

QUELQUES AXES MÉTHODOLOGIQUES DANS L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DES MALADIES CANCÉREUSES

Jean-Pierre Martin, Christiane Schaffhauser, Patrick Schmoll (*)

Une équipe de recherche composée de psychologues, de psychanalystes et de médecins travaille depuis quelques mois à Strasbourg sur la question d'une possible participation de processus psychosomatiques à l'étiologie des maladies cancéreuses. La problématique d'une telle recherche peut se résumer ainsi : trouver et démontrer des rapports de cause à effet entre des traits psychologiques ou une vérité propres au malade et les paramètres organiques qui définissent la maladie.

Les paramètres de la maladie

Les paramètres de la maladie qui intéresseront ici le chercheur sont ceux qui pourront être placés en coïncidence avec des éléments de la biographie ou de la personnalité du malade, à savoir en particulier :

- le type de la maladie : ici, du cancer
- l'organe atteint par la maladie
- l'évolutivité lente ou rapide de celle-ci
- la date du début du processus pathologique
- la date du décès éventuel du malade.

L'étiologie de la maladie est multifactorielle. Les processus psychosomatiques y participent parmi d'autres. Ils peuvent donc jouer globalement sur certains paramètres de la maladie plutôt que sur d'autres, ou bien certains de ces processus peuvent jouer sur tels de ces paramètres et certains autres sur tels autres, de façon spécifique.

1) **Le type de la maladie**, en l'occurrence le cancer, peut être déterminé par des facteurs environnementaux ou génétiques, le code génétique d'un individu (notamment par l'intermédiaire du système HLA) le prédisposant plus particulièrement à tel type de maladie qu'à tel autre. Mais il n'est pas exclu non plus que tel type de personnalité ou de "tempérament" induise plus facilement un type correspondant de maladie : infectieuse, inflammatoire, cancéreuse, etc. On sait par exemple qu'il existe un "profil" du malade cardio-vasculaire, et c'est de la même façon vers la description d'un portrait-type du malade cancéreux que s'orientent la plupart des chercheurs qui travaillent sur cette question. On en trouvera un bon exemple, ainsi qu'une étude bibliographique assez représentative de la question dans l'ouvrage de R. Grossarth-Maticsek, *Krankheit als Biographie* (2). D'un point de vue méthodologique, on devra s'assurer dans ce genre de travail que le "profil" décrit est bien spécifique du malade cancéreux. En effet, les descriptions que nous avons pu lire jusqu'à présent nous ont souvent fait penser à des portraits semblables qui avaient été brossés à propos de populations de malades atteints d'autres maux (malades cardio-vasculaires, tuberculeux, etc.) ou à propos des malades psychosomatiques en gé-

* Université Louis Pasteur, Institut de Psychologie, Laboratoire de Psychopathologie.

néral : "existence de conflits refoulés", "inaptitude à exprimer les émotions", "tendance dépressive latente", etc. Ce type de travail implique donc que la population étudiée soit comparée pour différenciation avec des populations-témoins de malades atteints d'autres maladies et de personnes en bonne santé générale.

2) **L'organe atteint par la maladie** peut aussi faire l'objet d'une prédisposition génétique ou résulter de facteurs environnementaux ou de conduites à risque. Mais, dans ce cas également, on ne peut exclure une prédisposition d'ordre psychosomatique. La vérification de cette hypothèse peut être conduite suivant deux axes possibles :

a) L'organe est atteint *au titre de la fonction qu'il remplit dans l'organisme*. C'est là en quelque sorte une conception de la maladie comme "trouble fonctionnel". La fonction normalement remplie par l'organe lésé ou l'appareil dont ce dernier fait partie (sexuel, respiratoire, digestif, etc.) est en rapport avec une composante particulièrement importante de la personnalité du malade (composante orale, anale, génitale...). Un processus à découvrir aura donc contribué à ce que l'investissement libidinal particulier de l'organe ou de l'appareil par le malade (fixation orale, anale, etc.) corresponde ou laisse place à une somatisation à cet endroit. C'est ainsi que les entretiens qu'a menés P. Schmoll (Laboratoire de Psychopathologie) avec l'aide de N. Moeglen (Laboratoire de Cytogénétique, Hôpital de Cronembourg) à la clinique O.R.L. du C.H.U. de Strasbourg ont déjà pu mettre en évidence une composante orale très nette chez des malades atteints de cancers des voies aérodigestives supérieures.

Les problèmes méthodologiques liés à l'interprétation de ce type de résultats sont alors de deux ordres. Il convient en premier lieu d'être certain de l'antériorité de l'investissement libidinal et du fantasme sur la somatisation elle-même, si l'on veut montrer que *cet investissement n'est pas tout simplement secondaire à la maladie* et à l'anxiété que celle-ci occasionne chez le malade. Dans le cas des cancéreux O.R.L., cette antériorité existe effectivement : elle se manifeste dans le fait que ces malades sont de grands buveurs et de grands fumeurs et qu'ils ont commencé à boire et à fumer bien avant le début supposé du processus tumoral. Le second problème réside alors dans la démonstration effective de la relation de cause à effet entre les deux ordres de phénomènes. Dans ce cas, par exemple, les malades présentent-ils une tumeur à cet endroit essentiellement parce que l'organe atteint et sa fonction ont été investis de façon particulière dans le passé ? Ou simplement parce que cet investissement les a porté à boire et à fumer, ce qui n'a induit un processus carcinogène que secondairement, par des voies strictement organiques ?

b) L'organe est atteint *au titre d'une identification de type mimétique du malade à une ou plusieurs personnes de sa famille*, qui se trouvent avoir eu "quelque chose" à cet endroit. Cette hypothèse est introduite par J. Guir (3). Elle vaut aussi pour le type de la maladie : on sait qu'il existe des "familles à cancer" et notre expérience courante nous enseigne d'autre part que certaines familles se disent transmettre en leur sein une fragilité ou une susceptibilité particulières concernant tel ou tel organe ou appareil ("Dans la famille, on est fragile de ceci ou cela"). Le facteur génétique ne doit pas être exclu. Mais il est utile que l'enquête psychosomatique puisse rendre compte d'éventuelles relations de type identificatoire liant le sujet malade à certains membres de sa famille qui, précisément, ont eu le même type de maladie ou, plus significativement, passent dans le discours familial pour avoir eu "quelque chose" au même endroit du corps. Il n'est pas exclu non plus qu'une composante de caractère, centrée autour d'une fonction (oralité, analité, etc.) et cultivée par l'ensemble de la famille (familles de grands buveurs, de gros mangeurs, etc.), puisse induire les mêmes processus psychophysiologiques chez plusieurs

membres de la famille et déboucher ainsi sur le même type de maladie, ou sur des localisations corporelles similaires de maladies différentes chez ces différents individus.

3) **L'évolutivité de la maladie** dépend de facteurs multiples, et notamment de la résistance de l'organisme en général : or, les défenses immunitaires de l'organisme dépendent en partie des "stress" auxquels celui-ci est soumis. On sait dans le cas du cancer que l'évolutivité du processus tumoral dépend beaucoup du type histologique de la tumeur. Les temps de doublement les plus courts s'observent dans les hématosarcomes et les tumeurs embryonnaires, les plus longs dans les épithéliomas malpighiens et les adénocarcinomes. Les sarcomes mésoenchymateux ont des valeurs intermédiaires. Nos premières observations suggèrent que dans les cancers à évolutivité *rapide* il est peut-être plus facile de mettre en valeur *l'impact d'un événement particulier* (conflit, deuil, séparation, etc.) sur l'état d'esprit du sujet, tandis que dans certains cancers à évolutivité plus lente, ce serait davantage *une composante de personnalité centrée autour d'une fixation libidinale sur la fonction de l'organe* qui serait à considérer : en d'autres termes, dans ces derniers cas, l'organe-cible aurait plus directement quelque chose à voir avec la cause psychique de la maladie (à rapprocher de la notion de "névrose d'organe").

4) **La date du début supposé du processus pathologique et celle du décès éventuel du malade** marquent des moments particuliers d'affaiblissement de l'organisme. Il est donc possible de les mettre en relation avec des événements contemporains ou avec une situation relationnelle particulière du malade avec son entourage à ce moment. *La date du décès* peut ne signaler rien de particulier, si on la considère comme la simple résultante de l'évolutivité de la maladie et du temps qui s'écoule. C'est alors *la date du début supposé du processus tumoral* qu'il faut prendre en compte. Le problème est que les cas de cancers à évolutivité relativement lente ne permettent pas une évaluation précise de cette date, si les études de la cinétique de prolifération cellulaire et de la vitesse de croissance tumorale n'ont pas été faites. De plus, si dans les "x" années qui précèdent le diagnostic de la tumeur, on peut relever que le malade a subi un deuil, un conflit personnel, une séparation, etc., comment prouver qu'il y a bien là correspondance avec le début du processus tumoral ? Chez qui, malade ou en bonne santé, ne trouvera-t-on pas semblables événements biographiques ? De ce point de vue, l'approche des malades atteints de cancers à évolutivité rapide est sans doute plus aisée : le moment du début de la maladie est facile à évaluer car il précède de peu celui du diagnostic, et la mise en rapport de la maladie avec des événements récents est également plus aisée à établir.

Les méthodes orientées vers la recherche d'un profil prédisposant au cancer

La majorité des recherches psychosomatiques actuelles sur le cancer sont orientées vers la description d'un profil de personnalité qui prédisposerait à cette maladie. Ces recherches s'appuient sur l'idée qu'une personne peut être prédisposée au cancer du fait d'une certaine "manière d'être dans le monde", d'un équilibre particulier de relations qu'elle entretiendrait avec autrui et avec soi-même, qui pourrait se traduire par un dysfonctionnement chronique de certains échanges au sein de l'organisme, et qui déboucherait en tout cas à terme sur le cancer, notamment à l'occasion d'un événement venant modifier cet équilibre relationnel.

Ces travaux cherchent donc à mettre en rapport un type de personnalité ou certains traits de ce type, d'une part, avec le type de la maladie (cancer), éventuellement l'organe atteint (selon le type de fixation libidinale), avec l'évolutivité du mal (selon la plus ou moins grande occurrence de traits jugés prédisposants) et avec le moment supposé du début de la maladie (en fonction, par exemple, de la plus ou moins grande importance ou

occurrence d'événements tels que décès, séparations, conflits, etc., s'étant produits dans les années précédant le diagnostic).

Les méthodes utilisées le sont généralement en vertu du traitement quantitatif qu'elles permettent d'informations recueillies sur une plus ou moins grande échelle : tests psychométriques, questionnaires fermés, observations de la présence ou de l'absence d'un trait de comportement ou d'un élément de biographie. Nous avons déjà souligné à propos des paramètres de la maladie un certain nombre de problèmes méthodologiques qui peuvent se poser à ce sujet. Les tests projectifs tels que le Rorschach ou le T.A.T. posent en particulier le problème de l'interprétation des résultats obtenus : les traits relevés sont-ils bien antérieurs à la maladie ou lui sont-ils secondaires ?

On peut répondre d'une certaine façon à cette question en notant que le Rorschach ou tout autre test analogue permettraient la mise en évidence d'éléments structuraux concernant la personnalité des cancéreux s'il se trouvait que ces tests ont été administrés au malade pour une raison ou pour une autre *avant* le diagnostic de cancer. De ce point de vue, on peut envisager un type de démarche qui constituerait à elle seule un programme de recherche et que nous proposons comme sujet possible d'une thèse, c'est la recherche systématique, au sein d'une population de malades organiques, des antécédents de type psychiatrique ou, en sens inverse, la recherche parmi les dossiers d'une population psychiatrique des patients qui ont eu des suites organiques.

P. Schmoll et M. Moeglen ont ouvert cette voie de recherche à propos d'un cas, celui d'un malade cancéreux traité en O.R.L. et qui leur avait signalé lui-même (ce que le dossier confirmait) qu'il avait été hospitalisé dans le passé en clinique psychiatrique. Avec l'accord du médecin responsable de cette dernière, la lecture comparée des dossiers médicaux en O.R.L. et à la clinique psychiatrique du C.H.U. a permis de fournir des informations assez importantes sur les possibilités de passage d'un épisode psychiatrique à un épisode somatique et vice-versa. Malgré les limites que rencontre nécessairement ce type de travaux (les dossiers médicaux sont loin de dire grand-chose sur le malade comme sujet), cette démarche nous semble prometteuse et C. Schaffhauser envisagerait de l'entreprendre en ce qui concerne plus spécialement l'analyse des données du Rorschach.

R. Grossarth-Maticek (2) critique ce fait que la plupart des études qui utilisent tests et questionnaires soient rétrospectives. Ces travaux ne rendent pas compte de l'état dans lequel se trouvait le malade *avant* la maladie. Ainsi confondent-ils nécessairement facteurs prédisposant à la maladie et effets secondaires de celle-ci. Son travail, en ce qui le concerne, s'appuie sur une étude *prospective* : il administre un questionnaire à une population de quelque 1300 personnes et remplit, concernant chacune d'elles, un catalogue d'observations, puis il reprend les mêmes personnes 10 ans plus tard et note que certaines ont eu un cancer, quelques unes étant décédées entre-temps. Il ré-administre un questionnaire à ce moment-là et note ainsi les modifications qui correspondent aux effets secondaires de la maladie. La comparaison des réponses des cancéreux avant diagnostic de leur maladie avec celles de non-cancéreux lui permet de brosser un tableau de la personnalité prédisposée au cancer.

Les travaux de R. Grossarth-Maticek, par leur ampleur et par leur rigueur, apportent une contribution décisive à la recherche sur le cancer comme maladie psychosomatique. Notons cependant que ces recherches donnent surtout des indications statistiques sur les facteurs de risque. Or, il convient de ne pas confondre facteur de risque et facteur causal. Il faut souligner en particulier que ces travaux, qui s'appuient sur des question-

naires fermés, passent nécessairement à côté de ce que chaque sujet aurait à dire sur sa propre maladie et sur lui-même. Ce détail vaut d'être précisé, car la vérité du sujet n'est jamais appréhendable qu'indirectement et ne saurait être confondue avec les dehors qu'elle emprunte pour se révéler et se dissimuler à la fois.

C'est ainsi que R. Grossarth-Maticek, pour déterminer ce qu'il en est du comportement sexuel des candidats au cancer, pose des questions telles que : "Avez-vous souvent des fantasmes sexuels (tendres, sadiques ou autres) ?". "Atteignez-vous l'orgasme quand vous vous masturbez ?". À quoi les futurs cancéreux répondent plus souvent que les groupes témoins que : non, ils n'ont pas de fantasmes, ne se masturbent pas ou n'ont pas d'orgasme en se masturbant. Grossarth-Maticek en déduit qu'un des traits de la personnalité prédisposée au cancer est d'avoir une sexualité pauvre et peu satisfaisante. Or, on admettra que ces questions sont un peu violentes et que tout ce qu'on peut déduire des réponses qui y sont faites, c'est que les cancéreux disent avoir une vie sexuelle pauvre (quand ils le disent effectivement, car c'est bien là un sujet qu'il nous a quant à nous semblé difficile d'aborder aussi directement avec eux). La rigidité de leur composante narcissique, que Grossarth-Maticek note du reste par ailleurs (besoin d'entente et d'harmonie avec l'entourage familial et professionnel) nous inciterait à penser qu'ils ne le disent pas nécessairement parce que c'est vrai. Ce que l'on obtient ainsi au terme de telles recherches, ce n'est donc pas tant un profil de personnalité que ce qu'on pourrait appeler un "profil de discours" du malade cancéreux-type.

Les résultats de ces recherches sur les facteurs psychosociologiques de risque dans le cancer ne peuvent être pris pour la vérité de chaque sujet interrogé. Ils sont les résultats d'une démarche de recherche, mais il faut se garder de penser qu'ils permettraient l'élaboration d'un modèle thérapeutique valable pour tous et ignorant cette vérité de chacun.

L'entretien libre avec le malade cancéreux

C'est pour éviter que ne soit tout simplement évacuée la vérité de chaque sujet que certaines approches psychosomatiques font une grande place à l'entretien libre avec le malade. L'entretien doit alors permettre l'écoute de la parole de ce dernier et l'émergence quelque part dans cette parole de sa vérité de sujet. Chaque sujet a en effet son histoire propre, chacun est pris au sein d'un réseau de signifiants qui lui sont propres et qui véhiculent un signifié que l'approche scientifique ne peut appréhender. La maladie, comme la folie, surgirait au lieu d'un manque, d'un "trou" dans ce réseau des signifiants, béance ouverte sur le réel. Il ne serait donc jamais possible d'en rien entendre qu'à condition de laisser se déployer librement la parole du sujet, les "trous" du langage se révélant alors dans les "failles" du discours : lapsus, hésitations, changements de registre etc. et, d'une façon plus générale, dans tout ce qu'il s'y trouve de non-dit.

Cette position conduit à la limite à concevoir l'entretien psychosomatique comme étant d'ordre psychanalytique : les moyens qu'il se donne, à savoir la mise à disposition du malade d'un lieu où il a d'abord et avant tout l'occasion de parler et une chance d'être entendu, ne peuvent manquer de devenir un but en soi, ne serait-ce que pour des raisons déontologiques. En effet, le contrat entre le malade et le psychosomaticien repose sur des bases qui obligent ce dernier à s'occulter en temps que chercheur : le malade ne paie pas pour être l'objet d'une recherche, l'entretien psychosomatique se justifie donc de lui-même et n'est que secondairement, selon ce qu'il apprend au praticien de la vérité du sujet, la source d'un éventuel savoir sur ce dernier.

Il serait par exemple imprudent qu'un psychologue ou un médecin s'engage avec un malade dans une relation de longue durée pour n'obtenir de lui qu'un "matériel" plus abondant que ce qu'il aurait obtenu aux termes d'un entretien unique et limité dans le temps. Des relations transférentielles se nouent nécessairement au cours d'une telle relation et on voit mal comment le psychologue ou le médecin en question pourrait s'arrêter à un moment donné, satisfait quant à lui de ce qu'il aurait obtenu mais laissant le malade désespéré, livré comme cela s'est vu aux risques d'une décompensation qu'il serait tenté de résoudre dans le délire ou le suicide. L'entretien libre de longue durée avec le malade ne se conçoit donc que dans une visée praticienne, psychanalytique ou thérapeutique : il ne peut être l'outil d'une recherche dont le malade ne serait que l'objet.

Ces limites étant prises en comptes nous avons cependant commencé un travail de réflexion autour d'une expérience de "permanence psychologique" qui a été conduite par J.P. Martin et C. Schaffhauser, à raison d'une après-midi par semaine, au Centre Paul Strauss de Strasbourg (Service du Dr. Petit). Le protocole de ces permanences était établi "a minima", si l'on peut dire : il n'était pas question d'aller au devant du malade, mais bien seulement de laisser circuler, par l'intermédiaire des infirmières en particulier, l'information liminaire suivant laquelle un psychologue se trouvait à la disposition des malades à tel endroit, tels jours. Cette information était donc livrée au malade de la même façon que celles qui signalent par ailleurs l'existence d'autres "commodités" au Centre : l'aumônier, la coiffeuse, etc. Le but de cette permanence était donc d'abord d'offrir au malade un lieu et un moment où parler, à sa seule demande.

Cette initiative prenait le pari que l'écoute du malade est possible en dehors du cabinet du psychanalyste, bien qu'elle ne se leurrât point sur les questions qu'elle ne manquerait pas de soulever : limitation dans le temps, interrogations sur les motivations de psychologues proposant un service gratuit, contraintes liées au milieu hospitalier dans lequel se déroulerait l'entretien. Par ailleurs, comme l'indique R. Cahen (1), les cancéreux viennent consulter pour une motivation qui relève d'un autre plan que celui de leur maladie, leur structure même les empêchant de formuler une demande à cet égard et les portant plutôt à fuir la confrontation.

Cependant, H. Zymeret et S. Schraub (7) jugent que l'angoisse vécue de part et d'autre lors de la consultation clinique dans la relation ordinaire médecin-malade est en soi suffisante pour motiver certains malades à consulter le psychologue ou le psychanalyste, et certains médecins à les leur adresser. Leur expérience leur permet d'isoler quelques problèmes liés au désir du cancéreux : lors de la consultation se produirait un déplacement quant à la hiérarchie des valeurs que le malade donnerait aux questions abordées, la notion de diagnostic laissant ainsi la place à une démarche centrée autour de la possibilité d'intégrer une image corporelle incomplète du fait d'une mutilation ; le malade semble renvoyer sa problématique à un autre membre de sa famille, avec lequel il entretient une relation imaginaire de correspondances corporelles dans le miroir ; l'entretien doit alors permettre au malade d'effectuer un "travail de deuil" et de payer sa "dette symbolique" vis à vis de cet autre, conditions qui sont toutes deux nécessaires à l'émergence de son désir propre.

Nous devons cependant souligner qu'en ce qui nous concerne cette démarche a pour le moment rencontré de sérieuses difficultés. La "permanence psychologique" en centre anticancéreux semble ne pouvoir se concevoir que dans un cadre où le psychologue fait partie intégrante de l'équipe soignante, ce qui suppose son institutionnalisation et sa rémunération, comme c'est le cas en France dans des centres tels que l'Institut Gustave Roussy à Villejuif, où ce type de formule semble bien rôdé. Notre accueil au Cen-

tre Paul Strauss a été ouvert de la part des médecins et des infirmières. Mais l'information transmise aux malades semble pour le moment n'avoir pas soulevé grand-chose, ce qu'on peut considérer comme l'effet de ce que le psychologue ne fait pas partie du vécu quotidien, aussi bien des soignants que des malades, et que de ce fait *il n'y a pour eux rien à en dire qui puisse être l'amorce d'une demande.*

Ceci est normal et était, il faut le dire, attendu, mais nous incite à pousser notre réflexion plus avant : Pour que le psychologue soit intégré à une équipe, et au vécu des membres de cette équipe et des malades, il faut qu'il soit là à plein temps, donc qu'il soit payé pour cela ; et pour que cela soit, il faut bien sûr qu'il y ait une demande de la part du service ou du centre ; or, il n'y a naturellement pas demande de ce côté-là tant que le psychologue n'a pas montré que sa présence se justifiait au point qu'on la subventionne ; et comme sa position commande au psychologue d'être là d'abord pour *écouter* le malade et non pour le soigner ou, plus généralement, pour "s'occuper" de lui, sa pratique ne peut démontrer qu'il sert à quelque chose ou quelqu'un. On tourne donc en rond et notre réflexion en reste pour le moment à ce stade.

L'entretien semi-directif et les méthodes mixtes

Les démarches suivies à Strasbourg par notre équipe de recherche sont multiples, mais s'appuient toutes sur l'idée d'une complémentarité à rechercher entre méthodes par questionnaires et entretien libre. C'est ainsi que des questionnaires formalisés, administrables à un grand nombre de personnes, peuvent s'appuyer sur les résultats de l'expérience psychanalytique, résultats que, dans une perspective de recherche, ils prennent comme hypothèses à vérifier. Les entretiens préliminaires que nous avons eus en O.R.L. ont par exemple donné quelques résultats qui sont repris en ce moment comme hypothèses à vérifier au moyen d'une enquête sur questionnaire (élaboration en cours). Dans le même ordre d'idée, nous conduisons des entretiens semi-directifs, intermédiaires entre l'entretien libre, et le questionnaire fermé : ceci se justifie d'autant plus dans l'entretien psychosomatique que cette pratique pluridisciplinaire ne trouve sa vraie place ni dans la situation analytique au sens strict, ni dans la consultation médicale ordinaire (4).

Le fait de poser les questions plus ou moins précises au malade oriente la teneur de l'entretien et limite sa durée ou le nombre des séances. Ainsi peut-on éviter les problèmes soulevés par la conduite d'entretiens suivis, libres mais de longue durée (problèmes de type transférentiel et contre-transférentiel). A contrario, les questions posées sont ouvertes et non fermées (réponses par oui ou par non) : le sujet y répond comme il l'entend, avec les mots qui sont les siens. Pour qui sait entendre, sa vérité s'y trouve à écouter. Ces entretiens sont conduits dans une perspective de recherche : ils ne peuvent avoir en eux-mêmes une visée thérapeutique. Cependant, à la différence d'une enquête à grande échelle sur tests ou sur questionnaires fermés, ils fournissent des informations cas par cas et peuvent déboucher, de la part même du sujet interviewé, sur une demande du cure analytique ou de psychothérapie qui n'arrivait pas à se formuler auparavant. L'entretien semi-directif n'est donc pas éloigné dans sa forme et dans ses effets transférentiels de l'entretien clinique préluant à la cure proprement dite.

Nous éclairerons ici cette idée en présentant la démarche de recherche de P. Schmoll qui s'appuie précisément sur une version plus formalisée et plus abrégée (toujours dans une perspective non thérapeutique) des entretiens cliniques que J. Guir conduit en consultation psychosomatique. Ces entretiens semi-directifs comprennent : 1) une grille généalogique que le sujet questionné est invité à remplir concernant ses as-

endants, descendants et collatéraux, noms, dates de naissance et de décès, profession, etc. de chacun des membres de sa famille et liens affectifs que le sujet entretenait avec chacun d'eux ; 2) un questionnaire personnel relatif à son domicile, sa profession, ses relations avec la famille et l'environnement social, ses conceptions de la vie conjugale, de l'éducation des enfants, etc. ; 3) un questionnaire tournant davantage autour de la question de son corps (alimentation, hygiène, antécédents médicaux personnels et familiaux, etc.).

L'entretien a une visée en quelque sorte anthropologique. L'hypothèse sur laquelle repose sa conduite est que le sujet malade est pris dans le discours de l'autre, dans celui des parents tout d'abord et, à travers lui, dans leur désir qui oriente ses choix d'objets et ses identifications. Le but de l'examen psychosomatique doit être ici de dégager les objets (membres de sa famille) auxquels le sujet a "collé" imaginativement dans une relation à la fois objectale et identificatoire et dont la perte, ou le rappel de la perte par l'entremise d'un signifiant (un anniversaire, par exemple) a pris de ce fait valeur de "stress". L'entretien, commencé par exemple sur le thème de la généalogie, se poursuit sur celui des goûts et passions personnels du sujet, puis sur des questions relatives à l'image qu'il a de son propre corps. Il permet alors de dégager les relations particulières qu'un sujet entretient avec certains membres de sa famille, notamment au travers de certains signifiants qui prennent pour lui valeur de signes : des noms propres de personnes ou de lieux, des dates, des professions, etc. Ainsi, au travers des réseaux de liens de parenté qui associent le sujet aux différents membres de sa famille, peut-on dégager une structure familiale qui serait particulière aux malades cancéreux et, peut-être, aux malades organiques en général.

Cet axe de recherche nous semble très prometteur car l'évolution de la fréquence du cancer et, plus généralement, de ces maladies qu'on dit "de civilisation" coïncide avec la modification, observée depuis un siècle, surtout dans les sociétés occidentales, des systèmes de parenté sur lesquels s'appuyait jusque là le fonctionnement de la société à son niveau le plus élémentaire. Les systèmes de parenté, qui existent dans toute société humaine, font partie de ces éléments qui, avec le langage, différencient l'homme de l'animal. D'une façon ou d'une autre, ils doivent participer à l'éventail des moyens que les sociétés humaines se sont donnés pour conjurer les diverses "maladies de l'adaptation", auxquelles on sait que notre espèce est plus particulièrement sensible que n'importe quelle autre.

Ce type d'approche a un caractère rétrospectif, elle est donc soumise aux objections que nous avons soulevées plus haut : on s'entretient avec le malade alors qu'il est déjà malade et qu'il le sait ; comment peut-on, dans les informations qu'il nous donne, faire la part de ce qui peut être cause de la maladie et de ce qui n'est qu'un effet secondaire, soit de la maladie, soit du fait que le malade sait qu'il est malade ? Il n'y a pas de réponse définitive à cette objection, si ce n'est que la nature même de ces entretiens est différente de celle des enquêtes sur questionnaires ou tests et que les mêmes critères méthodologiques ne peuvent pas forcément lui être opposés.

Notons par exemple que cette approche anthropologique doit permettre de dégager à la fois des informations que nous qualifierions de "diachroniques" : une histoire personnelle et familiale qu'on peut mettre en rapport avec l'histoire de la maladie du sujet, et des informations que nous dirions "synchroniques", à savoir un système de repères symboliques caractéristiques d'une famille, système qui gouvernerait les relations objectales et identificatoires entre les différents membres de cette famille à quelque moment que ce soit de son histoire. Ce versant synchronique se prête moins à une appréciation

en termes prospectif-rétrospectif : un sujet est né tel jour, il a tel sexe, tels nom et prénoms, il a tel rang dans sa fratrie, telle profession, etc., il est donc inscrit dans sa famille comme ayant tel rôle et, même si la maladie a pu changer quelque chose dans ce qu'il a à dire de ce rôle, ces modifications sont perceptibles et le rôle lui-même reste repérable dans son discours.

Nous allons étayer cette opinion sur quelques observations. C'est ainsi que les premiers résultats confirment l'idée d'une perturbation dans les liens de parenté qui garantissent, par l'entremise de certains signifiants tels que noms et dates, à la fois l'identité du sujet et sa position par rapport aux autres membres de la famille. Le malade semble entretenir avec un de ses parents, souvent sa mère, une relation de confusion imaginaire qui menace cette identité et cette position dans la parenté. C'est ainsi que la maladie peut se présenter comme une tentative ratée de l'organisme pour mettre au monde la propre mère du sujet, la ressusciter en quelque sorte dans les cas où elle est décédée ou perdue pour lui (à la suite d'un changement de domicile ou d'un mariage, par exemples, qui éloignent le sujet d'elle physiquement ou imaginativement). Au niveau biologique, nous mettons ceci en rapport avec le parallélisme qui existe entre l'embryogenèse et les propriétés embryonnaires des cellules tumorales : la tumeur ne serait-elle pas, même biologiquement, une grossesse manquée ?

Un fait remarquable qui échappe complètement à ce débat sur le caractère rétrospectif des informations obtenues, c'est l'importance de ces signifiants qui chiffrent le temps ou qui nomment les lieux et les personnes. Tel sujet présente un délire inaugural au processus cancéreux le jour où il passe par un endroit dont le nom est exactement homophone de son nom propre. Tel autre présente une tumeur à l'âge qu'avait son grand-père maternel quand sa mère est née. Tel autre meurt au même âge que sa grand-mère maternelle, d'un cancer affectant la même partie du corps dont cette grand-mère souffrait, etc. Les entretiens confirment par ailleurs ces relations identificatoires et objectives à un parent.

Rappelons pour terminer que cette démarche anthropologique, si elle procède en partie de l'entretien clinique, n'en est pas moins une démarche de *recherche* et non une démarche de praticien, analyste ou thérapeute. Nous voulons dire par là que le malade est nécessairement ici *l'objet* d'une recherche. Pourtant, même si nous ne pouvons manquer, par notre approche, de le placer dans la situation *d'être l'objet d'un savoir dont nous sommes de notre côté demandeurs*, il nous faut éviter le risque de ne le considérer que comme tel et d'oublier qu'il est aussi un *sujet*, avec son histoire propre, avec ses signifiants porteurs d'une vérité que l'approche scientifique ne peut prendre en compte, précisément parce qu'elle n'est pas objectivable, parce qu'elle est unique et inénarrable.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Cahen R., Le cancer dans le champ analytique, *Psychologie et Cancer*, 1978, pp. 191-193.
- (2) Grossarth-Maticek R., Krankheit als Biographie - Ein medizinsoziologisches Modell der Krebsentstehung und -therapie, Köln, Kiepenheuer und Witsch, 1979.
- (3) Guir J., Identification et phénomènes psychosomatiques, *Lettres de l'École*, 1978, 22, pp. 159-162.
- (4) Patris M., Israël L., L'investigation psychosomatique : les techniques d'entretien, *Revue du Praticien*, 1979, 29, 31, pp. 2505-2512.
- (5) *Psychologie et Cancer - 2èmes Journées Médicales sur les Problèmes Psychologiques en Rapport avec le Cancer, Marseille, 7-9 Décembre 1977*, Textes réunis par F. Fresco et J. Extremet, Paris, Masson, 1978.
- (6) Schmoll P., Alcoolisme et tabagisme dans leurs rapports au cancer : une hypothèse psychosomatique, *Journal de Médecine de Strasbourg*, 1981, 12, 5 (sous presse).
- (7) Zymeret H., Schraub S., Image du corps et vérité chez les cancéreux, *Psychologie et Cancer*, 1978, pp. 194-195.