

## Chapitre VII : Sami-Ali : le refoulement de l'imaginaire et l'impasse relationnelle

Sami-Ali est un psychanalyste contemporain, d'une septantaine d'années, « appartenant à deux langues et à deux cultures, ayant pratiqué la psychanalyse en Egypte et en France » (Sami-Ali, 1998a, p.84)<sup>1</sup>. Ancien élève de Marty, il s'en est ensuite distancié pour créer sa propre école et revendiquer sa théorie relationnelle, qu'il présente comme différente de la psychanalyse<sup>2</sup>. Il est professeur émérite à l'UFR (Unité de Formation et de Recherche) de sciences humaines cliniques de l'université Paris VII et dirige actuellement le Centre international de psychosomatique qu'il a créé à Paris. Tout comme Marty, il a abandonné l'idée de toute spécificité symbolique de la maladie ou de l'organe touché dans les maladies qui touchent le corps réel. Il refuse que le corporel soit dissolu dans le symbolique, l'organique absorbé par le psychique, le corps réel rabattu sur le corps imaginaire. Il a donc développé une théorie qui, en étayage au départ sur la théorie de Marty, rend compte d'une compréhension relationnelle possible des maladies qui touchent le corps réel. Il a d'une certaine façon amendé les théories de Marty, apporté les précisions qui lui semblaient nécessaires, en fonction de sa propre sensibilité, de sa propre histoire et de sa propre expérience clinique. Je ne puis hélas, à l'instar de Marty, vous faire pénétrer l'œuvre de Sami-Ali en retraçant son parcours théorique, par manque de données à ce propos. Je propose d'entrer d'emblée dans quelques foyers conceptuels qui organisent son œuvre « psychosomatique » ou plutôt sa « théorie du somatique », car il en est venu « à déconseiller l'usage de ce terme [psychosomatique], tellement il porte les traces de grosses erreurs dans la compréhension des phénomènes » (2002, p.6). Les foyers conceptuels que j'ai dégagés - et qui correspondent à une certaine évolution dans son œuvre - sont : l'imaginaire ou la projection, la pathologie de l'adaptation ou le refoulement de l'imaginaire, l'impasse relationnelle, le relationnel. Je terminerai par la façon dont Sami-Ali envisage le processus thérapeutique. Toutes les citations sont de Sami-Ali, je n'en ai donc précisé que l'année de publication et le numéro de page.

---

<sup>1</sup> Quelques précisions supplémentaires me sont possibles grâce à Jean-Marie Gauthier (auteur, entre autres, de « L'enfant malade de sa peau : approche psychosomatique de l'allergie précoce » (Dunod, 2001, 2<sup>ème</sup> éd.)), membre de mon comité d'encadrement, et formé auprès de Sami-Ali. Sami-Ali serait né en 1929 et aurait actuellement [mars 2007] 78 ans. Il est égyptien d'origine, Mahmoud est son prénom. Il a étudié la psychologie à Paris et la philosophie à Oxford avant de s'installer comme psychanalyste dans son propre pays, l'Egypte. Il s'est enfui en France (lors d'un congrès organisé par Marty) lorsque Nasser est arrivé au pouvoir. Il a été en quelque sorte réfugié politique en France pendant plusieurs années. Actuellement, tout en maintenant une activité clinique, il se consacre à la poésie classique arabe, à la calligraphie et à la peinture.

<sup>2</sup> Il a présenté sa candidature à la Société Psychanalytique de Paris dans les années 60 alors qu'il avait une trentaine d'années. Son mémoire de candidature, écrit en 1959 depuis Alexandrie (Egypte) a d'ailleurs été publié en 1961 dans la Revue française de psychanalyse : « Le corps et ses métamorphoses : contribution à l'étude de la dépersonnalisation ». Il a été contrôlé, pour l'étude clinique qu'il présente dans ce rapport, pendant deux ans, de 1956 à 1958 par Pierre Marty. Il ne fait actuellement plus partie de la Société Psychanalytique de Paris.

## I. L'imaginaire ou la projection

L'imaginaire est synonyme de « projection », phénomène que Sami-Ali a étudié très tôt (*La projection*, 1970) et qui marque le début de son œuvre personnelle. « Ce que nous appelons projection n'a strictement rien à voir avec le concept freudien qui en limite la portée à la fonction défensive, prévalente dans la psychose. (...) Nous considérons que la projection coïncide exactement avec le processus onirique, même si parfois, une part défensive peut lui être impartie. Pour nous en effet, rêver c'est projeter, indépendamment de tout désir particulier, et de toute nécessité d'en camoufler la réalisation. L'activité onirique acquiert ainsi une autonomie et une valeur hautement positive, l'ouvrant à un merveilleux qui fait dire à Octavio Paz : « Sois digne de tes rêves ». » (2003, p.11). « La projection, loin de se ramener à un mécanisme de défense, coïncide avec la possibilité même que le sujet, en se scindant, crée, en dehors de lui, un monde qui est lui » (1998b, p.137). Elle « est d'emblée transformation du réel, qui devient imaginaire, cependant que se créent un espace et un temps également imaginaires » (1997, p.110) et « vient chaque fois créer, à travers une activité subjective différente, une réalité différente à laquelle on adhère plus ou moins, sans s'y perdre entièrement » (1997, p.28).

« L'imaginaire n'est rien d'autre que le rêve et les équivalents de rêve dans la vie vigile » (1990, p.762), c'est-à-dire « le fantasme, la rêverie, le délire, l'hallucination, l'illusion, la croyance, le jeu, le transfert, le comportement magique » (ib.). « Les équivalents de rêve correspondent à une série de phénomènes qu'habituellement on ne met pas en relation les uns avec les autres, en se privant, du même coup, de la possibilité d'en saisir la profonde unité. (...) Autant de formes imaginaires qui dérivent de l'activité onirique et qui représentent le rêve dans d'autres conditions que le sommeil » (1998a, p.82-83). L'imaginaire est « la subjectivité même » (1990, p.762) et ce concept « peut se substituer parfaitement à celui de l'inconscient » (2003, p.14). C'est « un mode de pensée caractéristique du rêve et transformant le sujet en objets aussi bien qu'en l'espace et le temps des objets : l'absolument subjectif devenu l'absolument objectif » (1990, p.762). Se crée « en dehors du sujet une réalité qui est le sujet et à laquelle on croit absolument comme à la réalité, aussi longtemps que dure le sommeil » (2003, p.11).

L'imaginaire est « une fonction qui se constitue. Cette constitution est médiatisée par la relation précoce mère-enfant » (1990, p.762). « D'une façon générale, plus qu'un pare-excitations, la mère joue, pour le nourrisson, le rôle de « synchroniseur » de plusieurs rythmes, permettant à ceux-ci de s'accorder, de s'harmoniser, de se mettre à l'heure. (...) Deux rythmes notamment, qui influent en profondeur sur tout le fonctionnement psychosomatique, portent la marque de ce climat maternel précoce, à savoir la régulation thermique et le cycle sommeil-veille mettant en jeu, à travers l'alternance du sommeil lent et du sommeil

paradoxal, l'accessibilité même de la vie onirique » (1998b, p.75). « À l'origine, tout est rythme et tout passe par la mère en tant que synchroniseur de rythmes » (1990, p.80) » (1997, p.224).

### *L'affect comme équivalent de rêve*

C'est assez tardivement (en 1997) que Sami-Ali fait de l'affect également un équivalent de rêve parce qu' « il transforme véritablement le perçu » (1997, p.111). « C'est la présence de l'affect qui confère aux situations qu'on est en passe de vivre un coefficient d'être que rien ne saurait démentir » (1997, p.26). « La réalité de l'événement auquel on est affronté, deuil ou traumatisme en particulier, dépend de la réalité même de l'affect, selon qu'il est présent ou absent : présent, il rend réel l'événement ; absent, il le frappe d'irréalité. C'est dire qu'en neutralisant l'affect on neutralise l'événement » (p.128).

Autant la définition du concept d'imaginaire et son rapprochement du concept de projection me semble convaincante et correspondre à un phénomène qui caractérise l'humain, autant l'équivalence entre rêve et affect, sur base du fait que ce dernier transformerait le perçu, ne me semble pas légitime. Dans la suite de son œuvre d'ailleurs, Sami-Ali parlera toujours du rêve et de l'affect de façon parallèle mais dissociée. L'imaginaire induit des transformations particulières de contenus représentatifs mais il n'est pas ce qui va donner un coefficient d'être aux situations vécues, façon dont Sami-Ali définit l'affect. L'affect peut être dépendant de l'imaginaire mais il n'est pas l'imaginaire. L'affect, c'est l'impact dans le corps d'une situation vécue. L'imaginaire, c'est la transformation des représentations (condensation, déplacement) après les avoir projetées hors de soi. Je tendrais à donner une existence théorique distincte à ces deux concepts, qui ne se réfèrent pas selon moi aux mêmes réalités.

## II. La pathologie de l'adaptation ou le refoulement de l'imaginaire

Il existe pour Sami-Ali « deux formes majeures de pathologies humaines se définissant par rapport à l'imaginaire et au refoulement de l'imaginaire en tant que fonction : la psychopathologie freudienne et la pathologie de l'adaptation ou du banal » (1998 a, p.85).

Sami-Ali (1998a, p. 84) dit avoir découvert ce qu'il appelle « la pathologie de l'adaptation » dans le contexte suivant : ayant pratiqué la psychanalyse en Egypte et en France, il a été frappé par l'importance inégale que, d'un pays à l'autre, on accordait à la vie onirique. Il n'a jamais entendu dans le contexte égyptien – où le récit et l'interprétation des rêves occupent une place centrale - quelqu'un affirmer, comme c'est fréquemment le cas en France, qu'il ne rêve pas ou qu'il ne s'en souvient jamais. Il reconnaît alors dans l'absence de rêves l'exemple typique d'un refoulement impeccable qui porte sur toute la fonction de l'imaginaire. « Il faut souligner qu'il ne s'agit pas du

concept freudien du refoulement qui, lui, porte exclusivement sur un contenu de l'ordre de l'affect ou de la représentation. On postule ici en revanche le refoulement de l'imaginaire en tant que fonction » (1990, p.763). Il y a consacré un livre, *Le Banal*, en 1980. En développant cette idée d'un refoulement, Sami-Ali souhaite manifestement amender la conception classique ou initiale des fameuses « pensée opératoire » et « alexithymie ».

*Remise en cause des concepts de « pensée opératoire » et d' « alexithymie » et importance du refoulement*

Sami-Ali considère que « l'absence de l'imaginaire n'est pas une « carence » (Marty, 1980 » (1987, p.42), « un déficit réel » (1990, p.765) tels que les concepts de pensée opératoire et d'alexithymie le laissent penser mais la conséquence d'un refoulement qu'ils « méconnaissent » (1990, p.765), d'un « formidable refus de toute la fonction onirique » (1987, p.44), « présence souterraine d'une force de répression terrifiante » (1997, p.30). « L'alexithymie paraît comme la conséquence directe d'un refoulement et non comme un phénomène original qui existe en soi et qui est censé représenter une carence dans le domaine affectif (...) Carence qu'un auteur comme Taylor [*Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*, 1987] s'emploie à expliquer par schémas neurophysiologiques *ah hoc*, mettant en jeu le thalamus et le néocortex, ce qui achève de réduire le psychique au somatique et rendre définitivement incompréhensible l'affect, en tant que phénomène global engageant l'âme et le corps. Le fonctionnement psychique par défaut (absence de rêves, absence d'affects), pose au contraire le problème de ce qui est advenu aux uns et aux autres. [...] Il faut dorénavant envisager que l'affect, lui aussi, autant que la représentation, puisse être véritablement refoulé (...) et que le refoulement du rêve, sans être un moment passager qui s'explique par la censure, puisse au contraire relever du refoulement de la subjectivité propre à la pathologie de l'adaptation (...). D'une manière générale en effet, chaque fois qu'un fonctionnement se manifeste par le négatif, il faut impérativement chercher le travail du négatif. À défaut de quoi, la carence qu'on croit reconnaître chez l'autre devient la projection d'une carence de la pensée chez celui qui en fait la théorie » (2001, p.8). Cet autre regard sur l'absence d'affect et de rêves ouvre selon Sami-Ali la thérapeutique à de nouvelles perspectives car il est possible de défaire le refoulement alors qu'il est impossible de défaire une carence ou un déficit. « Il ne s'agit pas d'une carence mais d'un refoulement caractériel parfaitement modifiable si l'on y consacre le temps » (1997, p.186).

*Caractéristiques de la pathologie de l'adaptation*

« Désormais, il n'y a ni rêves, ni fantasmes, ni affects, comme si tout devait se réduire à un réel extérieur au sujet. (...) C'est ainsi que prend forme

une tendance à remplacer l'imaginaire privé par l'imaginaire public et que les normes socioculturelles viennent occuper la place laissée vide par une subjectivité qui se retire. La pathologie de l'adaptation ou du banal est cette forme particulière du fonctionnement normal dans laquelle les traits de caractère remplacent les symptômes névrotiques ou psychotiques, alors que l'adaptation s'effectue au détriment du rêve et de ses équivalents<sup>3</sup>. (...) Le banal correspond à un ensemble de règles adaptatives dont l'application aboutit à la reproduction du même à l'intérieur d'un comportement conforme. C'est la subjectivité sans sujet » (1998a, p.84-85). Le fonctionnement adaptatif, c'est « une conscience vigile sans conscience onirique » (2003, p.13).

Sami-Ali (1987, p.17) affirme que c'est la pathologie dont souffre Fritz Zorn<sup>4</sup>, ce fameux patient qui a fait de son cancer une maladie de l'âme car il a été « éduqué à mort », « élevé en vue du cancer ». Pour Sami-Ali, la pathologie somatique de Zorn dénote la réussite d'un refoulement qui se maintient durablement. « Par delà tout contenu, le refoulement caractériel porte sur la fonction de l'imaginaire dans toute son étendue » (1987, p.19). Le fonctionnement caractériel « permet au sujet de s'adapter socialement en adoptant les exigences du milieu familial, et de faire abstraction de ce qu'il est en tant que subjectivité. (...) Les exigences familiales, intériorisées, viennent simplement occuper la place d'une subjectivité qui se rétracte » (1987, p.18). La personne « ne fait rien pour elle-même et ne comprend pas qu'on puisse faire quelque chose pour soi » (p.130). « Tout devient conforme » (p.130). « Besoin d'une autorité qui fixe les règles de fonctionnement. Ces règles doivent être appliquées à la lettre, sans faire intervenir la subjectivité et qui agissent comme des prothèses facilitant l'adaptation en dépit de tout » (p.131). « Le réel en tant que norme adaptative s'inscrivant dans un univers de règles, vient occuper la place laissée par l'imaginaire qui se retire » (1998a, p.73).

De la même manière qu'il a établi pour Zorn un lien entre pathologie de l'adaptation et cancer, dans « L'Impasse relationnelle : temporalité et cancer » (2000), Sami-Ali donne à lire les six entretiens uniques intégralement enregistrés et retranscrits qu'il a eus avec des femmes atteintes de cancer du sein et démontre que le destin de chacune de ces femmes a profondément été marqué par « l'adaptation qui, en se poursuivant, culmine dans une subjectivité sans sujet » (2000, p.6), et qui est le pendant d'« un refoulement de l'activité onirique » (2000, p.6).

« Tout est refoulement, sans retour du refoulé. Etat de choses qui aboutit, soit à la disparition des rêves de la vie psychique, soit à la modification même de

---

<sup>3</sup> La notion de « pathologie de l'adaptation » est donc entendue dans un sens particulier qui n'a rien à voir avec l'utilisation de la même notion pour désigner ces pathologies du rapport au normal que sont les psychoses. Le petit « de » est utilisé ici dans le sens d'une pathologie qui se marque par une adaptation anormalement forte aux conditions extérieures, ce qui l'éloigne de toute pathologie psychotique. On peut donc avoir recours du terme de « pathologie « de » l'adaptation » aussi bien pour désigner un manque d'adaptation (psychose) qu'un excès de celle-ci (chez Sami-Ali).

<sup>4</sup> *Mars*, Gallimard, 1979, édition originale, 1977.

la fonction du rêve : désormais n'apparaissent que des rêves de travail, programmés par le surmoi et destinés à être la négation du rêve » (1990, p. 764). Ou encore : « les rêves n'existent pas subjectivement. C'est là une manière d'être aliéné à soi mais content de l'être, coupé de soi sans cependant en souffrir. » (1990, p.763 - 764). Résumons : « Le refoulement caractériel de l'activité onirique peut avoir quatre variantes : l'absence d'intérêt pour les rêves, la prévalence des rêves de travail, l'isolation des rêves et de la réalité, l'insomnie. Autant de variantes qui appartiennent au banal en tant que règle adaptative » (1997, p.38). Enfin, « un trait distinctif de la pathologie de l'adaptation quand elle s'allie à un symptôme organique, c'est que le symptôme n'est mis en rapport avec rien : il est là simplement, isolé, suivant une conception dualiste qui à la fois sépare « l'âme » et « le corps » » (1998b, p.108).

Sami-Ali lie la pathologie de l'adaptation à une dépression caractérielle ou « dépression *a priori* ». Pour la personne qui en souffre, le oui équivaut au non et tout est affecté d'un signe négatif (« Plus j'allais bien, plus j'allais mal », dit Zorn) (1990, p.765).

Cette pathologie de l'adaptation se distingue de la psychopathologie freudienne, car, avec cette dernière ce n'est pas l'imaginaire dans son ensemble qui est refoulé mais un contenu imaginaire particulier qui se trouve ensuite faire retour dans une formation symptomatique transitoire ou durable. Cette psychopathologie freudienne va « de la psychose la mieux organisée aux lapsus les plus évidents » (1998a, p.83). Elle se caractérise toujours par le fait qu'« un refoulement s'est opéré et qu'il a échoué. Refoulement d'un contenu imaginaire de l'ordre de la représentation, et qui laisse revenir dans le champ du conscient ce qui en fut d'abord éliminé : l'inconscient correspondant au refoulé devient conscient. Et cela coïncide exactement avec la formation symptomatique, qu'elle soit durable ou passagère, sévère ou bénigne, formation où se décèle clairement la double présence du refoulé et de la force refoulante, à travers des phénomènes qui restent, par leur caractère énigmatique, dus notamment au déplacement et à la condensation, en dissonance avec soi-même » (ib.). Dans la psychose, ne subsiste qu'une conscience onirique sans conscience vigile, à l'inverse de ce qu'il se passe dans la pathologie de l'adaptation (2003, p.13).

Sami-Ali finit par ajouter à ces deux formes majeures de pathologie, deux autres formes de fonctionnement qui au fond ne représentent que le passage de l'une à l'autre de ces formes, dans un sens comme dans l'autre. Ainsi quand « le refoulement raté cède la place au refoulement réussi » (1998 a, p.85), pathologie « mixte » : « les rêves commencent par être présents dans un fonctionnement psychique assimilable à la psychonévrose, avant de disparaître plus ou moins complètement, pendant longtemps, pour des raisons difficiles à cerner mais qui semblent liées au deuil » (1990, p.766). Enfin « un quatrième axe de fonctionnement existe, que caractérise la graduelle transformation du

refoulement réussi en un refoulement raté, au cours d'un processus thérapeutique qui enfin aboutit. Avec la récupération notamment de la fonction du rêve s'intégrant peu à peu dans le fonctionnement psychique » (1990, p. 766).

*Lien entre les deux formes majeures de pathologie et la somatisation*

Dans le cas de la psychopathologie freudienne, « s'il y a somatisation, elle a lieu dans le corps imaginaire, sur le modèle de la conversion hystérique, et elle reste en corrélation positive avec l'imaginaire. (...) Les symptômes demeurent fonctionnels, réversibles, pourvus d'un sens symbolique primaire, sens qui détermine le symptôme, est à l'origine du symptôme, coïncidant avec la symptomatologie, qu'elle soit névrotique ou psychotique. Le corps est réductible aux images du corps et la somatisation relève du figuré » (1990, p.763). Dans les psychoses structurées (autre versant de la psychopathologie freudienne), Sami-Ali s'appuie, tout comme Marty, sur la rareté et l'absence de maladies organiques pour affirmer qu' « à la limite, une corrélation négative s'établit entre projection [existence de l'imaginaire en tant que fonction] et somatisation » (1987, p.40). « Il est une relation particulière entre somatisation et psychose : tout se passe en effet comme si l'une et l'autre avaient lieu dans la même situation d'impasse, que dans les deux cas on affrontait l'impensable de la contradiction, avec toutefois cette différence que la psychose, quand elle s'élabore à travers le délire notamment, constitue une ultime tentative pour penser l'impensable. L'issue psychotique est donc possible, et c'est en ce sens que la psychose, en dépassant l'indépassable, transpose entièrement les termes du conflit, et, ce faisant, opère un passage du corps réel au corps imaginaire. La psychose met à l'abri de la somatisation. Les psychotiques connaissent rarement la maladie organique qui, elle, s'attaque au corps réel » (1990, p.765).

La maladie somatique touchant le corps réel mais n'ayant aucun sens symbolique, ne relevant d'aucun processus projectif, d'aucun imaginaire, d'aucune psychogenèse se trouve être en lien étroit avec la pathologie de l'adaptation ou refoulement de l'imaginaire en tant que fonction comme ci-dessus démontré dans les cas de Fritz Zorn et de femmes atteintes de cancer du sein.

Dans la pathologie mixte, où le refoulement raté passé au refoulement réussi, on assiste dans le cas d'une somatisation à « une modification de la pathologie qui, du corps imaginaire, se déploie au niveau du corps réel, le figuré cédant imperceptiblement la place au littéral et au neutre, cependant qu'on s'enfonce de plus en plus dans une situation qui a tout de l'impasse » (1990, p. 766). Alors, « la pathologie organique prend de plus en plus ses distances à l'égard de l'imaginaire » (1998 a, p.85).

I. Il est intéressant de constater que les propositions de Sami-Ali visant à insister sur le refoulement plutôt que sur la carence de la fonction imaginaire rejoignent la propre prise de distance et la position plus nuancée qu'ont pris des auteurs tels que Marty ou Taylor par rapport à leurs premières théories. En effet, Marty a évolué dans sa conception de ce qu'était le « défaut de mentalisation » ; il a fini par le considérer comme un phénomène qui peut être transitoire, passager, voire le résultat d'une répression, et non le signe d'une carence chronique et absolue. Ainsi, à la suite de Marty, la pensée opératoire a été de plus en plus considérée comme une « organisation défensive qui peut être limitée » (Fine, 1995, p.182)<sup>5</sup>, « conséquence d'une réalité vécue comme traumatique » (p.185). Il est important de se rappeler que les concepts de pensée opératoire et d'alexithymie sont nés dans des contextes très spécifiques où des thérapeutes ont été frappés par la vie imaginaire réduite de certains patients et leur incapacité à identifier leurs émotions. Ils ont parlé de carence ou de déficit en comparaison avec d'autres sujets chez qui la vie imaginaire et affective était intégrée à la vie quotidienne. Je postulerais que ces auteurs n'ont pas pris conscience au départ de la portée extrêmement pessimiste, extrêmement fermée de mots tels que « carence » et « déficit ». On peut penser aussi que ces auteurs n'ont pas considéré longtemps qu'il s'agissait d'une carence absolue dont les sujets ne pourraient jamais se remettre. Aussi bien Marty que Taylor proposent d'ailleurs des stratégies thérapeutiques qui visent justement à réintégrer la vie imaginaire et affective par le biais d'une relation positive au thérapeute. Il est certain que la notion de « refoulement » proposée par Sami-Ali est plus adéquate à rendre compte de la fonction réactionnelle ou défensive du type de fonctionnement (marqué par le défaut de l'imaginaire) auquel lui et d'autres auteurs ont été confrontés dans leur clinique. Et qu'elle ouvre plus de perspectives que la notion de « carence ».

II. Sami-Ali s'inscrit manifestement en continuité avec les théories de son mentor initial, Marty, tout en apportant ses propres précisions, son propre vocabulaire, son propre style (que je trouve d'ailleurs en général très poétique) à celles-ci. Sa pathologie de l'adaptation ressemble à s'y méprendre à la vie opératoire décrite par les auteurs de l'Ecole de Paris. Tout comme Marty, Sami-Ali divise le champ clinique en deux pathologies majeures où la psychopathologie freudienne (incluant névrose et psychose) s'oppose à une pathologie qui a plutôt pour axe une formation caractérielle (névrose de caractère chez Marty, pathologie de l'adaptation chez Sami-Ali), et ceci afin de penser le surgissement d'une maladie touchant le corps réel. Je reste sceptique face au classement de la psychose dans une catégorie « positive » sous seul prétexte qu'elle serait un formidable rempart contre la maladie somatique. Mais, manifestement, cette classification a surtout pour but de penser la pathologie somatique et elle exclut les distinctions qui peuvent être établies au sein des diverses pathologies psychiques et qui se jouent autour d'autres axes que celui du positionnement face à la fonction de l'imaginaire (je pense à la perversion, à la psychopathie, aux pathologies de la dépendance, aux pathologies-limites dont le rapport à la pathologie somatique n'est ici nullement élucidé). On peut penser qu'il s'agit aussi surtout de se positionner par rapport à l'héritage freudien plutôt que par rapport à un héritage post-freudien (et qui concerne toutes les pathologies ci-dessus mentionnées).

III. L'imaginaire chez Sami-Ali semble avoir supplanté la mentalisation chez Marty. J'aurais été intéressée de savoir comment Sami-Ali situe sa notion

---

<sup>5</sup> Cfr mise en perspective critique du point sur la pensée opératoire dans le chapitre sur Marty.

d'imaginaire par rapport à la notion de mentalisation chez Marty : considère-t-il qu'il s'agit de la même réalité clinique ? Il est probable que cela ne soit pas le cas sinon il n'aurait pas éprouvé le besoin de mettre en avant un nouveau concept. Peut-être estime-t-il que la notion de mentalisation se réfère trop à la notion de pensée et de représentations en état de conscience vigile et qu'elle ne met pas suffisamment en avant la capacité proprement humaine à rêver (qui touche pourtant à la capacité de représentation), en état de conscience oserais-je dire modifié, et qui semble remplir une certaine fonction ? Hypothèse corollaire : Sami-Ali semble plus sensible, de par sa culture probablement, à la fonction du rêve et de ses équivalents qu'à celle de la pensée et des associations entre représentations, l'amour des mots et le plaisir de leur maîtrise, qui semblent peut-être plus caractéristique de la culture française. L'imaginaire a peut-être plus à voir avec une notion de lâcher prise, de surgissement en soi d'univers qui restent soi mais caractérisés par des transformations mouvantes, alors que la notion de mentalisation semble garder des liens avec la notion de maîtrise, d'un certain contrôle des processus de pensée. Dans les deux cas, il s'agit cependant d'un travail de mise en rapport, d'associations entre présent et passé (cfr le point sur le processus thérapeutique plus loin). Il est important donc de constater que chaque auteur articule sa théorie autour d'axes qui font référence à ses propres origines socioculturelles. Ce schéma socioculturel particulier sert alors à interpréter les phénomènes et leur donne un éclairage qui peut avoir toute sa pertinence mais qui ne peut prétendre à l'exhaustivité.

IV. Je ne parviens pas à penser avec Sami-Ali que l'absence ou le refoulement de l'imaginaire soit un des éléments clefs de la naissance de la maladie somatique et que son retour soit déterminant dans la guérison de celle-ci. Ceci me semble un phénomène secondaire au regard des circonstances traumatiques qui ont probablement présidé au refoulement de l'imaginaire en tant que fonction. À moins qu'on ne considère que l'intégration ou non à sa vie de la fonction onirique (et de la fonction de l'affect) ou son utilisation ne relève en fait que d'une norme culturelle implicite. Je reviendrai sur ce thème à la fois dans la discussion sur le dispositif thérapeutique mais aussi dans la confrontation aux cas cliniques.

Pour Sami-Ali, la pathologie de l'adaptation, le refoulement de l'imaginaire en tant que fonction, ne suffit pas à expliquer la naissance d'une maladie somatique dans le corps réel. Il faut une variable supplémentaire, sujet du point suivant.

### III. L'impasse relationnelle

Sami-Ali (1998 a, p.85 & 90) estime que la pathologie organique ne peut être déduite du seul fonctionnement ou de la structure de personnalité, exprimés chez lui en terme de refoulement durable de l'imaginaire. Il estime que c'est ce que d'autres auteurs ont fait en faisant tout découler soit d'un fonctionnement hystérique, soit d'un fonctionnement carenciel pensé sur le modèle de la névrose actuelle (Marty, 1980) (1998a, p.90). « Mettre en cause uniquement le fonctionnement revient à tomber dans l'abstraction de croire, avec Freud, qu'il existe un appareil psychique en soi, en dehors de toute relation à l'autre » (1998 a, p.85). Il s'agit de « **prendre en considération également la situation**

**conflictuelle dans laquelle le sujet se trouve engagé et qui peut devenir une impasse.** Pas de fonctionnement sans situation et pas de situation sans fonctionnement : tel est le principe méthodologique le plus général qui détermine un autre abord du phénomène psychosomatique » (1998a, p.90). Pour appuyer son raisonnement, il fait référence entre autres aux études sur l'alexithymie : « Il est à noter que les études statistiques ne permettent d'établir aucune corrélation significative entre l'alexithymie et la maladie psychosomatique, ce qui, en soi, suffit à démontrer que le phénomène psychosomatique ne peut être déduit du seul fonctionnement<sup>6</sup> » (1997, p.39, note de bas de page). « **La somatisation a toujours lieu dans ce que j'appelle une situation d'impasse.** Celle-ci se singularise par l'existence d'un **conflit insoluble** » (1990, p.764). « L'impasse est cette **impossibilité de trouver une issue**, et ceci prédispose à la somatisation. Par conséquent, le fonctionnement adaptatif n'est pas en soi pathogène alors qu'il peut le devenir, précipitant une somatisation du corps réel, là où le sujet se trouve soudain **dans un cul-de-sac** » (1990, p. 766).

Même s'il est vrai qu'on a souvent retenu des théories de Marty la seule pensée opératoire ou le seul défaut de mentalisation, il reste que Marty n'a pourtant jamais fait découler la maladie organique du seul défaut de mentalisation, il y a toujours adjoint la nécessité d'une situation traumatique. Mais il est possible qu'à trop avoir évoqué ce défaut de mentalisation, la notion du traumatisme soit passée à la trappe. En créant la notion d'impasse relationnelle qui vient remplacer et affiner la conception du traumatisme de Marty, Sami-Ali met d'emblée en avant la situation de crise particulière (caractérisée par le « sans issue », ce que n'évoque pas Marty) dans laquelle le sujet se trouve pris. Il est probablement important de conjointre plus explicitement que ne l'a fait Marty fonctionnement mental et situation conflictuelle.

L'impasse a une structure logique proche du conflit psychotique. Elle est différente du conflit névrotique « dont la figure spécifique est l'alternative simple, a ou non-a, [et qui] permet de choisir sans tomber dans la contradiction, l'un des termes de l'alternative, voire les deux termes à la fois, en effectuant des solutions de compromis [par exemple : la conversion hystérique] dont l'ingéniosité témoigne précisément de la richesse fantasmatique propre à la psychonévrose » (1998a, p.85). Solutions de compromis signifie bien qu'une issue a été aménagée, « fût-elle par ailleurs peu plaisante » (1987, p.16). « Le conflit psychotique, en revanche, se caractérise par la contradiction, a ou non-a et ni a ni non-a, une contradiction qui ferme toutes les issues logiques, hormis celle d'une formation délirante intégrant la contradiction. C'est cette situation contradictoire qui se rencontre également dans l'impasse, sans pour autant déboucher sur un quelconque imaginaire. Elle marque plutôt la chute dans le somatique qui, dès lors, se trouve en corrélation négative avec l'imaginaire »

---

<sup>6</sup> Voir, notamment, écrit-il, G.R. Smith, « Alexithymia in medical patients referred to a Consultation/Liaison service », *Amer. J. Psychiatry*, 140, 1983

(1998 a, p.85). Sami-Ali considère donc que l'impasse est « un conflit proche de l'impensable psychotique » (1987, p.16). « Il est différentes formes d'impasse selon que le conflit s'énonce en des termes parfaitement contradictoires qui précisément caractérisent la position psychotique [Sami-ali, 2001, L'impasse dans la psychose et l'allergie] ; ou qu'il implique un cercle vicieux, de sorte que, chaque fois qu'on entrevoit une solution, se repose de nouveau le même problème ; ou encore qu'il est fondée sur l'alternative absolue empêchant toute solution de compromis qui, par ailleurs, existe réellement. Une dernière forme d'impasse renvoie à une situation d'épuisement à laquelle parfois on aboutit lorsqu'on a tenté, en vain, toutes les solutions dont on dispose » (2001, p.10).

Sami-Ali, dans un article sur « l'élaboration du concept d'impasse dans la clinique et dans la théorie » (2002), revient sur la naissance du concept d'impasse qui doit beaucoup à deux autres concepts fondamentaux, issus de champs théoriques externes à la psychanalyse. D'une part celui de double-entrave ou double-bind (Gregory Bateson, 1972,1977, 1980) « qui propose que le sujet qui souffre de psychose se trouve pris dans une situation où le « oui » égale le « non » (...), concept de double bind, qui, lui, s'apparente en fait à une forme particulière d'impasse, la contradiction » (2002, p.5). D'autre part, celui de stress : « C'est un concept qui a été dégagé dans le champ de la biologie à partir de situations expérimentales, par exemple la situation d'un organisme, un animal, soumis à des stimulations sonores continues. Ces expérimentations montrent que de telles situations, qui sont des situations de fermeture totale (il n'y a pas de solution, l'organisme ne peut échapper à la stimulation) se traduisent par une réaction défensive extrême mobilisant toutes les capacités de l'organisme, qui se maintient longtemps, trop longtemps, ce qui finit par abaisser les défenses immunitaires de cet organisme qui est alors livré à des pathologies graves. Le phénomène est donc là décrit en terme de processus : le stress étant une réaction qui se produit dans un organisme en réponse à une stimulation. Mais dans cette description, on ne se rend pas compte de l'évidence, à savoir que pour que le stress apparaisse, il faut créer une situation que l'animal ne peut ni modifier en l'attaquant, ni arrêter en la fuyant. Certains expérimentateurs, à propos de ces conditions, parlent d'un « désespoir » qui serait ainsi créé chez l'animal ; effectivement, quoi qu'il fasse, il n'y a rien à faire, et l'essentiel est là : c'est une impasse » (2002, p.5). « **Un stimulus devient stressant**, non seulement à cause de son intensité et de sa persistance, mais surtout **parce que le sujet qui en subit le contrecoup se trouve dans l'incapacité de faire quoi que ce soit.** (...) Compte tenu des particularités même du conflit auquel on doit faire face, les deux réactions extrêmes destinées à changer les données du problème, la fuite ou l'attaque, sont par définition neutralisées. (...) Le concept de stress est la découverte que de tels conflits insolubles existent, qu'il est possible de les reproduire expérimentalement et qu'ils provoquent partout une réaction globale de résistance culminant dans l'épuisement physiologique de l'organisme et dans la baisse de ses capacités

immunitaires (Selye, 1975, p.124). En ce sens, le stress fait partie du concept plus général de l'impasse, il en constitue une forme particulière (Sami-Ali, 1987, p.117) qui, néanmoins, ne devient intelligible que grâce à cette inclusion » (1997, p.119-120).

Sami-Ali semble ici plus sensible à décrire le contexte, la situation dans laquelle se trouve plongé l'individu (animal ou humain), qui lui est imposée de l'extérieur et qui le met dans l'impossibilité de pouvoir la résoudre qu'à s'attarder sur ce que ça produit en lui, réaction de stress. Quand les expérimentateurs évoquent le « désespoir » mais aussi « l'impuissance » - nous en parlerons dans le chapitre sur l'apport des recherches expérimentales – pour qualifier l'état dans lequel se trouve le sujet il s'agit pourtant bien aussi de faire référence à cette situation – à la fois extérieure et intérieure au sujet – face à laquelle il n'y a rien à faire. Sami-Ali semble penser que les expérimentateurs ont trop tendance à isoler la réaction de détresse de l'animal du contexte dans lequel il est plongé, à trop mettre en évidence celle-ci au détriment du contexte. Eternel débat, en particulier concernant l'humain, de ce qui peut être imputé à l'extérieur et à l'intérieur. Car, transposé au contexte humain, les choses ne sont pas aussi claires : s'agit-il d'une situation imposée au sujet de l'extérieur ou le sujet n'est-il pas partie prenante de la lecture qu'il propose des événements (et qui le mène à penser que sa situation est sans issue) ? L'histoire personnelle de Sami-Ali, qui a dû fuir les autorités de son pays, n'est probablement pas sans lien avec cette sensibilité à ce que la détresse d'un être humain doit aux conditions extérieures dans lesquelles il se trouve plongé plutôt qu'à quelque chose qui émanerait uniquement de son intériorité. Je suis sensible à cette tentative de Sami-Ali de ne pas faire porter tout le poids de la souffrance sur l'individu seul mais aussi sur le contexte dans lequel il se trouve plongé. Je terminerais en disant que, en ce sens, la référence à l'« impasse » est une forme de coup de génie pour penser l'apparition de la maladie somatique dans une existence. C'est une notion beaucoup plus heuristique que celle de traumatisme chez Marty. De plus, elle dégage notre appréhension psychosomatique de la seule perspective du fonctionnement mental.

*Lien entre impasse et pathologie organique : la dépression immunitaire concomitante au vécu (psychique et corporel) de dépression, lui-même consécutif au vécu d'angoisse.*

Sami-Ali donne un nouvel éclairage aux concepts d'angoisse et de dépression dans son ouvrage de 1997, *Le rêve et l'affect, une théorie du somatique*. Il estime que le refoulement de l'imaginaire échoue dans l'angoisse et réussit dans la dépression. « L'angoisse a partie liée avec le rêve et les équivalents de rêve, ce qui n'est pas le cas de la dépression » (1997, p.149). L'angoisse est « médiatisée par la projection » (p.189), elle « se met en branle chaque fois que se profile la possibilité de perdre un objet qui est aussi soi-même, la perte étant toujours douloureusement ressentie comme double [perte de soi et de l'objet] » (1997, p.162). « Dans la dépression, en revanche, tout se passe comme si cette possibilité s'était déjà actualisée et comme si la perte était devenue une réalité. Cette succession dans le temps peut d'ailleurs s'observer cliniquement lorsque l'angoisse, dans une situation de perte potentielle, cède

progressivement le pas, comme par épuisement, à la dépression, réalisant du même coup une perte jusque-là simplement anticipée » (1997, p.189). L'impasse est ainsi « tour à tour vécue à travers l'angoisse et la dépression » (p.11), elle est « non seulement pressentie dans l'angoisse mais réellement subie dans la dépression » (p.166). « Un des signes les plus révélateurs de la dépression en tant qu'attitude générale à l'égard du monde se reconnaît dans l'indifférence, qui signifie que le oui et le non sont placés sur le même pied d'égalité et les événements, fastes ou néfastes, à la même distance. Distance qui relève de la même interdiction de vivre et de participer à la vie, et qui peut se travestir en ce que Zorn appelle fort justement « la sérénité »<sup>7</sup>. Celle-ci implique que, tout lien affectif étant rompu, on prend de la hauteur par rapport à ce qui arrive, en plaçant au-dessus de la mêlée. Pas de conflit possible par conséquent mais un simple regard désincarné qui glisse sur les événements, sans en subir le contre-coup. Telle est précisément la dépression *a priori* » (1997, p.194-195). Dépression que Sami-Ali lie également à l'ennui et au désespoir. On se rappelle également son lien à la pathologie de l'adaptation.

Faisons ici remarquer à nouveau la façon dont l'œuvre de Sami-Ali s'étaye sur celle de Marty : sa dépression *a priori* semble bien liée à ce que Marty a, lui, nommé dépression essentielle et la succession dans le temps angoisse/dépression n'est pas sans rappeler la période d'«angoisses diffuses» précédant toujours la période de dépression essentielle mise en évidence par Marty.

« À défaut de toute autre issue, **la situation d'impasse, déjà vécue sous le signe de la dépression, est susceptible d'évoluer vers la pathologie organique, sans qu'on soit à même de savoir à l'avance quelle pathologie, ni par quelle médiation physiologique et biologique elle vient à l'être.** (...) Le système immunitaire peut se déprimer en fonction d'une dépression relationnelle où se lit l'impasse, ouvrant la voie à la maladie organique » (1997, p. 218 – 219). « Cet état de choses où rien n'est possible et qui, en se prolongeant, mènerait droit à l'épuisement (...) **n'a aucun lien spécifique avec une pathologie spécifique, il est donc apte à s'associer à une variété de maladies qui touchent toutes le corps réel. Seuls les facteurs génétiques décideront lesquelles.** Cela interdit de donner un sens symbolique à l'organe malade, puisque ce qui importe ici avant tout est le dysfonctionnement du système immunitaire aboutissant au syndrome en question. (...) Le sens ne peut être que secondaire, par projection du corps imaginaire, sans jouer un rôle étiologique quelconque » (1997, p.239).

Est-il nécessaire de dire que j'apprécie fortement ces formulations de Sami-Ali combattant tout lien de spécificité entre problématique psychique et pathologie spécifique ? La reconnaissance des fragilités biologiques, génétiques, hors psyché,

---

<sup>7</sup> Cfr «la quête de paix» dont parle Daniel peu avant sa mort.

me semble fondamentale dans la constitution ou la continuation d'une psychosomatique moderne.

*Impasses spécifiques pour pathologies spécifiques ?*

Contrairement à son affirmation précédente d'une non-spécificité de la pathologie organique, en 1997, dans *Le rêve et l'affect*, Sami-Ali fait pourtant une exception et associe certaines impasses spécifiques à certaines pathologies spécifiques. « Il paraît loisible d'opposer deux formes majeures d'impasse qui concernent deux pathologies différentes du système immunitaire et qui engagent d'une manière divergente la question de l'identité. (...) Qu'elle relève de l'allergie ou de la pathologie auto-immune, l'impasse dans les deux cas est soutenue par l'extrême difficulté de se séparer de l'autre » (1997, p.222-223). « Dans l'allergie la distinction entre soi et l'autre n'est jamais vraiment acquise. Cette constatation reste également valable au niveau immunitaire, puisque la question du soi et du non-soi continue à s'y poser constamment. En ce sens, la même problématique se laisse appréhender tant au niveau relationnel qu'immunitaire, autour de la différenciation du soi et du non-soi. Et il ne s'agit pas là de simples rapprochements métaphoriques. Il est encore possible de faire le même raisonnement à propos de la pathologie auto-immune, ou tout au moins par rapport à certaines de ses formes où la même question se pose autrement. Voilà ce qu'on peut en dire : alors que l'allergie reste en deçà de la distinction entre soi et l'autre, la pathologie auto-immune, elle, se situe à la fois en-deçà et au-delà. Tout se passe en effet comme si cette distinction était déjà acquise mais se perdait par la suite et que finalement on ne savait pas qui est qui. (...) Ce sont singulièrement les mêmes confusions entre soi et non-soi qui se trouvent à l'origine des syndromes auto-immuns, tels que le diabète insulino-dépendant, l'hyperthyroïdie et la sclérose en plaques, et qui sont probablement les signes d'une situation d'impasse qu'il importe de chercher » (1997, p.165).

Je suis très étonnée par les propositions de Sami-Ali – comme j'ai été étonnée des propositions de Marty concernant l'allergie - lui qui a tant combattu un modèle hystérique où le corps réel est rabattu sur le corps imaginaire. Or, c'est bien ce qu'il fait quand il confond deux plans de réalité différents : la différenciation soi/non-soi au niveau organique et la différenciation soi/non-soi au niveau psychique, rabattant presque l'analogie sur une identité qu'il dit alors relationnelle. Même s'il le dénie, ses propositions me semblent bien métaphoriques. Ces propositions imaginaires ont beaucoup de puissance et montre combien le pouvoir de la projection, de l'imaginaire, de l'inconscient dont Sami-Ali parle tant par ailleurs est constamment à l'œuvre dans nos théories, nous ramenant à une pensée magique où tout peut être identique et où la contradiction n'existe pas. Il s'agit d'un piège dont il faut se garder. De plus, je rappelle que la question de la différenciation se pose pour tout humain et que je suis certaine qu'elle est problématique pour des sujets qui ne présentent aucune pathologie allergique (il suffit de penser à la psychose).

## *Le cancer ?*

En 1987, Sami-Ali écrit : « Que le cancer, en certaines de ses formes, soit **l'actualisation dans une situation d'impasse, d'une potentialité biologique, et que cette potentialité s'inscrive dans un fonctionnement caractériel rigide, marqué par le refoulement réussi de l'imaginaire, en même temps que par une dépression caractérielle diffuse, et que la somatisation elle-même soit entraînée par un deuil inélaborable**, c'est vers une telle formulation que tendent de nombreuses études cliniques, statistiques et expérimentales<sup>8</sup>. De là à tenir le cancer pour une « maladie psychosomatique », il n'y a qu'un pas. Nous ne le franchissons pas, puisque **les deux sortes de facteurs étiologiques, la pathologie de l'adaptation et la situation d'impasse, si elles se rencontrent dans le cancer, se retrouvent également ailleurs. (...) Somatisation qui n'a rien de spécifique, hormis que partout elle vient à la place de l'imaginaire** » (1987, p.31). En 1997, il réitère cette seule éventuelle spécificité d'une impasse qui serait liée à la perte : « Il semble parfaitement probable, en dehors de facteurs de risque et des déterminants génétiques, que la pathologie cancéreuse fasse son apparition dans une situation d'impasse liée à la perte » (1997, p.166). Mais il semble à la recherche d'une spécificité plus grande par rapport auquel il reste pourtant incertain comme semble le manifester l'extrait suivant : « On peut maintenant avancer plus loin dans la même direction, en abordant la pathologie cancéreuse, engageant autrement la problématique du soi et du non-soi. Ce qui frappe, c'est que la mutation génétique finit par convertir le soi en non-soi, sans que le système immunitaire reconnaisse le non-soi comme étranger à soi. En ce sens le néoplasme ne provoque pas la formation d'anticorps. L'identité personnelle semble ainsi ébranlée dans ses fondements biologiques, en deçà de la distinction entre soi et non-soi, au moment où doit se poser la question de la différenciation. Cet état de choses peut-il trouver son équivalent au niveau relationnel ? Cela reste fort incertain, malgré le fait que parfois, dans certaines formes de cancer, du sein notamment, la question de l'identité, formulée en termes de filiation, se rencontre d'une façon explicite » (1997, p.166).

Il finit pas dire, pour résoudre, me semble-t-il, ses contradictions : « La frontière entre spécifique et non-spécifique est loin d'être rigide. C'est ce qu'il ne faut pas perdre de vue en abordant la question de la pathologie cancéreuse. Un des aspects les plus originaux de cette pathologie est que l'impasse ici est susceptible de renvoyer à une perte réelle, dont atteste la dépression, sans que cette perte corresponde à un événement extérieur précis auquel s'appliquerait le concept de stress. **Il y a là comme une totale coïncidence entre l'impasse et la forme de vie qu'on a choisie. (...) Ainsi des comportements adaptatifs poussés à outrance constituent une réponse possible à l'impasse qui, par**

---

<sup>8</sup> Voir, écrit Sami-Ali, C.B. Banhson (1982), *Psychosomatic issues in cancer*, in R.L. Gallon, *Psychosomatic approach to illness*, New York, Elsevier biochemical, p.53. Et R.E. Renneker et al. (1963), Psychoanalytical explorations of emotional correlates of cancer of the breast, in *Psychosomatic Medicine*, 25, 2.

**ailleurs, continue d'exister mais masquée, contournée, intégrée dans une vie.** Elle n'est certes pas dépassée, comme dans la psychose ou la création, alors que toute la structuration caractérielle mise en œuvre par compensation permet au moins de s'y adapter, de passer outre, de faire comme si elle n'était plus là. Jusqu'au moment où, à l'occasion d'une difficulté relationnelle imprévue, l'édifice est ébranlé dans ses fondements, laissant entrevoir le vide central qu'il circonscrit. Et c'est alors **la dépression et la maladie à l'intérieur d'une impasse qui dure depuis l'enfance et s'avère totale** » (1997, p. 246 & 251). Il réaffirme cette idée dans « L'impasse relationnelle : temporalité et cancer » (2000) : « Tout au long des entretiens de recherche, souvent **il s'avère difficile de repérer un événement déclenchant, alors que, dès l'enfance, tout semble avoir été mis en place pour créer une impasse coïncidant avec la vie même.** (...) **Impasse relationnelle précoce qui traverse toute la vie.** En revanche, un événement traumatique auquel s'applique le concept de stress, peut être l'indice d'une impasse plus ancienne » (2000, p.8-9). Donc, même dans le cas d'un « événement assimilable au « stress »<sup>9</sup>, il importe cependant de remonter plus haut dans la chronologie afin de soulever la question fondamentale de l'impasse précoce » (p.191).

Il me semble que ce que Sami-Ali avance pour le cancer d'une liaison entre une impasse récente et une impasse précoce doit pouvoir valoir pour toute pathologie organique. Je retiens donc son idée de la non-spécificité de la liaison pathologie de l'adaptation/impasse dans l'apparition d'un cancer, car cette liaison peut valoir pour d'autres pathologies organiques. Je ne parviens par contre pas à le suivre sur la question de la spécificité de l'impasse rencontrée dans le cancer, qu'elle soit formulée en termes de perte ou en termes d'une impasse précoce qui coïnciderait avec la vie même. Je suis certaine qu'on peut retrouver d'autres types d'impasses dans des cas de cancer et que ce type de configuration peut se retrouver dans d'autres pathologies organiques.

Sami-Ali, dans ses perspectives sur l'impasse, en est venu à intégrer de façon fondamentale le relationnel parce que l'impasse est toujours impasse relationnelle, impasse dans la relation à un entourage. Voyons pour lui l'importance fondamentale du relationnel.

#### IV. Le relationnel

Sami-Ali estime que toute la difficulté de sa théorie du somatique consiste à penser qu'un trouble organique puisse être relationnel sans se réduire au

---

<sup>9</sup> Ainsi, dans deux cas sur les sept étudiés, Sami-Ali pose l'hypothèse qu'un événement « ait fourni au processus pathologique son point de départ » (p. 96) dans un cas « la mort du frère aîné survenue sept ans auparavant » (ib.) en tenant compte de « la lente évolution de certaines formes de cancer » (ib.), dans un autre cas il s'agit d' « un double divorce » (p.157).

modèle hystérique (1998 a, p.87)<sup>10</sup>. Or pour lui l'organique/le somatique est relationnel et il propose cette perspective plutôt que de se poser la question de ce qui est psychique dans l'organique et de ce qui est organique dans le psychique. Il considère que « le psychique est relationnel et l'organique également relationnel » (1998a, p.82). « Les deux plans [psychique et somatique/organique] coexistent comme éléments d'un ensemble relationnel, et non comme deux entités séparées. On voit tout de suite qu'on a désormais affaire à une situation globale à laquelle seule la causalité circulaire est applicable, en lieu et place de la causalité linéaire qui sous-tend toute interprétation fondée sur la psychogenèse » (2003, p.5). « Privilégier la relation (...) paraît comme le moyen par excellence d'échapper à toute réduction fondée sur la causalité linéaire » (2000, p.7). Dire que « la pathologie organique a partie liée avec l'impasse (...) ne signifie nullement qu'on finit ainsi par introduire subrepticement la causalité linéaire (on tombe malade à cause de l'impasse), mais au contraire, que la même aporie logique, la même difficulté d'être se projette à la fois sur les deux plans, relationnel et biologique » (2001, p.11).

Avec cette perspective, Sami-Ali estime remettre en cause le modèle freudien qui nous fait « tomber dans l'abstraction de croire qu'il existe un appareil psychique en soi, en dehors de toute relation à l'autre » (1998 a, p.85). Pour lui, « des faits cliniques incontestables entrent en contradiction avec le modèle [freudien]. Deux, en particulier, sont à souligner, qui vont dans le même sens : d'une part, l'existence des phénomènes télépathiques attestant que l'inconscient, au lieu d'être enfermé en lui-même comme un système intra-psychique, communique d'emblée avec autrui, et qu'il est dès lors un système inter-psychique ; d'autre part, le fait que le social précède et prépare l'individuel, de telle manière que la psychologie individuelle paraît comme une abstraction relativement à la psychologie collective. Qu'est-ce à dire ? sinon qu'il est impossible de continuer à raisonner sur le modèle de l'appareil psychique comme sur un objet géométrique achevé à trois dimensions, existant en soi, avant d'entrer en relation ? Cela, néanmoins, n'a pas amené Freud à modifier sa conception du fonctionnement psychique, que fonde une énergétique de l'imaginaire, et qui laisse subsister côte à côte un modèle théorique et ce qui le contredit. Ce qui le contredit, c'est-à-dire la relation. Une relation originelle, fondatrice de tout le fonctionnement psychosomatique, et que je conçois comme une relation précédant, dès la vie intra-utérine, les termes même qu'elle relie. (...) Aussi l'inconscient, loin d'être un réservoir d'énergie, est-il d'abord une relation à l'autre (...). Il en est de même de la problématique du temps qui, au

---

<sup>10</sup> Sami-Ali estime formaliser pour la première fois sa théorie relationnelle dans « Corps et âme : pratique de la théorie relationnelle » (2003) et présente cet ouvrage comme « le point d'aboutissement de toute une œuvre qui va *De la projection* (1970) à *L'impasse dans la psychose et l'allergie* (2002) ». J'estime qu'il a suffisamment explicité sa théorie relationnelle dans ses ouvrages précédents que pour considérer qu'elle avait déjà été formalisée bien avant sans peut-être être mise en avant dans un titre d'ouvrage de façon spécifique.

lieu de porter exclusivement comme chez Freud, sur des processus internes, doit au contraire s'ouvrir à la relation à l'autre et, ce faisant, restituer les formes originelles du fonctionnement psychosomatique. (...) Avant de s'intégrer dans un fonctionnement autonome, le temps, comme l'espace, commence par être une relation à l'autre. (...) Cette relation est médiatisée par la fonction maternelle. (...) La manière dont les soins maternels introduisent une cadence faite de charges et décharges, de tensions et de relâchements, constitue l'ébauche de toute temporalité » (1998b, p.72-73). Enfin, Sami-Ali remet en cause la conception freudienne de l'effet thérapeutique négatif supposément due à l'existence d'une pulsion de mort : « Freud a été confronté à des phénomènes dont il savait qu'ils pouvaient être pensés autrement : au lieu de les penser en termes relationnels, il les a pensés en termes pulsionnels » (2002, p.9). En effet, le phénomène de l'effet thérapeutique négatif « ne correspond pas à une situation pulsionnelle, mais à une situation relationnelle qui a une histoire » (2002, p.11). L'affect qu'« il est impossible de ramener à un processus interne « psychologique » ou « physiologique » » (1997, p.141) est également conçu comme une relation à l'autre. Sami-Ali finit donc dans son œuvre par ramener la relation « fait originel par excellence, à quatre dimensions essentielles : l'espace, le temps, le rêve et l'affect. Dimensions qui englobent simultanément le relationnel et le biologique » (2003, IX). Sami-Ali, donc, dans sa théorie du somatique « pose le primat absolu de la relation, qui n'est pas à confondre avec la relation d'objet » (1997, p.10), « laquelle, rappelons-le, demeure entièrement dans le domaine de la psychonévrose, donc du côté du psychique pur, quand bien même le somatique s'y fait parfois jour, à l'instar de la conversion hystérique » (2003, IX). « Dès la naissance, il y a relation, et quel que soit le comportement que l'on veut étudier, on ne peut pas le réduire à des processus internes, comme si le monde n'existait pas et comme si la relation n'était pas le fait fondamental de la vie humaine. (...) Ce qui est essentiel, c'est ce qui existe dès le début : la relation. La relation entre quoi et quoi ? Entre l'individu et son entourage » (2002, p.5-6).

I. Je suis étonnée de la réduction caricaturale que Sami-Ali fait subir à la théorisation freudienne. On retrouve ici probablement sa sensibilité à la notion du contexte extérieur dont j'ai déjà parlé précédemment. Mais s'agit-il d'opposer si fortement extérieur et intérieur ? Freud a cherché à établir un modèle fictionnel mais heuristique qui puisse rendre compte des conflits dans lesquels se dépêtraient ses semblables et lui-même et il a pu constater notamment l'intériorisation d'interdits parentaux dont il a rendu compte sous la forme d'une instance fictionnelle telle le surmoi. Freud n'a jamais prétendu que son modèle correspondait à la réalité et qu'il existait une psyché en soi en dehors de toute relation. Au contraire, il s'est penché, me semble-t-il, sur l'intériorisation des relations à des figures parentales qui finissent par fonctionner de façon autonome en dehors de toute présence parentale. Freud n'a jamais nié la portée du relationnel, au contraire. Pourquoi les détracteurs de la psychanalyse cherchent-ils toujours à faire passer la psychanalyse pour un modèle qui ne prendrait pas en compte l'environnement dans lequel le sujet est plongé

depuis son plus jeune âge ainsi que celui dans lequel il vit actuellement ? Or, la psychanalyse en prend d'autant plus la mesure qu'elle en constate l'impact sur le monde intérieur du sujet. Je suis perplexe devant cette compréhension du modèle psychanalytique, fort éloignée de ce que j'ai pu en comprendre et en vivre.

Il est possible que Sami-Ali, dans ses propos, ait plutôt en tête le modèle pulsionnel freudien comme si toute vie était déterminée par l'affrontement de pulsions inhérentes au sujet et indépendantes de la relation dans laquelle il se trouve plongé. En ce sens, je peux comprendre son positionnement. Mais la psychanalyse se réduit-elle à un modèle pulsionnel ? Il s'agit d'une théorisation complexe qui tente d'intégrer ce qui semble sourdre du sujet (théorisé sous formes de pulsions) et ce qui se noue dans la relation aux autres, l'un et l'autre se répondant dans un dialogue complexe.

II. En remettant en cause la psychogenèse et en s'insurgeant contre la causalité linéaire, Sami-Ali s'inscrit dans son temps et je ne peux que le suivre. Il n'évacue cependant pas toute causalité : il tente de proposer un modèle causal complexe qui intègre divers facteurs de risque : génétiques, de personnalité et conflictuel relationnel. Que le psychique et le somatique soient relationnels, je l'entends comme une dépendance du psychique et du somatique au relationnel. Ce qui se vit dans le psychisme (entendu comme les représentations et les affects qui m'habitent) et dans le corps (entendu comme échanges biochimiques, électriques, hormonaux) au même moment est étroitement dépendant de ce qui se vit dans la relation à l'entourage. Je ne puis qu'adhérer à cette vision des choses.

## V. Le processus thérapeutique

C'est dans son ouvrage de 2003, « *Corps et âme : pratique de la théorie relationnelle* », que Sami-Ali me semble décrire au mieux le travail du thérapeute centré à la fois sur la mise à jour de l'impasse à laquelle se trouve confronté le sujet mais aussi sur la nécessaire émergence du fonctionnement onirique, en cohérence avec la vision qu'il a de ce qui rend malade. « Notre tâche principale sera de découvrir, éventuellement dès la première rencontre, dans quelle sorte d'enfermement le sujet se trouve déjà pris. Ce qui implique également que le fonctionnement personnel soit déterminé relativement à l'espace, au temps, au rêve et à l'affect, en vue de jauger quel est le potentiel disponible au départ. Et c'est là l'essentiel : comme l'impasse est par définition une situation sans issue et elle le sera aussi longtemps qu'on est dedans, la seule possibilité qui reste est celle de se demander comment elle s'est progressivement constituée à travers toute une vie. En devenant objet de réflexion, elle est maintenant, pour la première fois, devant le sujet, et non autour de lui, l'englobant tout à fait et absorbant ses forces vives. La perspective thérapeutique est déjà mise en place, elle va consister à **transformer les termes même de l'impasse en libérant tout l'imaginaire entravé jusque-là**. L'imaginaire qui est d'abord le rêve et l'affect, ce qui signifie aussi la transformation de tout le fonctionnement, en même temps que la situation relationnelle : l'impasse

devient un conflit.<sup>11</sup> Elle se dissout, à défaut d'être résolue. Ici, c'est uniquement la relation au thérapeute qui permet cette mutation. De différentes façons d'ailleurs mais pour commencer, **en prenant l'activité onirique comme l'axe central de tout le travail thérapeutique**. Quand les rêves ont cessé d'appartenir à la conscience vigile ou que leur existence y demeure aléatoire, le simple fait d'en dire l'importance suffit à introduire un changement véritable. La règle à appliquer en l'occurrence reste toujours la même : **il faut que les rêves trouvent leur place dans la relation afin de la retrouver dans le fonctionnement. Et leur importance consiste à pouvoir établir des liens entre le présent et le passé**, allant jusqu'à l'enfance, qui souvent semble avoir été définitivement engloutie dans l'oubli. (...) À la limite, dans cette perspective, il y a comme une **initiation à la vie onirique**, lorsque les rêves émergent de nouveau, au bout d'un temps plus ou moins long. Elle consiste à instaurer des liens, simples et vrais, entre les rêves et les événements présents et passés, en les intégrant dans la relation. **Travail de mise en rapport** qui s'effectue en commun, et qui représente la promesse d'un autre fonctionnement dont le thérapeute donne l'exemple : la double inclusion de la conscience onirique dans la conscience vigile et inversement. C'est ainsi que les rêves finissent par acquérir, outre leur dimension relationnelle, un sens intrinsèque faisant un avec l'histoire personnelle retrouvée » (2003, p.24-25). Donc « les rêves ne trouvent leur place dans le fonctionnement que parce qu'ils la trouvent dans la relation » (1997, p.46) et il s'agira pour le thérapeute de « rappeler que les rêves existent, qu'ils ont leur place dans la relation thérapeutique, qu'ils sont destinés à établir le lien avec le passé » (1997, p.231) car « pour ce qui est de la psychosomatique, le rêve joue le rôle fondamental dans le processus thérapeutique » (1997, p.25). « Toute modification du fonctionnement, qui parfois se fait longtemps attendre, doit permettre la double émergence du rêve et de l'affect » (1997, p.36).

« Pourquoi accorder au rêve ce rôle fondamental dans l'élaboration de l'impasse en rapport avec la pathologie organique ? Phénomène psychique autant que biologique, le rêve demeure le seul exemple d'une activité créatrice où l'on peut imaginer l'imaginable et réconcilier l'irréconciliable. Il est surtout, originellement, ce pouvoir de projeter une réalité qui échappe à la contradiction, et qui, par conséquent, peut répondre à la contradiction » (1997, p.46).

De plus, selon Sami-Ali, c'est l'activité onirique qui semble permettre de renouer avec l'affect : « le refoulement de l'affect, lié au deuil en particulier, passe toujours par le refoulement de l'activité onirique. Sans rêve, en effet, la situation de perte est tout à fait maîtrisable, réduite qu'elle est à un événement parfaitement localisable dans l'espace et le temps, quoique dépourvu de toute

<sup>11</sup> Complétons par ces propos tenus en 2000 selon lesquels il faut « fonder tout le travail sur la nécessité de se dégager de l'impasse. (...) La question qui se pose désormais a trait à la constitution de l'impasse, au présent comme au passé, à travers des événements qui ont fini par modifier tout le caractère. Modification qui se laisse surtout repérer à travers le destin réservé au rêve et à l'affect, aboutissant dans les cas extrêmes, à exclure l'un et l'autre du fonctionnement psychosomatique » (2000, p.5).

charge émotionnelle qui le ferait exister en tant que réalité. (...) C'est pourquoi, quand l'activité onirique reprend de nouveau, on assiste à l'émergence des affects très anciens, remontant souvent à la petite enfance, tout imprégné d'un sentiment de culpabilité, où se reconnaissent des impasses précoces, vécues dans la souffrance mais jamais dépassées. Le travail sur les rêves dans la perspective de la théorie relationnelle semble ainsi le moyen par excellence d'aborder cet aspect fondamental de l'expérience humaine (...) » (2003, p.26). Seule l'activité onirique permet de retrouver « des traumatismes non dépassés, des deuils laissés en suspens, des conflits précoces encore virulents » (2000, p.6), écartés par le refoulement.

Cependant Sami-Ali met en garde : « L'imaginaire n'a pas la vertu curative qu'on serait tenté de lui attribuer, comme dans certaines techniques à base de « visualisation » par exemple, car les choses sont autrement plus complexes. (...) C'est seulement à la sortie de l'impasse que la corrélation négative [entre imaginaire et pathologie organique] s'observe et devient opérante, quelle que soit la place qu'auparavant l'activité onirique occupait chez le sujet<sup>12</sup>. En d'autres termes, **ce n'est pas parce qu'on rêve beaucoup et on exprime librement ses émotions qu'on est à l'abri de la maladie organique, tant s'en faut**. Ainsi s'éclaire le **paradoxe du récit des rêves** qui, au lieu d'apporter l'amélioration escomptée, achève au contraire de **recréer de nouveau l'impasse à l'intérieur d'une relation thérapeutique**, parfois médicale, **qui méconnaît les subtilités du maniement de l'impasse et de l'activité onirique** » (2003, p.27).

Précisons un peu plus avec Sami-Ali ce qu'il en est du rêve et de la façon dont il peut être considéré dans le processus thérapeutique : « Dans le travail des **rêves**, ce qui importe le plus, c'est de les considérer comme **autant de projections de soi**, œuvres éphémères dont on est, à son insu, le créateur, nuit après nuit. Établir des liens signifie alors reconnaître comme soi ce qui se présente comme une réalité objective, dans un autre espace et un autre temps, suivant plusieurs axes dont celui de l'accomplissement du désir, en dehors donc de toute systématisation. (...) L'effort thérapeutique devient un travail de réappropriation : l'autre est soi, tous les autres sont soi » (2003, p.27). Sami-Ali dégage des constantes concernant le fonctionnement onirique à l'intérieur de la

---

<sup>12</sup> Ceci est une modification importante dans la pensée de Sami-Ali. En effet, en 1987, celui-ci semblait penser que seule l'activité imaginaire permettait de sortir de la maladie. Ainsi, par exemple, il expliquait que quand Zorn assimilait son cancer à des « larmes rentrées », il créait intégralement selon Sami-Ali un sens qui « ne peut être que secondaire (1987, p.43), qui n'était donc pas à l'origine du cancer mais qui était « l'équivalent d'une projection, par quoi s'amorce le processus de guérison » (1987, p.30). « Conférer rétrospectivement au symptôme un sens au moyen de la projection, en une tentative ultime de justifier l'injustifiable, peut alors marquer le passage, modifiant en profondeur tout le fonctionnement psychosomatique, du corps réel au corps imaginaire » (1987, p.40). « La projection, loin d'être un mécanisme purement psychologique, s'accompagne d'un renforcement des défenses immunitaires, lesquelles, inversement, s'affaiblissent lorsque s'atténuent les manifestations projectives » (1987, p.51).

relation thérapeutique. « La première constante est le rêve initial survenant au bout d'un temps plus ou moins long, mais qui en définitive dessine en pointillé toute l'évolution à venir. Rêve-programme par conséquent qui, pour être qualifié de transférentiel, ne décèle pas moins qu'un événement réel a déjà eu lieu dans la relation. (...) Le mal-être de toute une vie marquée par la maladie se trouve ainsi condensé en un seul rêve qui fournit au travail thérapeutique son point de départ » (2003, p.28-29).

Enfin, Sami-Ali fait différer son dispositif thérapeutique du dispositif analytique qui, pour lui, est « destiné à créer la plus grande distance affective : à la position allongée de l'un, répond la neutralité bienveillante de l'autre, hors champ. Pour nous en revanche, la relation thérapeutique en face à face à raison d'une séance par semaine, intègre parfaitement l'imaginaire en tant que rêve et affect notamment, tout en évitant une neutralité qui se veut une attitude technique et un jeu de rôle, mais qui parfois s'avère délétère. Dans certains cas en effet, des situations précoces de vide affectif lié à l'impasse, viennent totalement coïncider avec le dispositif proposé, au point d'aggraver la pathologie organique existante, sinon de favoriser son éclosion. On assiste alors à des phénomènes de répétition marquant l'enlisement dans un conflit où à la fois il devient impossible de rester dans la relation ou la quitter. Paradoxe que Freud évacue en l'attribuant, dans la réaction thérapeutique négative en particulier, aux pulsions de mort, donc à quelque chose d'organiquement déterminé, alors qu'il s'agit d'une relation qui reproduit l'impasse sans pouvoir la dominer » (2003, p.28).

Sami-Ali accorde une importance fondamentale à l'émergence de la vie onirique dans la relation thérapeutique. Celle-ci est-elle si fondamentale ? Pour moi, elle est un des accès possibles aux représentations qui habitent le sujet et elles sont effectivement autant de projections de lui-même, de son présent et de son passé, des courants qui s'affrontent en lui mais il me semble que d'autres accès sont possibles tels ce que le sujet va devoir affronter comme contradictions concernant des événements de sa vie quotidienne qui l'ébranlent. L'attention portée aux affects, que Sami-Ali met également en avant, me semble aussi d'une importance cruciale. Mais le plus fondamental pour moi est surtout l'attention que va porter le thérapeute à tout ce que vit et a vécu le sujet et qui inclut sa vie affective, onirique, sa vie relationnelle au jour le jour, son histoire aussi depuis ses origines : objet de cette attention particulière, je pense que le patient va petit à petit pouvoir de mieux en mieux accéder à sa subjectivité, à sa souffrance propre, aux liens entre souffrance actuelle et souffrance passée. Donc, il n'y a pas que les rêves qui émergent par l'attention qui leur est portée par le thérapeute, on peut en dire autant des affects, du récit de difficultés quotidiennes, du récit de l'histoire, voies d'accès différenciées - mais non sans lien l'une avec l'autre - à la souffrance du sujet.

Le dispositif analytique va dans ce sens puisqu'il consiste à aider le sujet à accéder à sa subjectivité propre sans trop se laisser dérouter par la présence de l'analyste qui reste pourtant fondamentale. Il est vrai qu'il est possible que le dispositif matériel métaphorise trop la distance pour toute une catégorie de patients qui ne pourra alors faire confiance à cette présence qui ne sera plus vécue que sur le

mode de la dérobade. Mais Sami-Ali ne fait référence qu'au dispositif inventé pour des patients névrosés et non pas à tout ce que les psychanalystes ont pu mettre en place comme autres dispositifs pour des patients ayant des structures de personnalité différentes.

Je ne suis pas certaine que seule l'activité onirique permette de sortir de l'impasse ou plutôt de la dissoudre comme le propose Sami-Ali. Je suis d'ailleurs étonnée qu'alors qu'il semble en faire son cheval de bataille il reconnaisse que seule la dissolution de l'impasse permet une véritable guérison et non pas la simple réémergence des affects et des rêves dont il dit qu'ils ne font parfois que répéter l'impasse. Les rêves, pour moi, ne permettent pas de résoudre les contradictions parce qu'ils seraient caractérisés il est vrai à un certain niveau par l'absence de contradictions (dans la vie réelle certaines choses sont impossibles à tenir ensemble alors qu'elles sont amalgamées, renvoyées l'une à l'autre dans les rêves). Les rêves ne font que projeter dans un langage imagé et ressenti les contradictions qui habitent le sujet, tout en liant il est vrai des objets, des situations ou des personnages temporellement ou géographiquement dissociés mais qui se ressemblent par certains caractères. Ils sont une voie – et pas LA voie royale comme le disait Freud - pour approcher la subjectivité du sujet mais je ne pense pas qu'en eux-mêmes ils aient une fonction thérapeutique et qu'il suffirait de les laisser émerger et se dérouler pour que la personne accède à un chemin de guérison. Ils ont peut-être une fonction d'inscription de ce qui traverse le sujet, ont-ils aussi une fonction de digestion, de contenance des souffrances du sujet ? Au fond, je n'en sais rien, mais jusqu'ici mon expérience personnelle et clinique ne m'a pas convaincue de la fonction thérapeutique des rêves. Par contre, je suis convaincue de leur fonction de dévoilement des problématiques qui habitent le sujet.

Sami-Ali semble avoir oscillé dans sa théorie entre l'importance de l'imaginaire et du relationnel et au moment d'envisager la perspective thérapeutique c'est l'imaginaire qui reprend le dessus, le relationnel n'étant conçu que comme un moyen pour y accéder. Je pense pour ma part qu'il faudrait renverser la perspective et que seule la relation avec le thérapeute permet véritablement au patient de se dégager de l'impasse – car ce dégagement semble bien être la clef vers un mieux-être psychique mais aussi peut-être somatique. Mais pas uniquement la relation en tant que telle, c'est aussi les perspectives autres avec lesquels le thérapeute éclaire une situation de par sa formation mais aussi par sa propre expérience thérapeutique. Seul un éclairage différent sur la situation d'impasse permet de dissoudre celle-ci et si cet éclairage différent apparaît dans les rêves, c'est aussi qu'il a d'abord eu lieu, me semble-t-il, dans la relation avec le thérapeute. Je suis certaine qu'à cet égard il est effectivement intéressant de reparcourir l'histoire du sujet de façon à comprendre comment l'impasse s'est constituée. Il s'agira de repenser les choix souvent radicaux, extrêmes qui ont été faits afin de se défendre d'une souffrance et qui ont menés à d'autres souffrances tout aussi indésirables, menant vers l'impasse. Une vision plus relative, plus nuancée, moins extrême de la situation de souffrance ancienne et actuelle permettra petit à petit de trouver des solutions, qui ne sont parfois que de petites choses, pour en sortir.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Je tiens à signaler qu'à travers mon parcours s'est dégagé un intérêt particulier pour la thérapie et les déterminants de l'efficacité thérapeutique. Ce n'est qu'après-coup que j'ai pu m'en rendre compte comme si cela m'avait habitée sans que j'en sois parfaitement consciente. Mon mémoire de fin d'études (septembre 1997), sous la direction de Jean-Luc Brackelaire portait déjà sur « Des forces agissantes semblables pour des espaces thérapeutiques différents. Psychanalyse et thérapies traditionnelles péruviennes se découvrent » dans lequel trois auteurs m'inspiraient Roland Gori (*La preuve par la parole*, 1996), Serge Videman (*La construction de*

## Conclusion : que retenir de la théorie de Sami-Ali ?

Avec Sami-Ali, nous avons découvert la pathologie de l'adaptation et le refoulement de la vie imaginaire, notions fortement inspirées me semble-t-il par les découvertes de Marty sur la vie opératoire et teintée de l'intérêt indubitable et fortement déterminé culturellement que Sami-Ali porte aux rêves. Sami-Ali a ensuite eu une idée géniale en concevant le concept d'impasse relationnelle sur base de la lecture qu'il faisait des concepts de double-bind et de stress et, ce, dans une articulation étroite avec sa clinique où il était amené à rencontre des patients souffrant de pathologies somatiques n'ayant rien à voir avec des conversions hystériques, pathologies du corps réel comme il dit. Ce concept me semble être une avancée par rapport au concept trop général de traumatisme que Marty reprend au corpus théorique psychanalytique. L'articulation refoulement de l'imaginaire/impasse relationnelle semble particulièrement heuristique pour comprendre la naissance d'une affection somatique et donc, dans l'idée que je poursuis, en dévoiler un certain sens. Il faut bien sûr y articuler le fait que l'impasse relationnelle est vécue à travers la dépression et qu'à cette dépression semble correspondre une dépression du système immunitaire, qui permettra que la maladie organique, déterminée par des facteurs génétiques, prenne place. Il n'y a donc aucune spécificité de la liaison entre impasse relationnelle et un type de maladie. Sami-Ali a cherché à spécifier des types d'impasses qui pourraient être liés à des maladies spécifiques mais je ne le suis pas sur ce terrain qui rappelle trop les situations conflictuelles spécifiques que mettait en avant Franz Alexander. Je retiendrais enfin qu'il faut semble-t-il à la fois que la pathologie de l'adaptation et l'impasse relationnelle soient dissolues pour que la maladie organique cède le pas. Si seuls émergent les affects et la vie onirique sans que l'impasse soit dissolue alors la maladie organique perdurera.

Ceci m'amène à une dernière réflexion : ni la vie onirique, ni l'affect en tant que tels ne permettent véritablement de se dégager de l'impasse. En effet, dans ma conception, les vies oniriques et affectives sont des processus qui disent quelque chose de ce qu'il se passe au présent (dans une liaison implicite ou explicite au passé) et non des processus qui indiquent comment se dégager de

---

*l'espace analytique*, 1970), tous deux conseillés par Jean-Luc Brackelaire, et une découverte personnelle en la personne de François Roustang, éminent psychanalyste devenu hypnothérapeute ériksonien, et vantant les mérites de l'imagination (très proche de l'imaginaire Sami-Alien, me semble-t-il) dans notamment *Influence*, 1990 ; *Qu'est-ce que l'hypnose*, 1994 et *Comment faire rire un paranoïaque*, 1996. J'étais sensible à la question de l'hypnose ériksonienne par le fait que mon propre père, je le rappelle médecin généraliste, s'y était formé et c'est ainsi que Roustang m'a attirée. Je dirais que je n'ai pu me mettre à l'épreuve comme thérapeute, et enfin m'essayer à tout ce que j'intuitionnais, que dans l'accompagnement thérapeutique du cinquième cas de cette thèse. Mes réflexions sont donc également inspirées par ce suivi thérapeutique. Je crois que cet accompagnement thérapeutique représente une grande étape dans mon histoire de vie, car c'est par lui que je me suis autorisée à devenir thérapeute. Deux éléments ont contribué à cette autorisation que je me suis donnée : l'avancée de ma propre analyse personnelle et l'avancée de ma réflexion intellectuelle sur les processus humain de souffrance et de dégagement de la souffrance à la fois par mon analyse, ma pulsion épistémophilique, la rencontre des cas de cette thèse et les lectures en tout sens dans le domaine psy et psychosomatique en particulier dont j'ai tiré les repères qui me semblaient justes.

l'impasse. Un affect, une émotion n'est qu'un signal de ce que le sujet se trouve débordé par une situation, ne parvenant pas à contenir celle-ci. Au mieux, l'affect peut aider le sujet à se rendre compte qu'il se trouve dans une situation d'impasse mais elle ne lui donne aucun moyen pour en sortir. C'est la même chose pour les rêves qui, à mon sens, ne feront que répéter, reformuler sous formes imagées, une situation d'impasse que le sujet ressent confusément ou lucidement. Le seul déterminant de la maladie somatique me semble donc être, en dehors des facteurs fondamentaux de fragilité organique constitutionnelle ou acquise, le sentiment pour le sujet d'être devant une situation sans issue, sentiment qui le désespère et l'épuise s'il l'éprouve d'une façon chronique. Je comprends qu'alors vie onirique et vie affective puisse disparaître afin d'éviter la confrontation chronique à la douleur d'être face à une situation sans issue. Cette désespérance aide alors le corps à manifester des fragilités organiques latentes. Seule donc la situation d'impasse en ce qu'elle va désespérer le sujet va permettre à la maladie somatique de se développer.

Ces réflexions ne sont pas sans lien avec l'écho en moi des cas cliniques rencontrés. Parlons-en.

### Mise à l'épreuve de la théorie de Sami-Ali

J'ai mis la théorie de Sami-Ali à l'épreuve au fur et à mesure des récits de vie recueillis. J'en donnerai un exemple à travers le deuxième cas de cette thèse, le cas Claire-Anne, ci-après. Je peux cependant déjà la mettre à l'épreuve du premier cas déjà étudié, Daniel. Le concept d'impasse relationnelle me semble particulièrement bien rendre compte de la situation traumatique auquel se trouve confronté Daniel. Il ne cesse en effet de répéter son impuissance par rapport à une situation qu'il ressent comme sans issue, impasse qui a tout du cercle vicieux avec sa fille (il lui parle et croit que les choses vont changer mais tout est à nouveau comme avant) et de l'alternative absolue avec son fils (si je vérifie ma paternité par une analyse biologique, je le fais souffrir ; si je ne la vérifie pas, je reste dans un affreux doute). Impasse dont on sait qu'elle se constitue parce que Daniel refuse de faire vivre à ses enfants la souffrance qu'il a lui-même vécu enfant où il a été le témoin impuissant du tort que se portaient ses parents l'un à l'autre. J'ai eu l'impression d'être face à quelqu'un qui était très en prise sur sa subjectivité et qui n'a pas manqué de plonger à plusieurs reprises dans son imaginaire dont il a ramené des épisodes de passé qu'il a revécus avec beaucoup d'acuité au travers notamment de sa thérapie cathartique. J'ai eu l'impression de quelqu'un également qui pouvait se laisser bouleverser sur le mode de la colère ou de la tristesse. Je n'ai donc eu à aucun moment l'impression d'être face à quelqu'un qui souffrait d'une pathologie de l'adaptation. Quand Sami-Ali affirme qu'il faut non seulement sortir d'un fonctionnement adaptatif mais aussi de l'impasse pour pouvoir guérir, j'ai plutôt tendance à penser qu'il s'agit surtout de parvenir à se dégager de l'impasse et que la subjectivité retrouvée ou

jamais disparue ne joue qu'un rôle minime à cet égard. Ne pas parvenir à se dégager de l'impasse a conduit Daniel à l'épuisement, au renoncement et la maladie a finalement triomphé. Seul le concept d'impasse relationnelle me semble donc pertinent. Nous verrons s'il en est de même pour Claire-Anne.

## Bibliographie sur Sami-Ali

- Sami, M. A. (1961), Le corps et ses métamorphoses : Contribution à l'étude de la dépersonnalisation, in *Revue française de psychanalyse*, XXV, n°3, p.333-377. Mémoire de candidature à la Société psychanalytique de Paris, 1959.
- Sami, A. (1969), Etude de l'image du corps dans l'urticaire, in *Revue française de psychanalyse*, XXXIII, n°2, 201-226.
- Sami-Ali (1998a), *Corps réel, corps imaginaire : pour une épistémologie du somatique*, Paris, Dunod (1<sup>ère</sup> édition, 1977).
- Sami-Ali (1987), *Penser le somatique : imaginaire et pathologie*, Paris, Dunod.
- Sami-Ali (1988), *Le haschisch en Egypte : essai d'anthropologie psychanalytique*, Paris, Dunod (1<sup>ère</sup> édition, 1971).
- Sami-Ali (1990), Imaginaire et pathologie : une théorie de la psychosomatique, in *Revue française de psychanalyse*, LIV, n°3 (La déliaison psychosomatique), p. 761 – 767.
- Sami-Ali (1998b), *Le Corps, l'Espace et le Temps*, Paris, Dunod. (1<sup>ère</sup> édition, 1990).
- Sami-Ali (1997), *Le rêve et l'affect : une théorie du somatique*, Paris, Dunod.
- Sami-Ali (2000), *L'impasse relationnelle : temporalité et cancer*, Paris, Dunod.
- Sami-Ali et al. (2001), *Manuel de thérapies psychosomatiques*, Paris, Dunod.
- Sami-Ali (2002), L'élaboration du concept d'impasse dans la clinique et dans la théorie, in *La clinique de l'Impasse*, Paris, EDK, p.3 -11. (Colloque du Centre International de Psychosomatique, 19 mai 2000).
- Sami-Ali (2003), *Corps et âme : pratique de la théorie relationnelle*, Paris, Dunod.
- Sami-Ali (2004), La théorie relationnelle, in *Psychosomatique : nouvelles perspectives*, Paris, EDK, p. 3-5.