

Les maladies de civilisation : recherches anthropologiques en psychopathologie et en psychosomatique

Patrick Schmoll *

Le groupe « Corps et Langage » réunit à Strasbourg des chercheurs et des praticiens d'horizons différents qui ont en commun de travailler sur le problème des articulations entre fonctionnement de l'organisme, systèmes de représentations et langage chez l'homme. Ce champ de recherche couvre l'ensemble des questions de psychologie et de sociologie en rapport avec le corps, et plus spécialement celles qui concernent ces maux individuels et sociaux qu'on dit « du siècle », « de société » ou « de civilisation » et dont les statistiques attestent la fréquence croissante dans nos sociétés économiquement développées : problèmes psychopathologiques, en ce qu'ils affectent nécessairement les rapports entre le sujet, son corps et autrui (sexualité et violence); maladies organiques telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires, abordées dans une perspective psychosomatique.

Ces recherches peuvent être qualifiées d'anthropologiques dans la mesure où elles constituent une approche pluridisciplinaire de problèmes spécifiquement humains (définis comme tels par leur rapport supposé au langage). Une telle approche appelle en effet la contribution de praticiens et de chercheurs relevant aussi bien des sciences de la vie (biologie, médecine...) que des sciences humaines (psychanalyse, psychologie, sociologie...). Elle permet d'autre part d'articuler entre eux les résultats de pratiques et de recherches *cliniques*, c'est-à-dire portant sur des individus, et les données *épidémiologiques* correspondantes, qui portent sur des populations. Ainsi espère-t-on rendre compte du problème des maladies de civilisation d'un point de vue théorique (diagnostique et pronostique) aussi bien en ce qui concerne un sujet humain en particulier que l'espèce humaine en général.

* Section de psychologie de l'Université Louis Pasteur, Strasbourg I.

FONCTION BIOLOGIQUE DU LANGAGE CHEZ L'HOMME

En dépit des découvertes importantes de la biologie et de la médecine, les sociétés économiquement développées, qui sont les premières à en profiter, restent affectées par un certain nombre de fléaux. En tête des statistiques de morbidité viennent les troubles mentaux, les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Problèmes psychopathologiques et maladies dites « de dégénérescence » ou « du vieillissement » ont pris dans nos sociétés la place des grandes maladies infectieuses qui, jusqu'au début de ce siècle, décimaient la population.

L'apparition de ces nouveaux facteurs de morbidité et de mortalité n'est cependant pas que la conséquence inévitable de la disparition des anciens. Il est vrai que l'augmentation de l'espérance moyenne de vie en Occident permet que soient aujourd'hui atteintes de cancer des personnes qui autrefois seraient décédées plus jeunes d'autre chose. Mais, en ce qui concerne le cancer, par exemple, si c'est bien parmi la population âgée qu'il fait le plus de ravages, il faut aussi noter qu'à mesure que sa fréquence augmente avec le développement économique d'une société, *l'âge moyen de son apparition tend à baisser*. Le cancer n'est donc pas qu'une maladie du vieillissement, il est aussi un effet de la modification de l'environnement humain dans nos sociétés modernes.

Le développement socio-économique des pays occidentaux et, dans une moindre mesure, des pays de l'Est et du Tiers-Monde s'est traduit jusqu'à présent par une industrialisation et une urbanisation qui sont sources d'une pollution accrue et par une élévation du niveau de vie matériel qui encourage les régimes trop riches en sucres, protéines et graisses. Ajoutés à la consommation accrue de tabac et d'alcool, ces éléments peuvent tous constituer, à des degrés divers, des facteurs pathogènes.

Dans le même temps – et c'est ce à quoi s'intéressent les chercheurs du groupe « Corps et Langage » – cette industrialisation, cette urbanisation et cette élévation du niveau de vie matériel ont induit une modification des *modes de vie*. Les relations sociales se multiplient et se diversifient entre un nombre toujours plus grand d'individus vivant dans un milieu toujours plus réduit dans l'espace et le temps. Une quantité toujours grandissante d'objets s'offre à une demande accrue de consommation et leur quête stimule parfois jusqu'au conflit les antagonismes entre individus et entre groupes sociaux. Les structures traditionnelles éclatent, l'individu est toujours davantage soumis à des situations de communication, qu'elles soient de rencontre ou d'affrontement, auxquelles il ne sait pas répondre parce que ses interlocuteurs ne partagent pas les mêmes référents que lui et semblent ainsi appartenir à un autre monde et parler une langue qui lui est étrangère. Ces problèmes de communication sont autant de problèmes d'adaptation. Or, si la santé d'un individu dépend bien de facteurs exogènes (physiques, chimiques ou vivants) de l'environnement, elle dépend aussi de la réponse adaptative de l'organisme à cet environnement.

Aussi, sans nier que les maladies qui affectent notre civilisation puissent procéder de causes exogènes, voire de causes génétiques, nos recherches mettent l'accent sur *le rôle du langage dans les problèmes d'adaptation de l'organisme humain à son environnement*. Le langage humain a en effet des propriétés, décrites par les linguistes, qu'il ne partage avec aucun système de communication animal et les effets que cette spécificité induit dans le fonctionnement des représentations chez l'homme nous fait supposer qu'il remplit dans notre espèce une fonction biologique particulière.

La clinique psychanalytique montre par exemple que les actes symptomatiques et les phénomènes psychosomatiques correspondent à un problème de communication : ils surgissent comme substituts là où la parole du sujet échoue à dire son désir. Or, le désir d'un sujet doit s'articuler en une demande faite des mots communs au groupe social, demande où ce désir s'aliène car elle ne fait que le représenter symboliquement, mais qui seule peut être entendue et comprise d'autrui et qui seule peut appeler une réponse. L'échec de la communication, entendue de ce point de vue comme effet d'une rupture du langage, peut alors se concevoir, en termes psychophysologiques, comme l'impossibilité pour le sujet d'élaborer une réponse adéquate à une situation de besoin, ce qui se traduit par une situation d'inadaptation de l'organisme à son environnement, source de ruptures comportementales ou organiques : car, à cette situation, dans laquelle il ne peut ni parler ni être entendu, le sujet ne peut qu'essayer d'échapper dans la violence de l'acte ou se soumettre dans la maladie.

Il apparaît donc que le langage remplit chez l'homme une fonction de défense contre les maladies de l'adaptation, auxquelles on sait que notre espèce est plus sensible qu'aucune autre, à la fois du fait de la prématuration biologique de l'enfant humain à la naissance, qui le soumet et le conditionne à une dépendance fondamentale vis-à-vis de son environnement familial et social, et du fait des contraintes de tous ordres que suscitent chez l'être humain cette forme de domestication et sa concentration en populations importantes dans des espaces limités. Certaines formations culturelles, par exemple, telles que les systèmes d'interdits moraux et sociaux et les systèmes de parenté sont des faits de langage et sont communs à toutes les sociétés humaines : leur fonction semble bien d'établir au sein d'une société donnée un système de référents communs à tous ses membres qui garantisse la communication, notamment en assurant le repérage des interlocuteurs les uns par rapport aux autres.

PROCESSUS IDENTIFICATOIRES ET PROBLÈMES D'IDENTITÉ

Dans toutes les sociétés humaines, par exemple, la nomination de l'enfant à la naissance et l'identification progressive de l'enfant à son nom propre lui permettent de définir son identité par rapport à autrui : par l'intermédiaire d'un signifiant, d'un mot, l'enfant peut dégager l'image qu'il a de lui-

même de sa confusion avec l'image du semblable. Cette nomination, les systèmes d'appellations et d'attitudes que l'enfant est tenu de respecter vis-à-vis des autres membres de la famille et du groupe social, lui assignent sa position relativement à ces autres. Il est le fils ou la fille de tel couple, le frère ou la sœur de telles personnes, il appartient à telle classe d'âge, il a telle profession, liée à une tradition familiale établie et, très souvent, à son rang dans la phratrie. Il est par conséquent tenu d'appeler ou de désigner telle personne de telle façon, d'adopter à son égard telle attitude, etc., en fonction de leurs positions respectives.

Ce repérage symbolique assure la communication avec autrui, dans la mesure où les signifiants par lesquels son interlocuteur doit être désigné indiquent au sujet leurs positions l'un par rapport à l'autre, les mots et les attitudes que chacun d'eux est censé adopter et, par suite, ceux que chacun d'eux est en droit d'attendre de l'autre. Leurs désirs propres s'aliènent dans les demandes échangées, qui ne les représentent que symboliquement, mais l'existence de référents communs aux deux locuteurs les place dans une situation qui réunit toutes les chances pour qu'à ces demandes qui ont amené l'interaction soit apportée une réponse au mieux de ce qui est matériellement et socialement possible : quitte à ce que l'écart irréductible entre le désir et la demande contraigne le sujet à répéter inlassablement celle-ci dans l'espoir toujours déçu de satisfaire celui-là.

La clinique des lésions psychosomatiques et des troubles fonctionnels révèle, au travers des processus identificatoires propres à un sujet particulier, une forme de perte de ces repères symboliques. Le sujet malade se présente comme sommé par ses parents d'assumer leur désir insatisfait, c'est-à-dire de s'identifier à l'objet de ce désir. Cette contrainte peut se traduire pour le sujet par l'obligation de prendre dans le désir d'un de ses parents la place de l'autre parent (position oedipienne « classique ») ou même la place d'un de ses grands-parents (où se révèle clairement la position dans laquelle il est de réaliser l'oedipe d'un autre). Cette contrainte est souvent lisible dans le choix que les parents ont fait pour prénommer le sujet : le prénom du sujet renvoie alors plus ou moins directement au nom de l'autre auquel il est tenu de s'identifier.

L'identification du sujet à l'objet du désir de l'autre le contraint à s'épuiser à parler et à réaliser un désir qui n'est pas le sien, en même temps qu'elle révèle la désarticulation des liens de parenté qui, au sein de la famille, auraient dû définir son identité par rapport à autrui, puisqu'il est placé dans la position insoutenable (parce que paradoxale) d'être à la fois l'enfant et le conjoint ou l'un des parents de la même personne.

Ces observations, qui portent sur des cas cliniques individuels, permettent d'avancer un certain nombre d'hypothèses explicatives concernant des données épidémiologiques. Les variations dans la répartition de certaines maladies à la surface de la planète correspondent en effet à des différences de type sociologique ou culturel d'une région considérée à l'autre. Les mutations, importantes en Occident depuis un siècle et plus, des comportements

individuels et sociaux, des systèmes de valeurs et d'interdits, des relations entre individus au sein de la famille et de la société permettent de supposer que l'évolution de la fréquence de maladies telles que le cancer ou les maladies cardio-vasculaires, qui touchent particulièrement les sociétés occidentales, procède en partie directement de cette modification des systèmes de repères symboliques qui, en définissant l'identité des individus les uns par rapport aux autres, permettent le fonctionnement de la société à son niveau le plus élémentaire.

C'est ainsi, par exemple, que les études épidémiologiques montrent que le risque de cancer du sein est moindre chez les femmes qui ont eu des premières règles tardives et une ménopause précoce, naturelle ou artificielle : il est donc inversement proportionnel à la durée totale de l'expérience menstruelle, ce qui permet de supposer un rapport possible, par l'intermédiaire d'agents hormonaux, entre cancer du sein et activité sexuelle. Le risque de cancer du sein est également lié à l'âge de la femme au moment de sa première grossesse : plus tard elle a son premier enfant, plus le risque est élevé. Certains auteurs ont également envisagé le rapport entre fréquence du cancer du sein et écourtement de l'allaitement.

Ces données épidémiologiques définissent, on le voit, un profil psychosomatique particulier de la femme porteuse d'une tumeur maligne du sein : règles précoces et ménopause tardive, laissant supposer une activité hormonale sexuelle importante; première grossesse tardive ou inexistante, montrant peu d'empressement à avoir des enfants; allaitement écourté des enfants selon certains auteurs.

Ce profil se retrouve en partie dans les données épidémiologiques relatives à un autre type de cancer, celui du col de l'utérus : les femmes porteuses d'une tumeur maligne du col utérin 1) ont fait leur première expérience sexuelle plus tôt que les femmes de groupes témoins, 2) elles ont davantage de partenaires sexuels que ces dernières, 3) elles sont plus nombreuses que ces dernières à s'être mariées avant l'âge de vingt ans et 4) elles sont également plus nombreuses à avoir divorcé.

Ces données statistiques, qui objectivent chez ces femmes une activité sexuelle généralement plus importante, ou en tout cas différente de la moyenne, définissent un profil qu'on rencontrera plus facilement en Occident que dans des sociétés traditionnelles, même en cours de mutation, où les interdits sexuels réduisent considérablement l'éventail des expressions possibles du désir et imposent en général à la femme un partenaire sexuel unique pour la vie et un statut socioculturel centré sur la fonction de reproduction. Ce que confirment les données concernant la répartition géographique de la fréquence du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, qui sont deux cancers qui menacent surtout la femme occidentale.

Les sociétés occidentales ont connu durant ces dernières décennies des mutations très importantes quant à l'identité et au statut socioculturel que la tradition assignaient aux femmes. Celles-ci refusent de n'être que des épouses et des mères et beaucoup d'entre elles travaillent, moins par besoin d'ar-

gent que pour trouver dans leur activité et leur statut professionnels une identité nouvelle. Le besoin de rencontres plus fréquentes et plus variées avec des partenaires de l'autre sexe et un certain refus de la maternité, tels qu'ils sont suggérés par l'épidémiologie de ces deux principaux cancers gynécologiques, ne sont-ils pas liés à ces problèmes d'identité ?

Ceci ne signifie pas que toutes les femmes qui s'écartent du modèle social dominant de l'identité féminine, celui de l'épouse et de la mère, présentent nécessairement un risque plus important de cancer. Toutes les femmes sans enfant ou qui ont eu une grossesse après l'âge de trente ans ne font pas nécessairement un cancer du sein. Les statistiques montrent par ailleurs qu'un nombre élevé d'enfants ne préserve pas du risque de ce type de cancer. Enfin, par opposition au cancer du sein et au cancer du col utérin, un troisième type de cancer, celui du corps de l'utérus, se rencontre en moyenne plus souvent chez des femmes qui suivent strictement les prescriptions sexuelles de leur groupe socioculturel : religieuses, mormons, israélites, etc. Le choix, pour un sujet donné, ne se situe donc pas, de ce point de vue, entre assumer ou ne pas assumer une identité féminine sans alternative, il se situe entre cette identité qu'il refuse et une identité féminine qui reste à définir. Et c'est la définition de cette identité qui fait problème, car nos sociétés modernes n'ont pas encore pu en dessiner les contours qui donneraient aux femmes une place repérable, par exemple dans le monde du travail.

LE RAPPORT DU SUJET A LA LOI

La clinique des phénomènes psychosomatiques révèle des processus identificatoires particuliers qu'on peut résumer comme une identification imaginaire du sujet au corps d'un autre. Ces problèmes d'identité se retrouvent en partie dans la clinique des faits de violence, où le passage à l'acte du psychopathe répond souvent à l'impossibilité dans laquelle se trouve ce dernier de définir son rapport à l'autre.

Violence et maladie semblent avoir quelque chose en commun en ceci que toutes deux se présentent en première approche comme la trace d'une identification « introjective » par laquelle le sujet est contraint d'assumer le corps de l'autre. Elle répondrait alors complémentirement, de la part de cet autre, à une identification « projective » par laquelle l'autre ferait du corps du sujet sa chose, un organe de son propre corps. C'est pourquoi nous supposons que le discours que cet autre tient au sujet a une structure *perverse*, en ce sens qu'il manifeste une volonté de l'autre de jouir du corps du sujet. Ceci se manifesterait, par exemple, de la part de la mère par un respect apparent du discours du père, qui serait repris et présenté comme énoncé de la loi à l'enfant, contrairement à ce qui se passe dans la psychose, mais qui serait manipulé de façon pour la mère à jouer du savoir qu'elle détiendrait ainsi sur les rapports de son enfant à la loi. C'est ainsi que nous avons vu

que sa propre ambivalence vis-à-vis de la loi peut conduire l'un des parents à énoncer à son enfant le message paradoxal : « tu es mon fils (ou ma fille) et le fils (ou la fille) de mon conjoint, selon la loi qui m'est imposée, mais je te veux comme mon père ou comme ma mère, soit comme l'un de tes grands-parents, selon mon désir ».

La vie sociale reproduit les situations dans lesquelles un sujet est soumis au désir pervers d'un autre, qui joue de la connaissance qu'il a des rapports de dépendance de ce sujet à la loi. L'acte violent se présente souvent comme la réponse d'un sujet à cette situation de dépossession de soi par autrui, à laquelle il se découvre ne pas pouvoir échapper du fait de son rapport à la loi. Dans les cas où la violence elle-même est impossible, l'inadaptation du sujet à son environnement fait alors le lit de la maladie organique.

L'évolution des sociétés humaines vers une complication et une concentration croissantes, donc vers une multiplication des institutions et des règles ne peut que favoriser les situations dans lesquelles certains sujets peuvent jouer de leur position dans ces institutions et de leur connaissance de ces règles et du niveau d'engagement des autres vis-à-vis de ces règles pour asseoir un pouvoir dont ces autres sont les objets. Les sociétés occidentales sont l'expression extrême d'une évolution des sociétés humaines en général vers des situations sociales où des individus ou une classe sociale profitent d'une loi qu'ils ont eux-mêmes énoncés ou dont ils sont les représentants pour d'autres, qu'ils respectent et font respecter comme loi mais dont ils jouent pour imposer à ces autres ou à une autre classe sociale la réalisation de leurs propres désirs.

Le type de ces situations est la position du salarié d'une entreprise : d'un côté, ses ambitions sont stimulées par ses supérieurs et par les incitations extérieures à la consommation, au point qu'un aspect de son rapport à la loi est de ne pouvoir penser les réaliser que dans ce cadre dans lequel il travaille; et d'un autre côté, ses ambitions ne peuvent qu'être en permanence frustrées du fait même de sa position de salarié, qui par définition le subordonnera toujours à un patron. Le paradoxe de cette position est pathogène dans la mesure où elle enferme le sujet dans une situation de frustration, d'inadaptation à laquelle il ne peut se soustraire qu'en en dépassant la logique : en démissionnant et en devenant son propre patron.

La violence et les maladies qui affectent particulièrement certaines sociétés économiquement développées ou en cours de mutation socio-économique rapide sont l'indice de telles situations. C'est ainsi que le cancer de l'estomac pourrait être présenté comme la maladie du changement social : il tend à régresser de nos jours dans les régions économiquement développées mais reste un fléau dans des pays qui, comme le Japon, ont subi et subissent encore, du fait de leur développement économique, des mutations radicales dans leur système traditionnel de valeurs. La fréquence de ce type de cancer est également plus élevée dans les populations migrantes que dans les populations des pays d'accueil, parmi les classes sociales les plus pauvres que parmi les classes les plus riches, et dans les populations de couleur des pays anglo-saxons que dans la population

leur des pays anglo-saxons que dans la population blanche de ces pays. Dans la majorité des cas, le carcinome gastrique se développe sur un terrain particulier, celui de la gastrite chronique atrophiante et de l'ulcère gastrique, traditionnellement reconnus comme des affections psychosomatiques qui touchent préférentiellement des sujets dont le profil type est celui du cadre ambitieux ayant à subir les contrariétés auxquelles le soumet sa subordination à un patron.

Les caractères communs de ces populations à risque permettent de supposer, sans exclure des facteurs exogènes, notamment nutritionnels, que la perception par un sujet de son statut social inférieur et son aspiration à un statut supérieur que sa position rend inaccessible réalisent une situation de « stress » (mobilisation de l'organisme pour la lutte ou pour la fuite) et que l'impossibilité d'y apporter une solution adaptée induirait les conditions d'apparition et/ou de maintien de la lésion précancéreuse (gastrite chronique), voire le processus carcinogène lui-même.

CONCLUSION

Toutes ces indications soulignent l'intérêt d'une approche des maladies de civilisation portant à la fois sur le fonctionnement biologique de l'organisme, sur la structure propre du sujet malade ou déviant et sur la structure sociale dans laquelle ce sujet se trouve engagé. Elles introduisent le projet de notre groupe de travail de poursuivre une recherche transculturelle sur les maladies organiques et sur les troubles psychiatriques, recherche à la fois clinique (étude de cas dans une perspective psychanalytique) et épidémiologique (étude comparative de régions et de populations de structures socio-économiques différentes et affectées différemment par les mêmes types de maladies). Notre objectif est d'étudier les effets pathologiques de situations culturelles complexes : changements culturels propres à une société et situations de contacts entre cultures différentes. À terme, l'idée serait de proposer, outre une certaine réflexion sur la logique de communication et la dynamique thérapeutique à l'œuvre dans certaines pratiques individualisées (psychanalyse en particulier), un certain nombre de solutions de type sociologique au problème des « maladies du siècle », solutions qui dépasseraient vraisemblablement le cadre d'une simple « politique de santé » pour nous introduire à la question d'un possible « projet de société ».

BIBLIOGRAPHIE

- (1) *Corps et Langage*, bulletin du groupe de travail « Corps et Langage », Section de Psychologie de l'Université Louis-Pasteur, 12 rue Goethe, 67000 Strasbourg.
- (2) GUIR (J.), « Identification et phénomènes psychosomatiques », *Lettres de l'École* (bull. int. de l'École Freudienne de Paris), 1978, 22, pp. 159-162.
- (3) GUIR (J.), « Cancer et langage », *Corps et Langage*, 1981, 1, 2, pp. 39-42.
- (4) HELLBRUNN (R.), *Psychopathie et arrangements institutionnels. Hypothèses psychanalytiques pour une pathologie de la violence*, Thèse de III cycle en Psychologie, Université Louis Pasteur, Strasbourg, 1981.
- (5) LACAN (J.), *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.
- (6) LEVI-STRAUSS (C.), *Les structures élémentaires de la parenté*, Paris, P.U.F., 1949.
- (7) LEVI-STRAUSS (C.), *L'identité*, Paris, Grasset, séminaire dirigé par C. Lévi-Strauss, 1977.
- (8) LUTTENSCHLAGER (N.), SCHMOLL (P.), TAGHVA-PASSAND (K.), « Notes pour une recherche transculturelle sur les maladies de civilisation », *Corps et Langage*, 1981, 1, 2, pp. 43-54.
- (9) SCHMOLL (P.), « Recherches psychosomatiques sur le cancer. Présentation : travaux en cours à Strasbourg », *Corps et Langage*, 1981, 1, 2, pp. 3-9.
- (10) SCHMOLL (P.), « Processus identificatoires et somatisation : éléments pour une théorie des phénomènes psychosomatiques », *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1982 (sous presse).