

CONSIDERATIONS PSYCHOSOMATIQUES SUR  
50 CAS D'ASTHME ALLERGIQUE  
ESSAI DE PSYCHOTHERAPHIE DE GROUPE

Par

JACQUES CAIN, JACQUES CHARPIN & COLETTE PLANSON  
Marseille, France.

L'asthme est un des terrains de choix où la rencontre du psychiatre et du pneumonologue s'avère fructueuse. Sans approfondir les choses on peut en effet avancer d'emblée les trois points suivants :

- le facteur émotionnel a toujours été signalé dans la pathogénie de la crise d'asthme ;
- la maladie, en partie fonctionnelle, a un mécanisme mal élucidé ;
- la crise, enfin, garde toujours un caractère magique.

Les travaux portant sur la psychosomatique de l'asthme allergique sont extrêmement nombreux et nous pouvons très schématiquement les ranger sous trois rubriques :

- a) les uns ont recherché des caractères spécifiques.

*Leigh, Linford & Rees, Gendrot, Denker & Crain, Boulanger, Gastaut & Panzani*, pratiquant des études statistiques, ont envisagé leurs groupes sur le plan des tests, sur le plan de la clinique et sur le plan de l'électroencéphalographie. Il faut bien dire que dans l'ensemble les résultats ne montrent pas de facteur constitutionnel très particulier.

- b) d'autres auteurs ont surtout essayé d'approcher les mécanismes neurophysiologiques.

Les travaux de *Jacquelin, Turiaf, Roman, Martinetti, Leigh, Fowler, Buscaïno, Finkenstein* ont mis en évidence l'existence

d'un circuit mettant en jeu les structures sous-corticales diencéphaliques et les voies para-sympathiques, circuit qui peut expliquer la déclenchement émotionnel du paroxysme.

c) mais c'est surtout la recherche d'un sens dynamique de la crise qui semble comporter les études les plus fructueuses.

*Alexander, Gendrot, Coolidge, Delay J. & Ziwa, Marty, Racamier, Boston, Baruch D. & Miller* ont essayé d'approfondir la signification de la crise d'asthme envisagée d'un point de vue psychoanalytique. Très schématiquement il semble découler de ces divers travaux que l'asthme, expression pro-verbale d'un conflit ancien, stigmatise principalement un attachement intense et non résolu à la mère ou à son substitut. Ultérieurement cet attachement est d'autant plus marqué que ces mères ont souvent refusé affectivement leur enfant et que celui-ci n'a pu exprimer son émotion par des pleurs.

Le matériel qui sert de support à notre étude peut être ainsi présenté.

Au point de vue somatique pour limiter et définir plus étroitement le groupe de malades, nous n'avons sélectionné que des sujets allergiques. Nous entendons par là que des tests cutanés positifs indiquaient chez ces sujets la présence d'anticorps sériques. Par contre, nous n'avons pas tenu compte du fait que cliniquement il existait une relation entre la crise et l'exposition à l'allergie identifiée par les tests.

Nous avons ainsi examiné 50 malades des deux sexes âgé de 15 à 50 ans et de niveau mental normal.

Au point de vue psychiatrique ces sujets ont été examinés au cours de deux ou trois entrevues d'une durée de deux heures environ. Pendant cet entretien, le médecin suivait dans ses grandes lignes un schéma d'interrogatoire établi d'avance mais se laissait guider par les malades comme cela se passe au cours d'un entretien psychiatrique banal.

L'interrogatoire type comprenait trois grands chapitres :

- le premier recueillait tous les renseignements ayant trait directement à l'asthme : son aspect clinique, son évolution, son rythme, les facteurs déclenchants, son aspect plus ou moins

angoissant, son retentissement sur le caractère et le mode de vie du sujet.

— le deuxième concernait le développement historique et affectif du malade: naissance, allaitement, développement psychomoteur, troubles digestifs, maladies infantiles, niveau mental et de culture, sexualité, rapport avec les parents et la fratrie, structure de la famille actuelle, métier et mode de vie actuels.

— le troisième essayait de mettre en valeur les divers éléments de la personnalité et en particulier le type de structure (hystérique, obsessionnelle, névrose d'angoisse); les conduites de culpabilité, d'infériorité, d'agressivité, enfin les antécédents psychopathiques

A partir de ces 50 malades, notre travail s'est déroulé dans deux directions: d'une part, le dépouillement systématique des observations; d'autre part, la formation d'un groupe psychothérapique que nous avons suivi pendant un an environ. Nous examinerons successivement les résultats de ces deux démarches.

Dans l'ensemble, sur 50 malades dont 38 femmes et 12 hommes, âgés de 18 à 54 ans (âge moyen 33 ans), dont l'asthme évoluait en moyenne depuis dix ans, de profession variable et de niveau mental normal:

— nous n'avons rencontré qu'une seule vraie névrose, névrose de type obsessionnel;

— jamais de psychose ni de sujets ayant présenté un état de psychopathie antérieure.

— au point de vue de la personnalité les traits obsessionnels et hystériques souvent associés, prédominaient.

Si nous reprenons en détail le dépouillement de ces résultats, nous pouvons mettre en évidence les faits suivants:

a) Le facteur émotionnel déclenchant la première crise d'asthme n'a été que très peu retrouvé. Par contre, 28 malades reconnaissent l'importance des facteurs émotionnels dans le déclenchement des crises ultérieures.

b) Au point de vue antécédents, 15 malades avaient dans

leur famille des parents asthmatiques (tante, père, mère, oncle, frère, soeur).

c) Au moment de leur crise, les malades appellent généralement après d'eux une personne de leur entourage mais ils se montrent souvent ambivalents, à la fois supportant cette présence et se sentant énervés par elle. Notons cependant que dix de nos malades refusaient nettement tout secours.

d) 28 sujets ont changé de caractère et de mode de vie depuis l'apparition de leur asthme, en particulier dans le sens d'une restriction de l'activité, une augmentation de l'irritabilité avec quelques éléments dépressifs et anxieux.

e) Dans l'ensemble, il n'existe aucun rapport précis entre les crises d'asthme et les rapports sexuels. Les femmes sont presque toutes frigides. Les hommes ont une sexualité diminuée, nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'homosexualité. Il faut noter, de plus, un rapport statistiquement valable entre l'apparition des crises et la période menstruelle.

f) Parmi les anomalies du premier développement infantile, les troubles digestifs ou les difficultés en cours d'allaitement sont souvent notés. Dans 14 cas il existait dès l'enfance des conflits familiaux extrêmement importants.

g) Au point de vue structure familiale, dans 26 cas l'élément dominant était le père, dans 13 cas la mère. Chez tous les malades la fixation à la mère apparaît comme extrêmement importante.

h) Les conflits actuels sont fréquemment rencontrés: au premier rang viennent les conflits relatifs à l'asthme lui-même (28) et les conflits affectifs divers (23), enfin les soucis matériels certainement vécus par les sujets comme insurmontables.

i) Quant à la structure de la personnalité il est difficile de s'en faire une idée très précise car excepté un cas, nous n'avons pas trouvé de névrose vraie; 7 malades ont une structure hystérique prédominante; 5 malades ont une structure obsessionnelle; mais chez 30 sujets existait un mélange de structure hystérique et obsessionnelle. Par contre, nous n'avons rencontré aucune structure psychopathique.

A regarder ainsi de plus près encore ces résultats, on ressent une certaine déception car, en fin de compte, ils peuvent se résumer ainsi: chez aucun de nos malades nous n'avons retrouvé d'éléments caractériels dominant ou de traits quelconque qui apparaissent spécifiques.

Cette pauvreté des résultats peut tenir sans doute au type même des examens pratiqués, suffisamment longs pour nous faire soupçonner qu'il existait un conflit sous-jacent, mais pas assez pour le mettre en claire évidence. C'est par contre dans une étude dynamique que l'on peut infiniment mieux déceler la présence d'éléments psychogènes liés à la maladie.

Notre étude dynamique comporte l'étude d'un groupe pris en psychothérapie non directive, suivi pendant plusieurs mois.

Ce groupe se réunissait une fois par semaine pour une heure en milieu hospitalier. Les séances s'étendirent sur une durée de huit mois.

Il y avait deux thérapeutes dont l'un était de formation analytique et l'autre avait eu avec chaque malade l'entretien prolongé dont nous avons parlé plus haut. Les deux médecins gardaient une attitude absolument non directive.

Les réunions avaient lieu dans une salle banale, sans estrade, les médecins se trouvant parmi les malades, formant un cercle.

#### a) *Evolution générale:*

On a pu observer deux périodes au cours de cette évolution:

— la première période ou période de formation du groupe au cours de laquelle il y eut un continuel va et vient de malades. Certains ne vinrent qu'à une séance, d'autres abandonnèrent au bout de quatre, cinq et même six séances soit sans donner d'explication, soit pour des raisons qui pouvaient paraître valables au premier abord. En réalité, si l'on avait pu savoir la raison profonde de leur départ, il est vraisemblable que ces sujets n'auraient pas abandonné.

On peut dire cependant qu' parmi ceux qui sont partis se trouvaient des malades qui étaient manifestement inhibés et

écrasés par le groupe; d'autres n'ont absolument pas compris de dont il s'agissait.

Il est remarquable que sur les trois hommes convoqués deux ne sont plus revenus dès après la première séance et le dernier après être venu régulièrement à cinq séances, n'a plus donné signe de vie.

— la deuxième période se situe après deux mois; le groupe se trouvait définitivement constitué avec quatre malades qui nous restèrent fidèles jusqu'à la fin, une cependant abandonna au 6ème mois.

Voici, très résumées, les quatre observations :

*Madame M., 54 ans.*

Avait fait ses premières crises d'asthme en 1943 dans des circonstances qu'elle qualifiait elle-même d'atroces (mère et soeur déportées en Allemagne, Juive, angoisse d'être elle-même arrêtée).

De présentation manifestement hystérique, cette malade parlait volontiers, se substituait au médecin, nous abreuvait sans répit du récit de sa vie particulièrement mouvementée et de ses rêves d'une richesse complaisante. Abandonnée après cinq ans de fiançailles, par un homme qu'elle adorait, elle fit à 24 ans un mariage de raison qui fut un échec; complètement frigide avec son mari, elle se trouvait par ailleurs supérieure à lui et c'est elle qui depuis toujours avait les rênes du ménage. Par surcroît, elle ne peut avoir d'enfant malgré son désir, son mari étant stérile. Du point de vue familial, avait été très attachée à son père dont elle était la préférée. Mais ce père tant admiré s'était suicidé au cours d'une maladie mentale alors que la malade était âgée de 15 ans. Dès cet âge elle avait pris sur elle toutes les responsabilités, remplaçant en quelque sorte le père disparu après d'une mère trop gâtée, d'un frère et d'une soeur plus jeunes. Très attachée à son frère avec qui elle eut un conflit à cause de sa belle-soeur qu'elle détestait. Depuis 1943 n'a plus vécu la vie agréable qu'elle avait avant. Actuellement, perte de situation du mari, souci pécunier et de logement.

*Madame L., 48 ans.*

Après avoir en une enfance malheureuse, fait un mariage d'amour à 20 ans. Elle aimait beaucoup son père; mais sa mère était jalouse de cette entente et l'a persécutée toute sa jeunesse. Une fois mariée elle fut en butte aux méchancetés de ses beaux-parents qui ne la voulaient pas pour belle-fille. Apparition d'une toux spasmodique il y a 6 ans à l'époque de la mort de son père. Un frère aîné qui vit actuellement avec le couple; une soeur morte à 17 ans de la typhoïde; entente assez bonne avec le mari, sauf sur le plan sexuel (n'était pas frigide avec ses amants); un seul fils qu'elle adore; un avortement provoqué. Personnalité

obsessionnelle très maniaque, méticuleuse, superstitieuse, caractère renfermé. Pourtant existence de phobies de type hystérique, situation matérielle aisée.

*Mademoiselle U., 43 ans, non mariée.*

Asthme survenu progressivement depuis un an. Professeur dans l'enseignement technique, vit avec une amie plus âgée qu'elle et la mère de celle-ci. Attachement de nature amoureuse à cette amie (avec laquelle elle aurait eu des relations homosexuelles). N'a jamais eu d'aventures hétérosexuelles. Enfant unique, a perdu sa mère à 20 ans, puis son grand-père qu'elle aimait énormément et qui vivait avec eux. Très gâtée. Le père s'est remarié deux ans après la mort de sa femme et elle n'a pas voulu rester chez lui. Depuis, grosses difficultés avec son père. Hyperémotivité et sensibilité extrême. Personnalité de structure hystérique. Conflits actuels: se fait du souci pour son amie qui a eu une grave maladie il y a trois ans et pour sa propre maladie.

*Mademoiselle O., 19 ans, étudiante en pharmacie.*

Asthme depuis l'âge de trois ans. Enfant unique très gâtée par ses parents. A perdu sa mère d'un cancer il y a quelques mois. Souffre de vivre loin de son père. Personnalité de structure obsessionnelle. Très renfermée, timide, nombreux sentiments d'infériorité. Dit se désintéresser des questions sexuelles.

#### b) *Quelques séances:*

Nous rappellerons ici quelques détails de séances qui nous ont paru plus intéressants.

Au cours de la première séance, le médecin prit la parole pour expliquer aux malades qu'ils étaient tous des asthmatiques; qu'on avait pu remarquer au cours de entretiens particuliers le rôle des facteurs émotionnels dans le déclenchement de leurs crises et qu'ils étaient là pour parler ensemble, de leur asthme, de leurs difficultés et de tous autres sujets dont ils auraient envie.

Il n'y avait ce jour que huit malades.

Après cette brève explication, un silence suivit, traduisant le gène que chacun ressentait. Puis la conversation roula essentiellement sur l'asthme. Deux femmes se détachaient nettement du groupe, l'une Madame M. . . parlait avec aplomb, se substituant au médecin, pour expliquer aux autres ce qu'ils ressentaient. Une autre malade semble avoir saisi mieux que tous les autres le but de ces réunions.

Les deux hommes ne parlent pas.

Une femme, très anxieuse, n'ose prendre la parole. En fin de séance, le thérapeute souligne simplement la gêne éprouvée au départ.

Il est assez remarquable qu'au cour des séances les malades n'aient jamais été incommodés par leur asthme. Mais à deux reprises on put observer l'apparition de malaises comme réaction à des situations stressantes :

- la première fois, une malade exposait avec force détails et complaisance toutes les misères et les souffrances qu'elle avait endurées; une autre malade qui souffrait de rhinite allergique avec infection secondaire de la glande lacrymale vit son oeil se mettre à couler au cours de ce récit angoissant.

- la deuxième fois ce fut Mademoiselle U . . . que ébaucha une crise d'asthme en pleine séance. Elle avait en effet apporté au thérapeute une lettre dont elle craignait que le contenu de lui soit désagréable. Lorsqu'interrogée sus les causes susceptible d'avoir déclenché la crise, elle avoua ses craintes, sa crise passa rapidement.

Nous résumerons surtout les trois dernières séances qui ont montré un phénomène intéressant. Nos trois malades restantes Madame L . . . , Madame M . . . , Mademoiselle U . . . , se disent très améliorées depuis qu'elles viennent aux séances. Elles n'ont eu que de très rares et très légères crises d'asthme pendant tout l'hiver; les thérapeutes décident entre eux de terminer sous peu la psychothérapie, sans en parler aux malades. Toutefois, le médecin qui dirige les séances se montre cette fois plus actif qu de coutume et leur fait toucher du doigt leurs progrès tant au point de vue de leur maladie que de leur équilibre affectif. Les malades se montrent toutes trois enthousiastes; le médecin cherche à leur faire prendre conscience que la seule raison apparente de leur amélioration vient du lien de dépendance qui existe entre elles et le thérapeute. Or, à la séance suivante qui se trouvait être l'avant-dernière, nos trois asthmatiques arrivent en mauvais état, se plaignant de malaises divers, de vagues rechutes, donnant chacune de bonnes raisons pour expliquer cet état de choses. On s'applique alors à leur montrer qu'il s'agit là de motifs apparents car dernièrement

elles ont supporté ce mauvais temps ou ces contrariétés qu'elles accusent encore aujourd'hui, sans en éprouver de malaises.

Petit à petit elles finissent par dire qu'elles ont pensé au cours de la dernière séance que cela allait bientôt finir et en sortant elles ont même discuté entre elles de la date probable de l'arrêt de la psychothérapie. On leur demande alors si l'idée de la séparation ne représente pas pour elles un abandon. Elles nient. Pourtant Mademoiselle U . . . a fait un rêve dans lequel il était question d'une petite fille abandonnée et qu'elle recueillait.

A propos d'abandon, Madame M . . . parle de la mort de son père et pour la première fois avoue qu'il s'est suicidé.

c) *Commentaires:*

1°) *guérison:*

Que pouvons-nous retirer de cet essai psychothérapique? En premier lieu il convient d'insister sur le fait que nos malades n'ont pas eu de véritables crises d'asthme pendant toute la ppsychothérapie c'est-à-dire pendant une période de huit mois environ. Cette guérison est survenue progressivement pour certaines d'entre elles; brutalement pour Madame L . . . qui, dès la fin de la première séance, n'a plus eu les quintes de toux spasmodiques dont elle souffrait à tel point que c'est son entourage familial qui, frappé de cette guérison, l'encouragea vivement à poursuivre ce traitement qui n'enchantait guère la malade elle-même.

Il ne s'agissait pas pour les uns ou les autres de guérison absolument complète; nous voulons dire par là qu'à l'occasion d'une grippe ou d'un conflit, les phénomènes de dyspnée pouvaient réapparaître pendant quelques jours, mais les malades disaient que c'était le premier hiver, depuis plusieurs années, où elles se portaient bien.

2°) *le lien médecin-malade:*

En dépit de la passivité des médecins, leur présence est vécue par les malades comme ayant une influence, l'existence de ce lien est mis en évidence à plusieurs reprises:

— lors d'une absence du psychothérapeute, les séances continuèrent sous la direction de l'autre médecin. Dès leur arrivée chacune raconte qu'elles ont toutes les trois eu la même idée, qu'elles se sont communiquées avant d'entrer : le souci pendant la semaine d'avoir quelque chose qui les empêche de venir (mal aux dents, mauvais temps, crise d'asthme) et la crainte que le médecin n'interprète leur absence comme une marque de dédain à son égard. Ce qui traduisait clairement leur déception d'être abandonnées par le principal psychothérapeute, et à la fois la crainte de déplaire aux deuxième médecin en manifestant leur préférence.

— l'une des malades fit un jour le rêve suivant : elle se trouvait dans un jardin avec un des médecins et tous les deux passaient un examen. L'examinateur était présent mais il n'avait pas de consistance réelle. Elle devait trouver le nom d'une fleur, c'était très difficile mais elle finit par trouver ce nom et en était très fière parce que le médecin était présent. Ce rêve traduisait le plaisir éprouvé par la malade à briller et à se faire valoir auprès du médecin ; l'examinateur représentait vraisemblablement le psychothérapeute et son rêve traduisait peut être le désir d'éclipser le médecin aux yeux du psychothérapeute.

— Madame L . . . parla de sa guérison totale depuis la première séance, ne peut arriver à l'expliquer si ce n'est par la sympathie qu'elle a éprouvée dès le début pour les médecins.

— Enfin, la réalité du transfert fut encore une fois mise en évidence par la dépendance des malades vis-à-vis de leurs médecins : dépendance objectivée lors des dernières séances par une soudaine rechute au moment où elles risquaient de perdre leur soutien.

### 3°) *Effet cathartique :*

Dans l'évolution des séances, les malades recouvraient de plus en plus facilement des détails de leur vie intime et leurs conflits les plus délicats. A deux reprises, Madame L . . . pleura abondamment en évoquant des souvenirs pénibles et avoua aux séances suivantes avoir été très soulagée par ses confidences.

Madame M... qui parlait souvent des relations tendues qu'elle avait avec son frère finit par prendre les choses plus calmement et explique que c'est d'avoir exposé ses soucis devant les autres qui lui avait permis de les juger de façon plus objective. Ces problèmes qui la rendaient si malheureuse avaient perdu ce qu'ils avaient d'anormalement pénible et douloureux.

Un incident permit dès le début de faire prendre conscience aux malades de cet effet cathartique. Les asthmatiques sont presque tous sensibles aux odeurs et particulièrement à la fumée de cigarette. Or, nos malades se trouvaient tellement incommodés par la fumée que leur entourage se privait complètement de fumer en leur présence. Madame M... avait envie d'étrangler son mari quand elle le voyait fumer obligeant celui-ci à sortir quand il avait envie d'une cigarette. Chez Madame L... mari, frère et fils allaient tous fumer dans le jardin pour lui éviter les quintes de toux.

Or, dès la première séance où le psychothérapeute fume, non seulement il n'y eut ni crise d'asthme ni quinte de toux mais, interrogées, les malades avouèrent n'être pas incommodées.

Par la suite, même en dehors des séances, les malades purent supporter la fumée. Madame L... qui depuis plusieurs mois redoutait le jour du mariage de son fils parce qu'elle craignait ne pouvoir rester dans une salle enfumée, fut tout étonnée de supporter sans aucune gêne cette atmosphère.

#### 4°) *Relations inter-subjectives:*

Il existait dans le groupe un élément dominant, Madame M... toujours sûre d'elle, très bavarde, comblait les silences lorsqu'il y en avait, donnant des interprétations parfois assez justes; elle fut la seule qui osa de temps en temps manifester un semblant d'agressivité vis-à-vis du thérapeute. Entre les malades quelques vagues liens furent créés en dehors des séances, mais que ne persistèrent pas après la fin de la psychothérapie.

5°) *Interprétation:*

Il n'y eut que quelques rares interprétations individuelles (crise d'asthme en cours d'une séance, rêve de Madame L...). Les psychothérapeutes donnèrent surtout des interprétations d'ordre général concernant le groupe tout entier: interprétation de transfert ou de la relation entre les émotions et l'asthme. Ces interprétations furent données surtout au cours des dernières séances.

La sédation de l'asthme, d'abord pendant les séances, puis dans l'intervalle est la preuve incontestable de l'efficacité de cette thérapeutique. Le groupe avait une certaine cohésion, pouvait s'exprimer et échanger plus facilement. Il existait une relation de dépendance bien assurée et bien vécue, incomplètement élucidée cependant.

Telles sont les recherches que nous avons entreprises au sujet de l'aspect psychosomatique de l'asthme allergique. Si la première démarche fut conduite sur des bases plus objectives, il faut reconnaître qu'elle n'apporte pas de résultats bien intéressants. Par contre, l'étude dynamique d'un groupe s'est révélée beaucoup plus riche, nous permettant surtout de mettre en valeur et de vivre effectivement l'importance de cette notion de dépendance qui existe chez de tels malades.

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.