots (processus secondaire). Nous parlons ici de **représentation psychiques**, différentes en nature des **représentations neuronales** qui sont **d'ordre sensori-moteur**, et qui nourrissent les représentations de choses du système inconscient (processus primaire). « **Les représentations constituent de fait la base de la vie mentale, constituée de représentations de choses (d'ordre sensori-moteur), de représentations de mots, de comportements, liés ou non à des représentations plus ou moins élaborées, et d'affects qui dans un temps initial relèvent de l'inconscient des processus primaires** » (2).

**Le travail de liaison entre représentations de choses et représentations de mots et de déploiement de l'imaginaire est assuré par le système pré-conscient** décrit par S. Freud dans sa première topique. On comprend dès lors l'affirmation de P. Marty (14) selon laquelle « **le système pré-conscient est la plaque tournante de l'économie psychosomatique** ». Les couches existantes de représentations et les liaisons établies **constituent la texture essentielle des chaînes associatives d'idées**.

Or ce travail de liaisons ne peut s'opérer « **qu'à partir des représentations existantes disponibles** » (2). Le travail du Dr P. Marty (14), fondateur de l'Ecole de Paris et de l'IPSO a permis de développer la notion de mentalisation et de ses potentialités en fonction de la **quantité**, de la **qualité** et de la **fluidité** des représentations existantes, qui de façon métaphorique, se sont **accumulées dans le temps par couches stratifiées**. Cette accumulation progressive tout au long des processus de maturation du système psychique est « **directement dépendante des communications enfant, mère, père, milieu familial** » (2).

La **qualité** des représentations existantes concerne leur **disponibilité d'évocation** dans leur temporalité comme dans la possibilité de les mettre en lien à d'autres représentations rattachées à d'autres temporalités (**aller-retours présent-passé**). La qualité concerne également la **permanence de leur disponibilité** (7).

Il faut souligner le fait **qu'une indisponibilité des représentations (donc un abaissement du niveau de défense mentale par défaillance des possibilités d'élaboration) peut arriver lors de perturbations plus ou moins importantes du fonctionnement psychique : insuffisance de constitution, évitements ou répressions de l'activité de représentation, débordements réversibles avec désorganisation mentale légère et régression psychique provoquant des évitements ou des répressions de l'activité de représentation, sidération traumatique voire désorganisations profondes progressives et irréversibles** (2).

### **Données générales de Clinique Psychosomatique Intégrative**

Dans un plaidoyer pour l'intégration complémentaire de l'intervention psychosomatique intégrative à la chaîne de soins (7), j'ai repris la formule du Pr D. Le Breton à propos de la question du dualisme corps/esprit (c'est-à-dire le psychisme) « **l'individu séparé de son corps, autant que l'inverse** » (8).

Nous l'avons dit plus haut, **le psychisme des patients qui sont atteints de cancer doit faire face à une situation perturbante de grande amplitude et s'en trouve hautement sollicité dans sa fonction défensive d'élaborer cette situation somatique majeure. Le risque de défaillance des capacités de mentalisation est donc patent. Cela est source d'angoisse, voire de détresse ce qui est facteur de dégradation des capacités psychiques de défense, d'alourdissement du risque psychosomatique voire de somatisations surajoutées.**

Dans sa prise en charge clinique, le Psychosomaticien se doit donc de **repérer et prendre en charge les éventuelles défaillances d'élaboration par le système psychique de la situation somatique actuelle et l'angoisse qui en résulte**. En visant un **effet de pare-excitations, de contenance**; mais également les **possibilités d'un renforcement des défenses mentales** et, par le **jeu des interrelations intersystémiques, un renforcement de l'activité du système immunitaire**.

Nous savons en Psychosomatique intégrative que « **l'énergie somatique et l'énergie psychique (libido) sont fortement mobilisées par les maladies somatiques** » (6); **la maladie somatique absorbe de l'énergie somatique**, dans des proportions qui peuvent être considérables. Dans certains cas, la production métabolique de l'énergie somatique peut également être elle-même réduite du fait de l'atteinte somatique. **L'énergie psychique peut perdre son aspect qualitatif propre**. La conséquence est bien entendu une régression des possibilités d'investissement de l'individu pouvant aller jusqu'à un « retour sur le soi, au niveau du narcissisme primaire » (2).

La situation de ces patients présente, en effet, de **multiples évènements psychologiquement très stressants**:

- \* **Angoisse de mort voire moments de détresse.**
- \* **Affronter les douleurs cancéreuses.**
- \* **Faire face aux représentations socio-culturelles de la maladie et parfois au rappel d'expériences antérieurs d'atteintes de proches.**
- \* **Faire face aux soins et leur pénibilité, ainsi qu'aux effets indésirables voire iatrogènes.**
- \* **L'atteinte narcissique induite par la maladie.**
- \* **Les questions d'atteinte du schéma corporel et de l'image psychique du corps éventuellement induites par les soins médico-chirurgicaux.**
- \* **Les conséquences affectives et relationnelles avec la famille et l'entourage.**
- \* **Les conséquences socio-professionnelles et financières.**

On comprend aisément dans ce contexte que **ces patients soient extrêmement sensibles aux qualités d'empathie, de pare-excitations et de contenances des intervenants de la chaîne de soins.**

Il est nécessaire, à la vue de ces développements, d'exposer un certain nombre des **questions cliniques** que se pose tout praticien psychosomatique intégratif lors de l'investigation initiale des patients. Ces interrogations premières sont directement tirées de l'ouvrage du Pr J.B. Stora « **15 cas de thérapies psychosomatiques** » (6).

### **1/ Nature de la relation à la mère des premiers temps.**

Celle-ci est essentielle à la compréhension des développements initiaux du système psychique (« **l'Alpha de la psyché** »). Le point d'orgue étant la mise en place d'un objet

interne qui conditionne la possibilité de l'**intrication** entre pulsions sexuelles et pulsion agressives et destructrices. La non intrication de ces dernières pouvant ouvrir la voie à un **retournement contre soi des pulsions agressives et destructrices**.

**2/ Nature de la relation à la mère et au père, à la suite de la période archaïque** et durant les six premières années.

**3/ Composition et relations au sein de la fratrie**.

**4/ Epaisseur du préconscient et activité imaginaire**

**5/ Relations du patient à son corps et évaluation des deux schémas corporels (neurologique et psychique)**.

**6/ Points de fixations**.

Qui déterminent à terme des traits de caractère, de comportement et d'investissement de la libido.

**7/ Problèmes fondamentaux de l'identité psychique et culturelle. Constitution du « Soi autobiographique »**.

- Développement et vécu de l'identité dans le cadre familial.
- Développement de l'identité psychique sexuelle (durant l'enfance et l'adolescence), existence d'éventuelles répressions.
- Influence de l'environnement culturel sur le développement psychique.

**8/ Existence éventuelle de psychotraumatismes dans le passé et leur degré d'élaboration**.

On sait de plus que certains peuvent être refoulés.

**9/ Evaluation psychique de l'impact des antécédents médicaux familiaux**.

- Niveau d'angoisse lié à l'âge d'apparition de maladies graves de membres de la famille
- Age de décès de parents à rapprocher de l'âge du patient (certains patients ne s'imaginent pas vivre au-delà de l'âge de décès de leurs parents).

**10/ Existence de mécanismes de répétition.**

- A relier mécanismes d'identification du patient aux parents.
- Ainsi qu'au vécu de l'identité dans le cadre familial.
- Répétition du destin d'un des parents.
- Répétition du choix d'objet selon un mode masochique (objet agresseur); ou bien narcissique (se regarder dans l'autre-miroir; ou d'une façon conforme à l'idéal du moi).

**11/ Evaluation des ressources du patient.**

Il s'agit de la capacité économique d'investissement par les pulsions de vie pour survivre à la maladie.

- Apprécier la baisse de l'énergie libidinale.
- Modalités d'utilisation de l'énergie psychique.
- Vie imaginaire. Vie onirique.
- Vie socio-culturelle et capacités relationnelles.
- Croyances spirituelles.
- Autonomie à l'égard des prescriptions parentales (idéal du Moi, surmoi).

Au terme de cette étude, il apparait clairement que les données économiques de la défense de l'individu, l'approche clinique d'investigation et psychothérapeutique que permet la PSI offrent de compléter la prise en charge biomédicale aux fins, comme le dit le Pr J.B. Stora en sous-titre de l'ouvrage cité (6), de « **soigner les malades et pas seulement leurs maladies** » (6).

Dr Lionel Naccache



## BIBLIOGRAPHIE

1. « Neuropathies post-radiques : un dommage collatéral chez les patients cancéreux long-survivants » . P.-F. Pradat, T. Maisonobe, D. Psimaras, T. Lenglet, R. Porcher, J.-L. Lefaix, S.Delanian. In Revue Neurologique N°168,Elsevier Masson; 2012.
2. Stora J.B., « Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques », Paris, Ed. Odile Jacob; 1999.
3. Naccache L., « Les effets déplaçants de l'effet placebo » conférence de la SPI sur l'effet placebo. GHU Pitié-Salpêtrière, Paris; 2015.
4. Bertalanfy L.Vonn, «Théorie générale des systèmes », Paris, Ed. Dunod; 1972.
5. Atlan H. « Croyances. Comment expliquer le monde », Paris, Ed. Autrement;
6. Stora J.B., « 15 cas de Thérapies psychosomatiques », Paris, Editions Hermann; 2019.
7. Naccache L., « Plaidoyer pour une psychosomatique qui soit intégrée », Revue N°10 de la Société de Psychosomatique Intégrative (disponible sur le site de la Société), Paris; 2021.
8. Simonet G. Laurent B. Le Breton D., « L'Homme douloureux », Paris, Ed Odile Jacob; 2018.
9. Stora J.B., « Cours de Psychosomatique, théorie et clinique », Institut de Psychosomatique Intégrative 1993-2018. Cours non encore publié.
10. Stora J.B., « Cours de Psychosomatique, théorie et clinique », Institut de Psychosomatique Intégrative 1993-2018. Cours non encore publié.
11. Naccache L., « Pourquoi la Psychosomatique intégrative », Revue N° 8 de la Société de Psychosomatique Intégrative (disponible sur le site de la Société), Paris; 2022.
12. Marty P., « Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, tome 1 », Paris, Payot, 1976.
13. Marty P., « L'ordre psychosomatique, tome 2 », Paris, Payot, 1980.
14. Marty P., « Mentalisation et psychosomatique », Paris, Les empêcheurs de penser en rond, Laboratoire Delagrangé, 1991.
15. Stora J.B., « Le Stress », Que sais-je, Paris, PUF, 2019, 10<sup>e</sup> édition.
16. Stora J.B., « La nouvelle Approche psychosomatique. 9 cas cliniques », Paris, MJW Éditions, 2013.
17. Stora J.B., « La Neuro-Psychanalyse », Paris, PUF, 2006.
18. Stora J.B., « Vivre avec une greffe, accueillir l'autre », Paris, Ed.Odile Jacob, 2005.
19. Stora J.B., « L'être humain est une unité psychosomatique », Paris, ebook, Librinova, 2021.
20. Sibony D. Sibony D., « Fécondité de l'entre-deux », *IRIS* [En ligne], 37 | 2016, mis en ligne le 15 décembre 2020, consulté le 29 juin 2022. URL : <https://publications-prairial.fr/iris/index.php?id=1437>

## QUESTIONS-RÉPONSES

### **Dr Bruno Trumbic**

On comprend que l'ontogenèse est plurifactorielle, mais puisque nous essayons aujourd'hui d'explorer le dialogue psychosomatique, avez-vous l'un ou l'autre pu repérer des spécificités du patient cancéreux ? La perturbation psychosomatique est impliquée dans l'infarctus du myocarde, dans les maladies auto-immunes et inflammatoires, dans toute une série de domaines. Y a-t-il des facteurs récurrents plus que ne le voudrait le hasard, en terme de type ou d'intensité de stress, voire de structure psychique qui la reçoit et qui serait plus particulière aux patient qui font un cancer comparativement aux patients qui font une maladie métabolique suivie d'infarctus par exemple ? Pourrait-on identifier des sous populations qui seraient particulièrement à risques, et qu'on pourrait explorer, ou sommes-nous tous éligibles aux risques de développer un cancer, en mettant de côté la consommation de tabac, d'alcool etc ?

### **Pr Sylvie Delanian**

Dans les études épidémiologiques on identifie des sous facteurs (tabac et autres), et finalement il y aura environ 10% de gens cicatrisant mal, notamment les BRCA1 et BRCA2 par exemple qui ont des défaillances de réparation de leur génome, et feront des cancers du sein ou de l'ovaire en série. Les fumeurs eux feront des cancers de la gorge, de l'oesophage ou de la vessie en série. Aujourd'hui, par exemple, il y a quasiment plus de cancer de poumon chez la femme que chez l'homme, et de préférence à quarante ans plutôt qu'à soixante. Bien qu'on nous explique que l'homme et la femme soient identiques aux risques, pour le cancer ce n'est pas le cas. Y a-t-il des spécificités chez le patient ? Peut-être que non, en dehors d'un sous-groupe très particulier de maltraitance de l'enfant, pour qui s'exprime un cancer; Par exemple une tumeur de l'oesophage à l'endroit du coeur chez la jeune fille agressée à cinq ans; un cancer qui de préférence ne va pas être soigné et qui va passer son temps chez les « psy » et va, faire des parcours multiples et variés, attendre d'avoir un cancer du sein de « 4 kilos » avant d'aller voir un médecin. Je pense en particulier à l'Allemagne et son système de soins. Il y a le parcours de soins standard et ceux qui en ont peur et vont à côté. Ils ne sont pas si nombreux mais il existent et ils ont le droit aux soins mais certains systèmes de soins aujourd'hui les exclut totalement. Avec la pandémie ces deux dernières

années il y a eu une majoration d'exclusions des patients aux soins selon moi, je suis navrée de voir que toute personne qui ne présente pas le symptôme qu'on attend va être renvoyé chez lui. C'est compliqué parce qu'il y a des spécificités et des fragilités psychologiques chez certaines personnes qui ne peuvent pas être appréhendées d'emblée comme d'autres. Par contre il y a une manière, pour « 99% » d'entre eux, de leur permettre de réintégrer le soin optimal. Je pense que la connaissance et la manière de transmettre la connaissance est un grand facteur. Dans la relation médecin-malade j'ai l'habitude de dire qu'il faudrait presque parler la langue du patient, c'est à dire, que par définition le patient n'est pas du monde médical et le médecin doit user du vocabulaire ad hoc et d'un comportement ad hoc afin de permettre au patient de le comprendre. C'est beaucoup plus complexe de dire qu'il faut parler le social autrement que de parler une langue étrangère. Une fois que le malade a compris il me semble qu'il va pouvoir accepter des choses qui sont inacceptables; par exemple vous dites à quelqu'un « bonjour, vous avez un cancer, vous venez demain, vous allez être intubé, perdre vos dents, vos cheveux, vous serez hospitalisé une semaine sur deux pendant six mois, et mourrez dans 10 % des cas »; en fonction de la personne qui est en face, elle risque d'errer. Je ne sais pas pourquoi mais si l'Allemagne a créé de grands penseurs et de grands philosophes, elle a aussi créé de grands gourous, voyoux, aujourd'hui, tout comme sa voisine la Suisse, qui soutirent de l'argent à des pauvres gens. Je pense à des gens qui se prétendent oncologues en Allemagne et qui accèdent selon eux à l'âme des gens, ce qui pour certains peut être apaisant mais qui pendant ce temps fait passer une tumeur de trois centimètre à dix. Pour ces patients, lorsqu'ils vont revenir à la raison, ça sera beaucoup plus compliqué. Le revers de la médaille à une bonne compréhension, c'est que si le patient a bien compris alors qu'il n'avait pas envie de comprendre, ça peut être difficile.

### **Dr Bruno Trumbic**

L'incompréhension peut être un déni, une défense, très archaïque.

### **Pr Sylvie Delanian**

Tout dépend de comment on l'a compris, comment dire les choses sans être cruel.

### **Dr Lionel Naccache**

En réalité nous savons que la vie mentale se développe dans deux espaces. C'est à dire l'espace logico-rationnel et puis il y a la vie psycho-affective et son fonctionnement mental. La relation thérapeutique présuppose qu'il y ait une communication inter-subjective et une perception de comment le patient peut se

représenter et accepter l'interpellation du médecin et donc en quels termes, avec quelle progressivité etc... Il est évident que faire un diagnostic à un patient d'une maladie, dont il a vu un de ses parents mourir pendant sa petite enfance, à un écho qui dépasse de très loin la seule réalité froide... Pour répondre sur le versant psychique à la question du Dr Trumbic, il y a bien eu une tentative du docteur Franz Alexander de présenter des profils de patients, qui n'a débouché sur rien, cela va de soi, parce qu'avec le modèle dont on dispose, on voit bien que les questions relèvent de l'investigation clinique psychosomatique: quel potentiel de défense psychique via quelle masse d'excitations, problématiques à affronter et à élaborer etc... A partir de là, je dirai que ta question est aussi à intégrer dans ce qu'on appelle la complaisance somatique et la vulnérabilité. Il y aussi la question, d'éventuels traumatismes chez tel patient, quels sont les traumatismes passés: ont-ils été élaborés ou non ? Finalement, on en revient à la question de quel est le fonctionnement psychique ? Ce que l'on retrouve au centre de notre première évaluation, c'est à dire comment fonctionne ce patient et quels sont ses ressources ?

### **Pr Sylvie Delanian**

Pour compléter, tout le monde ne consulte pas un psy par traumatisme mais tout le monde a été traumatisé par des petites choses mais il y a ceux qui consultent et ceux qui ne consultent pas et je suis pas sûre qu'on puisse arriver à soixante ans sans jamais avoir traversé des épreuves. J'abonde dans votre sens, et ne suis pas sûre qu'il y ait un profil particulier.

### **Stéphane Flamant**

Je pensais à un cas que le Pr Stora avait développé dans un de ces livres. Un patient qui était dans un principe justement d'opposition aux médicaments enfin aux traitements et effectivement la réaction des médecins en charge était « s'il ne veut pas prendre son traitement, c'est son problème; moi je ne vais plus le voir ». Ce genre de problématique est connue et le Pr Stora généralement arrivait à sortir le patient de son obstacle parce qu'il allait voir affectivement la raison derrière le comportement... Pour répondre plus spécifiquement à la question du Dr Trumbic, il y a un service de soins pour les personnes qui refusent de se faire soigner un cancer et la tumeur devient affleurante; pour éviter qu'elles prennent le même canal et qu'elles ne soient mêlées avec les autres patients, ils sont adressés dans un département, souvent les soins de support où on ne propose pas de traitement mais simplement de refaire les pansements. On peut se demander quel est le fonctionnement psychique qui conduit à ne pas se soigner ?

**Dr Lionel Naccache**

Je reviens sur la question de la complaisance somatique et de la vulnérabilité somatique, j'aimerais rajouter qu'il est très important de s'interroger sur les questions inhérentes à l'image psychique du corps puisqu'il n'y a pas que le schéma corporel neurologique mais également un deuxième schéma corporel qui est le schéma corporel psychique, du corps érotisé. Si ce schéma est partiel et n'inclue pas certaines parties du corps, (je pense par exemple aux questions du sein dans certaines répression de la sexualité dans l'éducation), alors ces parties là sont mal couvertes par la défense psychique, et même peuvent être l'objet d'un éventuel déchainement de la pulsion agressive et destructrice si elles devaient se déverser. Comme une analogie avec les pathologies auto-immunes mais à partir du schéma corporel psychique.

**Stéphane Flamant**

Une chose m'avait intrigué lorsque nous nous étions rencontrés en décembre et que nous avons décidé que ça valait la peine d'entamer ce dialogue. C'était le temps que vous passiez, l'attention vis à vis de vos patients que vous avez déjà cité et peut être aussi l'intervention à travers l'empathie, la relation chaleureuse. Peut-être y a-t-il là aussi un aspect plus thérapeutique au sens actif de la relation avec le patient, en allant chercher des traumatismes, une faille de construction de l'appareil psychique. Ce type de relation au patient peut finalement améliorer les résultats des traitements médicaux et une rapidité que vous mentionniez et que je propose de requalifier en une aide pour une meilleure mentalisation du patient. Vous parliez de consultations de dix minutes mais vous n'aviez pas précisé que vos patients que vous consultez tous les six mois dans ces essais vous les gardez une heure.

**Pr Sylvie Delanian**

Jamais moins d'une demi-heure.

**Stéphane Flamant**

Il me paraît évident qu'il y a déjà là une forme de relation affective et psychique au patient, et je ne suis pas surpris que du coup ça ait déjà perturbé les résultats de l'étude randomisée.

**Pr Sylvie Delanian**

J'enfonce des portes ouvertes, mais dans une consultation déjà vous dites bonjour. Si la personne s'assoit, vous la regardez traverser le couloir, vous la voyez marcher donc vous voyez déjà si elle a un problème; si elle regarde ses pieds, si elle a mal à l'estomac, la façon dont elle s'assoit, vous regardez la langue, vous regardez le ventre; enfin il y a un temps de regard de l'autre. Parfois vous avez des collaborateurs qui vont chercher le malade et qui l'assoit, le patient se déshabille avant même de vous avoir dit bonjour alors vous leur dites « Attendez ! Rhabillez-vous je n'ai pas commencé la consultation ». C'est à dire que les prédispositions d'esprit sont comme s'il y avait un recueil de liste de choses quasi non programmé mais qui enregistrent l'ensemble des détails; le bras est gros, tient ce n'est pas la même couleur de d'habitude... votre épaule est plus ronde qu'il y a six mois, je sais pas comment je fais pour m'en souvenir mais je m'en souviens, et donc vous listez pendant ce temps. Une patiente m'a dit un jour « docteur vous prenez votre temps », j'ai été colérique et je lui ai dit « ah non je prend pas mon temps, je prends le temps ». Le temps nécessaire pour engranger les informations importantes et les lister et non pas parce que j'ai du temps mais parce que si ce temps est bien acquis initialement il permettra qu'on se revoit que dans six mois, alors que quelque chose qui ne va pas être bien traité sera suivi d'un premier mail, un deuxième, un coup de fil, d'un troisième et on va être débordé. **On est aujourd'hui dans une médecine technique qui va régler uniquement la question technique mais qui risque de passer à côté de choses qui font le lien comme vous dites si bien, et nous sommes parfaitement complémentaires.**

**Question en ligne pour le Pr Jean Benjamin Stora**

Peut-il préciser comment on différencie une séduction narcissique d'une séduction au thérapeute lors d'une thérapie ? A-t-il quelques exemples concrets à observer ?

**Pr Jean Benjamin Stora**

Pour répondre à cette question, il est important de comprendre que nous communiquons avec le patient le biais de notre inconscient, donc il est fondamental que nous soyons analysés pour avoir une bonne communication avec notre inconscient. Nous avons en face de nous une femme, jolie, qui pourrait être dans la séduction du thérapeute, c'est du moins ce qu'on pourrait penser dans un premier temps. La communication nous permet de comprendre très rapidement qu'elle n'est pas dans ce type de séduction, c'est ce que j'ai compris tout de suite et donc qu'il y avait une autre dimension. Laquelle ? La séduction de l'enfant qu'il y a en

nous vis-à-vis des parents ? C'est-à-dire attirer l'affection de la mère ou du père sur un mode de séduction, parce que c'est comme ça que les très jeunes enfants entrent en relation avec leurs parents. Il ya un troisième type de séduction, une séduction pour soi-même c'est-à-dire être belle, la personne se regarde dans le miroir, se plaît, c'est ce qu'on appelle le narcissisme.

### **Question en ligne**

Merci à tous pour vos apports passionnants, je me posais la question sur le lien entre la pensée « je me suis fais mon cancer » que beaucoup de patients expriment, et l'efficacité des soins, l'apparition des effets secondaires et la récurrence. Est ce que des liens ont été observé ? si oui lesquels ?

### **Pr Sylvie Delanian**

On ne peut pas se faire un cancer, il existe un cancer. En revanche, on peut rajouter une étape par une anxiété et une pression continue. On est capable d'évacuer du stress et on peut par du souci continu plurifactoriel et permanent mettre une pression sur quelque chose qui dort et le révéler. On peut donc révéler un cancer, mal supporter un traitement, on peut favoriser la récurrence sur le même principe énergétique de « je me mets la pression ». Maintenant, est ce qu'on créé un cancer par la simple inquiétude: c'est pas si simple ?

### **Dr Lionel Naccache**

« Je me suis fait mon cancer » ! Par quelle voix de l'esprit on peut comme ça déclarer une telle chose ? Ce n'est pas une question de mégalomanie mais de culpabilité, d'angoisse, d'échec de rationalisation. L'angoisse n'est pas une volition et ce type de déclaration mérite vraiment une prise en charge de thérapeute psychosomaticien.

### **Pr Sylvie Delanian**

C'est ne tenir compte que d'un facteur quand il y en a cent, et donc tenir compte d'un seul facteur et dire que ce facteur n'existe pas du tout n'est pas vrai non plus; c'est partiel et de ce fait le patient va se tromper dans la conduite à tenir et donc effectivement il faut qu'un thérapeute rectifie le propos.

\*\*\*\*\*

**Pr Jean Benjamin Stora**

Je voulais dire que je suis très heureux que vous soyez venus Pr Delanian et qu'on ait pu avoir tous ces échanges. Pour moi, c'est très important parce que c'est un dialogue. Et qu'on puisse vous présenter un peu que la façon dont on travaille conduit à une approche plus globale des patients. Dans votre présentation vous en avez parlé. Mais en réalité **si un médecin n'a pas de formation psychosomatique il ne peut pas traiter les patients. Il n'entend pas son inconscient , il ne comprend pas la psycho-dynamique et les capacités de résistance à la maladie donc c'est important qu'on puisse les former à la psychosomatique intégrative...**

La Pitié-Salpêtrière, Paris le 11 juin 2022





SOCIETE DE  
PSYCHOSOMATIQUE  
INTEGRATIVE

En étant membre de la SPI, vous montrez votre intérêt et votre soutien : **rejoignez-nous !**

Pour tous les membres, le tarif de l'adhésion est de **40 euros** l'année.

**La gratuité est offerte aux étudiants de l'année en cours,  
du premier ou du deuxième cycle.**

Les nouveaux diplômés bénéficient d'un tarif préférentiel à **50% la première année**

Et pour figurer ou rester dans l'annuaire des professionnels **50 euros par an**

\*\*\*

Concrètement, vous pouvez adhérer  
par le site de notre association spi-int.com en suivant les onglets adhésion,  
[https://www.payassociation.fr/societe-de-psychosomatique-integrative/espace-  
adherent](https://www.payassociation.fr/societe-de-psychosomatique-integrative/espace-adherent)

Pour se former et devenir thérapeute psychosomaticien  
<http://www.psychosomatique-integrative.net>