

PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES ET READAPTATION DE L'ASTHMATIQUE

J. M. ALBY et R. WOLFROM

(Paris)

La réadaptation de l'asthmatique est très différente selon le génie évolutif de l'affection: le retentissement sur le mode de vie peut être mineur, comme il peut constituer une infirmité permanente. Mais l'environnement et la relation psychologique de l'asthmatique avec celui-ci influe profondément sur les conditions et le devenir de la réadaptation. Nous nous proposons d'étudier ces interactions et leurs conséquences.

L'asthme est un mode de réaction aux agressions d'un organisme biologiquement préparé. La crise est en même temps un mode d'expression des tensions émotionnelles, mais la maladie asthmatique évolue au cours de l'existence en fonction de la structure de la personnalité, de sa capacité à résoudre ses conflits psychologiques. Dans la réadaptation, comme dans l'abord thérapeutique de l'asthmatique, ces facteurs émotionnels doivent être pris en considération.

La réadaptation demande à être définie: si un sujet a pu «guérir» de ses crises d'asthme, il a vécu une expérience où il s'est senti menacé dans son intégrité corporelle; il ne sera jamais tout à fait le même qu'auparavant. A fortiori, s'il se trouve aux prises avec son affection pendant de longues périodes, on peut dire, sans jeu de mot, que la réadaptation procède d'une adaptation à la maladie.

Cette *adaptation* est complexe et fait intervenir la personnalité du sujet: quel que soit son déterminisme, notamment sa valeur d'expression émotionnelle, la maladie est vécue par l'asthmatique comme une mutilation, une sanction, une injustice, ou un refuge. Elle entraîne des phénomènes de régression psychologique et met en jeu des mécanismes de défense. Tel sujet deviendra excessivement dépendant, tel autre niera la réalité de sa maladie, refusant de se plier aux contraintes qu'elle lui impose. La réadaptation, c'est à dire le retour aux meilleures conditions de vie compatibles avec l'affection, dépendra de la façon dont est vécue la maladie.

Certains asthmes commencent dans l'enfance: il n'est pas besoin de rappeler ici la relation de dépendance, les difficultés de maturation affective qui vont de pair avec des restrictions objectives dans l'acquisition de l'autonomie et la répétition des crises qui se trouvent parfois miraculeusement, mais trop souvent momentanément interrompues par la séparation d'avec le milieu familial. Ailleurs, l'asthme n'apparaît que plus tard bien que la structure psychologique soit analogue: à l'occasion d'un traumatisme émotionnel comme un deuil, ou lorsque le sujet est amené à faire face à une situation nouvelle et angoissante, souvent après un temps de latence et au cours d'une phase dépressive. Tout se passe comme si le sujet retrouvait à ce moment la possibilité d'utiliser un modèle préformé, une

aptitude latente à réagir qui n'exclue pas toute autre cause d'abaissement du seuil de sensibilité aux agressions et vont même la favoriser. La voie frayée—comme il est habituel en psychosomatique—se produit la répétition du trouble somatique sous l'effet d'incitations variables parfois mineures. La maladie évolue alors pour son propre compte, en continuant de subir l'influence de facteurs émotionnels. Il s'agit d'un véritable cercle vicieux auto-entretenu.

Sans préjuger de la spécificité des *traits psychologiques* de la personnalité de l'asthmatique, il nous est apparu après d'autres, qu'il éprouvait une difficulté à prendre distance vis à vis de personnes ou de situations chargées d'une valeur affective; l'asthmatique a souvent besoin d'un objet protecteur, comme le phobique. Nous n'en donnerons qu'un exemple l'inhalateur qu'il a constamment en poche. Ceci est vrai aussi en regard de son environnement: lorsque l'asthmatique est privé de ses moyens de réassurance, son asthme peut s'aggraver ou le patient peut se déprimer; parfois apparaissent des phénomènes de dépersonnalisation; d'autres malades tentent de se prémunir contre l'angoisse de séparation ou le besoin de dépendance par une surcompensation: refus de toute contrainte, véritable fuite en avant. Quoi qu'il en soit, ces traits de personnalité doivent être reconnus, si l'on veut prévoir les réponses de l'asthmatique en vue de sa réadaptation ultérieure.

Il faut donc insister sur l'*incidence des données psychologiques au cours de l'évolution* et sur le *traitement* de l'asthme. Un médecin ne pourra traiter convenablement un asthme (qu'il veuille agir sur l'infection respiratoire ou entreprenne une désensibilisation spécifique) s'il ne prend pas en considération une situation de dépendance, un état dépressif masqué derrière des manifestations neuro-somatiques. L'expérience montre que certains asthmes, apparemment difficiles à traiter, s'améliorent spontanément sans qu'on puisse trouver d'autre raison que la résolution d'un conflit, ou l'accession à une plus grande autonomie. Toutefois une amélioration stable demande l'acquisition d'une maturité affective. Dans d'autres cas, l'usage de thymo-analeptiques entraîne, à lui seul, une amélioration remarquable de l'asthme qui peut être ainsi considéré comme le signal symptôme d'un état dépressif. La correction du trouble de l'humeur n'est donc pas un simple palliatif, elle permet au sujet d'atteindre un équilibre au niveau duquel il peut mieux résoudre les difficultés psychologiques qui avaient entraîné antérieurement la décompensation. Cela est particulièrement vrai des *asthmes graves*, véritables états de détresse vitale provoqués bien souvent par une situation psychologiquement insoluble; une intervention psychothérapique parallèle à la médication psychotrope est alors indispensable. L'état de régression massive auquel aboutissent parfois ces sujets peut nécessiter une intervention spécialisée.

La *réaction à l'hospitalisation* ou la séparation du milieu ambiant dépend elle aussi de la structure psychologique du sujet et, il faut le dire, des conditions psychologiques dans lesquelles elle s'effectue, en particulier de la qualité de la relation entre le patient et son médecin: la soustraction aux allergènes, la mise en oeuvre d'une thérapeutique ne sont certes pas les seuls éléments qui interviennent, puisque les réactions peuvent être tout à fait paradoxales.

L'*indication et l'usage des corticoïdes* chez l'asthmatique est fonction des données psychologiques. De graves conséquences peuvent en résulter pour la réadaptation. On connaît de longue date le besoin éprouvé par les asthmatiques d'utiliser les sympathomimétiques et d'en faire un abus dangereux (cause d'aggravation de la maladie à plus ou moins long terme). Ce besoin peut être dû au soulagement immédiat ainsi procuré, mais peut être plus encore à l'effet psychotonique de ces drogues recherché par les patients.

L'usage des corticoïdes chez l'allergique pose un problème voisin et apporte des données nouvelles. La fréquence de leur prescription, l'efficacité immédiate remarquable de ces drogues, ne doit pas faire oublier les inconvénients graves qu'elles entraînent. Outre les complications, véritables maladies thérapeutiques parfois irréversibles de la corticothérapie au long cours, un certain nombre d'asthmatiques, voire de malades atteints de coryza spasmodique deviennent dépendants de la drogue: il s'agit d'une véritable corticodépendance, ou assuétude à la drogue.

Les caractéristiques cliniques et le degré de gravité de la maladie allergique expliquent partiellement l'assujettissement à la drogue alors que l'étude de la personnalité peut et doit faire prévoir le risque encouru: importance de l'insécurité affective, des attitudes régressives de dépendance ou de refus des contraintes, tendance dépressive et anxieuse. Les corticoïdes procurent, surtout au début de la cure—en même temps que la sédation des symptômes—euphorie, impression subjective d'augmentation de puissance intellectuelle, réduction du besoin de sommeil. La diminution des doses, s'accompagne de baisse du dynamisme, de reprise des symptômes allergiques; le patient motive et justifie son anxiété par la réapparition de la symptomatologie fonctionnelle: un véritable état dépressif peut se déclencher lors des réductions de doses ou du sevrage, l'angoisse réactive les troubles, le cercle vicieux est constitué. A la longue, l'effet psychotonique des corticoïdes s'épuise, et apparaissent irritabilité, instabilité de l'humeur et du caractères.

Les accidents psychiatriques liés aux corticoïdes peuvent se voir au début de la cure, au cours de celle-ci et au moment du sevrage.

Le sevrage est difficile. Il tire ses indications: d'une prescription non valable ou d'une contre-indication (seuls les asthmes à dyspnée continue avec insuffisance respiratoire, devraient justifier une corticothérapie au long cours) des difficultés apportées par l'usage des corticoïdes dans le traitement spécifique d'une composante étiologique, allergique ou psychique, des complications de la corticothérapie. Ce sevrage est dangereux: état de mal asthmatique, insuffisance surrénale aiguë, troubles psychiques dus à un véritable état de besoin peuvent le compliquer. En principe, il doit être réalisé en milieu hospitalier, de façon progressive, après un bilan clinique et psychique. Il nécessite une post-cure avec un soutien psychothérapique. Tous les auteurs et nous mêmes avons souligné le pourcentage élevé d'échecs. Le médecin doit donc avoir conscience du risque qu'il prend pour son patient dès la première prescription de corticoïdes; le traitement n'est administré que s'il est indispensable; les cures seront courtes, discontinues, dégressives; le médecin en garde l'initiative, la qualité de sa relation avec son patient est le meilleur garant de cette limitation de temps et de doses.

Une des premières mesures que le médecin est incliné à provoquer est la *suppression des conditions pathogènes de l'environnement*, qu'il s'agisse de la soustraction du malade aux allergènes, aux conditions favorisant l'infection, ou à un climat nocif. Cette intervention n'est pas toujours nécessaire; il est rare qu'elle soit suffisante et peut avoir une incidence défavorable sur l'adaptation vitale du sujet. Ainsi l'éloignement même temporaire pour une région de climat réputé bénéfique ne sera proposée qu'après avoir évalué la signification et les conséquences qu'elles impliquent pour un malade déterminé. Parfois une détente apportée sur le moment pendant la soustraction à des conditions pathogènes biologiques et psychologiques sera suivie d'une *aggravation* si le sujet retrouve à son retour une situation identique parfois même plus difficile. Nous pouvons en rapprocher les séparations de longue durée proposées aux parents d'enfants asthmatiques,

séjours en aériums, en maisons de cure. L'effet en est parfois spectaculaire, mais le retour dans la famille, nécessaire si l'on veut éviter des phénomènes de carence affective ou de régression, peut être marqué par une réactivation des conflits, une détérioration de l'adaptation scolaire et une reprise concomitante de l'asthme.

En ce qui concerne l'adulte, il faut rappeler à propos d'un *changement éventuel de profession* que le choix de celle-ci est profondément lié au caractère et aux besoins de l'individu. L'allergique plus que tout autre est attaché au métier qui est le sien; certaines professions rendent difficiles une mutation. Que peut devenir un boulanger allergique à la farine qui se verrait obligé de vendre son fonds de commerce, ou une infirmière qui souffre d'une allergie médicamenteuse à qui l'on proposerait un travail administratif? Un représentant de commerce peut avoir choisi son état en raison de son instabilité, de sa difficulté à supporter toute subordination directe; que deviendra-t-il dans un travail sédentaire, même s'il est à l'abri de tel ou tel allergène?

L'arrêt de travail, comme dans toute maladie, est une arme à double tranchant. Il crée une situation nouvelle, qu'il soit indispensable ou que l'on en espère seulement un soulagement. Il peut provoquer un sentiment de diminution, une anxiété supplémentaire et une difficulté de réadaptation. Nous n'abordons pas ici les graves problèmes de la *longue maladie* et de l'*invalidité* qui sont le lot des asthmes attaques subintrantes ou dyspnée continue, ou insuffisance respiratoire: nous n'en méconnaissons pas la gravité. Dans ces cas, la prescription de corticoïdes de façon continue sous contrôle médical est nécessaire et souhaitable même, pour permettre de poursuivre une activité socio-professionnelle.

Ces diverses remarques ne sont pas destinées à proner l'abstention dans le domaine de la réadaptation, bien au contraire. Mais l'asthmatique éprouve souvent comme inacceptable un conseil étranger qui ne tient pas compte de divers impératifs liés à sa situation vitale ou psychologique: il a le sentiment que le médecin ne s'est pas mis à sa place, qu'il a préféré, par facilité ou peut-être pour son confort personnel, «donner» une solution difficilement applicable.

Or un changement professionnel peut être nécessaire. Le médecin se doit d'en sentir les implications pour le malade, de l'amener à rechercher puis à trouver la solution par lui-même plutôt que de la lui imposer. Cela demande du temps et de la prudence, d'autant que l'expérience montre que lorsque le patient a établi une relation satisfaisante avec son médecin, traité dans de meilleures conditions, le problème même de sa réadaptation se pose sous une forme différente: des changements qui apparaissent nécessaires ne le sont plus. S'ils restent indispensables, l'asthmatique, les prenant à sa charge, les accepte mieux.

En définitive, si l'on doit apprendre à l'asthmatique, malade chronique, à vivre avec sa maladie, on doit aussi l'aider à s'accomoder de son environnement auquel l'attachent les liens singulièrement complexes dont les facteurs pathogènes biologiques ne sont bien souvent qu'un élément parmi d'autres.