

## **Profil psychologique et troubles psychiques des malades atteints d'affections pulmonaires**

A.-P. FABRE\*

« De la nouvelle qui vous coupe le souffle..., à « la précarité de la vie qui ne tient qu'à un souffle... » et vous conduit « à rendre le dernier soupir... ». Le florilège d'expressions du langage courant où l'on retrouve l'association des mots : air, souffle, respiration... à celui de vie... est des plus riches.

Toutes ces expressions chargées d'une connotation de drame, de menace, peut-être de Mort, témoignent bien que le souffle n'est pas seulement le reflet le plus immédiat de la vie de manière symbolique mais aussi le témoin de ses situations extrêmes, voire de ses limites.

Dès les premiers instants de la vie néo-natale la respiration apporte l'oxygène à l'organisme, le poumon établissant le premier lien entre l'enfant et l'extérieur par l'air nécessaire à la vie extra-utérine.

Cette fonction fondamentale se situe au carrefour de plusieurs systèmes, l'un le système neuro-végétatif inconscient, automatique, l'autre le système neuro-musculaire strié conscient et volontaire étroitement liés aux différentes organisations fonctionnelles, métaboliques, énergétiques, voire aux divers états psychiques et modulations affectives.

Bien des modes d'expression, de réactions ou de comportements humains s'organisent autour de cette fonction essentielle... de l'air « inspiré » de l'artiste, aux sanglots, aux soupirs d'aise, voire aux rires ou « cris qui coupent le souffle... ».

Ainsi il existe toute une sémiologie de la respiration liée aux fluctuations émotionnelles.

L'angoisse aiguë, paroxystique du sujet « paniqué » qui halète et redoute le manque de souffle, ou la sensation d'étouffement... donc de mort imminente, en est l'exemple le plus convaincant.

---

\* Neuro-Psychiatre, attaché des Hôpitaux, Service BRR, Centre 7, Hôpital Purpan, place du Dr Baylac, F 31059 Toulouse Cedex.

Ces connexions entre l'angoisse et la fonction respiratoire nous amènent à définir tout d'abord les traits psychologiques des personnalités anxieuses, phobiques, ou hystériques. On retrouve parfois même des organisations plus structurées de la personnalité, tels les obsessionnels et surtout les hypochondriaques.

## L'ANXIEUX

Il ne manifeste jamais que l'une des caractéristiques de base du psychisme humain : l'angoisse.

Mais ces patients présentent un état permanent d'anxiété exacerbée en crises paroxystiques. L'ensemble de ces troubles survient sur un caractère particulier. En effet l'anxieux manifeste depuis toujours une tendance à l'inquiétude, au repli sur soi, cherchant auprès de tous assurance et affection dont il a une avidité souvent inassouvie. Sa vie est centrée sur l'anxiété, sur l'attente imminente d'un danger imparable (ces anxieux sont souvent plus perturbés par la crainte imaginaire d'un danger que par la réalité même, à laquelle ils font face de manière courageuse en cas de difficultés ou de péripéties). On conçoit que cette vision péjorative de l'existence, du monde, ce désarroi, ces craintes, ce sentiment d'infériorité appellent une tendance à la dépression.

Dans le domaine physique l'anxieux exprime par son corps ses malaises psychologiques, sa tension interne. Outre les troubles du sommeil, de la sexualité, l'asthénie, (conséquence de la tension), se complète d'une riche sémiologie psycho-fonctionnelle d'emprunt, polymorphe, trompeuse, affectant surtout le domaine cardio-respiratoire. Ces manifestations somatiques culminent lors des crises encore appelées paroxysme d'angoisse.

## L'HYSTÉRIQUE

Elle est proche de la précédente par sa labilité émotionnelle, par la dépendance affective et son avidité très égocentrique. Le trait essentiel qui la définit et nous intéresse ici est la somatisation. Toutes ces personnalités se défendent contre leur problématique interne par la somatisation. Leur appétence médico-chirurgicale en est le témoin. Souvent c'est un moyen, et le seul, de trouver une solution aux conflits qui l'habitent et l'agitent.

L'asthénie, les « crises de nerfs » (crises nevro-pathiques) sont la seule issue honorable à une situation inconfortable. Mais il arrive que le phénomène de la conversion qui définit leur appellation même (l'hystérie de conversion) organise de manière très structurée la défense contre les angoisses, les conflits en traduisant dans le corps leurs affections et leurs conflits inconscients. La tendance à la somatisation, et ce phénomène de conversion de conflit psychologique inconscient en matériau corporel, font du médecin ou du soignant en général un interlocuteur privilégié, quand il ne devient pas sa victime. En effet il ne faut pas escamoter avec de telles individualités de succès thérapeutiques durables. L'hystérique espère et attend des avantages : les bénéfices secondaires de son statut de malade.

Ses revendications affectives par le biais de la maladie, du soma, des plaintes, l'incitent (surtout devant les réactions antipathiques et la lassitude qu'elle suscite chez le soignant) à une réaction d'escalade à laquelle il convient de ne pas céder. Il est en pratique toujours difficile de trouver un moyen terme entre frustration et gratification. L'attitude du soignant doit réaliser un compromis entre une attitude qui n'est pas de la neutralité, ni de l'indifférence. Souvent une telle stratégie, de telles exigences de la part de ces personnalités entraînent des réactions de rejet en poussant le soignant dans ses retranchements.

Il convient de se dire et d'avoir toujours à l'esprit que l'hystérique n'est pas un(e) simulateur(trice) et que ses troubles trouvent leur origine dans des conflits inconscients. Si démesurée et si peu convaincante que soit la sémiologie proposée.

## LE PHOBIQUE

Est proche de l'anxieux. La phobie (étymologiquement: peur), est un moyen de défense contre l'angoisse.

Inhibé, timide, effacé, réservé, le phobique tente de passer inaperçu et d'échapper à l'angoisse pulsionnelle en la projetant hors de lui. Il la fixe sur d'éventuels dangers extérieurs (la maladie, les moyens de transport, les hôpitaux...) qui témoignent de son hyperémotivité et de l'état permanent d'alerte dans lequel il vit.

Parmi les dangers externes qui cristallisent ses angoisses, le phobique a surtout à sa disposition un riche matériau de plaintes fonctionnelles, dont il « assaille » le soignant et qui sous-tendent sa revendication affective.

## L'HYPOCONDRIQUE

Chez ce dernier le corps est l'objet d'une auto-analyse constante et forcenée. L'intérêt qu'il porte à son fonctionnement ou à son état de santé le fait vivre dans un état permanent d'alerte et d'inquiétude imaginaire dans l'attente d'une lésion ou d'une maladie qui n'existe pas.

Pour en terminer de l'inventaire psychologique et des divers profils de personnalités dont le trouble et l'organisation affective distordue se retrouvent derrière la sémiologie somatique, nous donnerons un très bref commentaire des malades psychosomatiques.

## NOTION DE MALADES ET MALADIES PSYCHO-SOMATIQUES

Nous avons vu dans l'hystérie de conversion que le malade exprimait par des symptômes des conflits inconscients. Ces symptômes ont une signification symbolique. Ils répondent à une organisation régressive de la personnalité. C'est la même chose dans la maladie psychosomatique où il y a (comme pour l'hystérie, comme pour l'anxieux) un conflit dont il convient d'établir la relation précise qui existe entre la situation de conflit du malade et sa maladie.

En fait il s'agit de conflits de l'individu avec le monde extérieur. Plus tard dans l'évolution, ces conflits deviennent intra-psychiques. Ces conflits entraînent des manifestations mentales ou somatiques, ou les deux, dans une sorte de balancement, ou les deux lignées de signes se succèdent, s'intriquent au plan de la présentation clinique.

Il s'agit donc, soit de malades présentant des troubles fonctionnels sans substrat organique, sans trouble mental évident décelable, a priori. Il peut à un degré de plus s'agir de patients présentant d'indéniables lésions somatiques qui découlent de facteurs psychologiques. Enfin il peut s'agir de tableaux cliniques qui associent des symptômes neuro-végétatifs tels une hypertension, un ulcus gastroduodénal, un asthme.

Dans tous ces cas où le mécanisme est de nature psychosomatique, il faut avoir présent de façon bien évidente à l'esprit cette pathogénie. En effet le déroulement du processus morbide ne s'effectue plus selon le schéma habituel où la lésion organique se traduit par des signes fonctionnels. Ainsi dans la maladie psychosomatique il s'agit d'un mécanisme inverse où l'on part de troubles fonctionnels dont la répétition a pour conséquence la lésion. C'est dire l'importance du choc émotionnel initial (l'agression, le stress...) qui entraîne chez le sujet une réaction de tension qui a une signification bien particulière pour le patient, en fonction de son histoire et de son développement affectif. Donc dans la genèse du trouble psychosomatique les émotions peuvent, par la tension émotionnelle qu'elles entraînent, faciliter la production de signes fonctionnels, de troubles dont la répétition, la chronicité, seront responsables de la lésion organique. Comme on a pu le dire, cette réponse somatique qu'est la maladie psychosomatique, ou le syndrome psychosomatique est un enfouissement progressif des symptômes à l'intérieur du corps « un enlèvement dans la corporalité ». Contrairement à l'hystérie « le malade ne va plus de l'angoisse au symptôme, mais de l'angoisse à la mort ».

Ayant défini ces personnalités et leurs psychodynamique, nous reviendrons aux grands ensembles syndromiques de la pathologie respiratoire, envisageant successivement :

1. *Les troubles fonctionnels de la respiration avec le « syndrome d'hyperventilation »,*
2. *Le syndrome « bronchite chronique »,*
3. *L'asthme,*
4. *La tuberculose,*
5. *Le cancer du poumon.*

### **1. les troubles fonctionnels de la respiration**

Leur regroupement symptomatique permet de décrire le « syndrome d'hyperventilation ». Il sera habituellement aisé de diagnostiquer la nature psychogénique de ces manifestations dont le substrat repose sur une personnalité névrotique de type anxieux, phobique ou hystérique. Il n'y a évidemment pas de lésion organique mais une altération physiologique de la fonction respiratoire en prise directe sur un « orage émotionnel ». La tension émotionnelle, les contrariétés les plus diverses et de tous ordres sont génératrices d'angoisse. Le plus souvent, en réalité, l'origine réactionnelle et névrotique s'intriquent.

Ce syndrome d'hyperventilation est fait d'une respiration bruyante, rapide, irrégulière. Parfois interviennent de manière subintrante des accès de toux. Tout l'intérêt de leur diagnostic consistera à établir le fil conducteur entre la sémiologie fonctionnelle observée et l'angoisse ; puis à établir ensuite le lien de causalité entre ce signe respiratoire et ce conflit générateur de l'angoisse. C'est dire l'intérêt d'entretiens qui en faisant surgir les événements favorisants et révélateurs apportent dans le même temps une résolution de l'angoisse originelle.

### **2. Les bronchites chroniques**

Outre la toux et l'expectoration intarissable, les bronchites chroniques sont responsables d'épisodes dyspnéiques que le malade ressent de façon préoccupante et angoissante. Parfois seule, cette sémiologie complique le tableau des fibroses pulmonaires, ou l'emphysème et l'asthme que nous envisagerons plus loin. Bien que très invalidante et grave du point de vue pronostic, cette affection inquiète peu le malade. Ce dernier voit se réduire progressivement et dans certains cas très rapidement sa ventilation et de ce fait ses possibilités d'adaptation à l'effort. Même dans ces formes où demeure la dyspnée il est très difficile de faire participer le malade aux consignes hygiéno-diététiques (abstinence en matière d'alcool, arrêt absolu du tabac...). Fréquemment ces patients sombrent dans une attitude passive dépendante, limitant au maximum leurs efforts. C'est alors que surgissent l'anxiété, les décompensations dépressives avec émergence d'idées auto-agressives. Il

conviendra donc d'aborder la problématique anxieuse en même temps que seront mises en route les techniques de rééducation respiratoire, couplées à la pratique de la relaxation.

En négligeant l'état psychologique de ces patients anxieux ou dépressifs qui bénéficieraient dès lors de chimiothérapies antidépressives spécifiques, on aboutit à une aggravation de leur état bronchique par abandon à la passivité. Alors que l'on sait quel rôle actif doit avoir le malade pour lutter contre le glissement trop rapide vers une évolution difficile sinon inéluctable de la fonction respiratoire. En raison de la grande fragilité des centres respiratoires, très sensibles aux hypnogènes, anxiolytiques ou antidépresseurs, il ne peut y avoir d'action chimiothérapeutique psychotrope sinon prudente de manière à éviter toute dépression de ces centres déjà émoussés.

Au stade terminal, celui d'encéphalopathie respiratoire, c'est le tableau de confusion mentale qui résume l'essentiel du trouble psychopathologique, cette fois et non plus seulement psychologique.

La baisse du niveau de la conscience, son obtusion, son obscurcissement progressif est assorti d'une désorientation temporo-spatiale. Sur ce fond de crépuscularité se greffe parfois onirisme intense qui s'organise en délire plus ou moins structuré. Plus rarement il arrive que la tonalité joviale, expansive de l'humeur réalise un état d'excitation d'allure maniaque dont la présentation et les propos sont des plus inadaptés dans un tel contexte. Plus souvent un pessimisme foncier, une tristesse du registre mélancolique viennent compliquer l'insomnie, l'anxiété précitées, favorisant l'apparition de thèmes dépréciatifs et suicidaires.

## L'asthme

Plus encore que le syndrome d'hyperventilation, l'asthme illustre l'intrication psychosomatique dont il peut être considéré comme le modèle clinique. A la fois, les facteurs allergiques, la sur-infection, le profil psychologique particulier du patient s'associent, influençant le devenir des crises où l'élément psychogénique est souvent le plus déterminant de cette poly-étiologie.

Le profil psychologique de l'asthmatique est depuis longtemps l'objet de diverses études, pas toujours concluantes ou satisfaisantes. Certaines n'objectivent aucune particularité, aucune différence entre la psychologie des asthmatiques et celle des groupes témoins. Néanmoins les recherches basées sur l'apport des investigations psychologiques plus poussées et étayées par un matériau de tests projectifs (Rorschach) montrent deux traits psychodynamiques. Un « moi faible » aux systèmes défensifs peu organisés. Un conflit fondamental dans la relation avec l'« autre ». En d'autres termes, un conflit tenant à la mauvaise qualité de la relation d'objet, c'est-à-dire avec cet objet d'amour privilégié qu'est la mère. C'est à partir des études psychodynamiques de l'asthme de l'enfant que l'approche s'est montrée la plus fertile d'informations. Cette affection est très fréquente chez l'enfant et se manifeste tôt, avant cinq ans (pour 20 à 30 % des cas vers deux ans). Il est difficile, sinon impossible de mettre en évidence un élément favorisant précis.

L'allergie dépend d'après bien des expériences (Mackenzie, Sperling) de facteurs psychologiques qui sont présents dans bien des biographies d'asthmati-

ques. Selon Sperling, par exemple, le mode de début à deux ans, tiendrait au fait qu'à cet âge-là, les processus d'autonomie, d'individuation vis-à-vis de la mère passent par un stade aigu.

Les éléments pathogènes tiennent au milieu et à la qualité du lien mère-enfant. Cette interaction parent-enfant jouant à plein ici, aussi bien dans l'étiologie, le déclenchement de l'asthme, que son maintien qui est une réponse à cette relation. L'approche psychothérapeutique sera un des temps essentiels de la prise en charge et pourra amener des résultats appréciables.

Les hypothèses psychanalytiques ont apporté une compréhension à la psychogenèse de la crise d'asthme. La crise ne serait autre qu'un équivalent d'appel à la mère devant une angoisse de séparation. En fait cet appel serait réprimé, dans le cadre d'une relation biaisée avec cette dernière. En effet certains analystes ont montré le rôle d'un rejet maternel qui entraînerait en contre partie l'agressivité de l'enfant asthmatique. Comme cette agressivité ne peut se manifester sans encourir de risque, la maladie asthmatique permet de transférer une situation de rejet et d'agressivité en recherche de protection ou de consolations. Ainsi l'on conçoit que l'agressivité et l'avidité affective caractérisent ces patients qui débouchent sur des attitudes dépressives teintées d'agressivité. L'irascibilité revendicatrice de l'asthmatique pour le soignant seront souvent un des obstacles dans l'établissement d'une relation avec ce malade d'autant qu'il s'agit de relations et de prise en charge prolongées. Il est en pratique délicat de réaliser cet habile dosage entre une attitude gratifiante qui témoigne de cette capacité de disponibilité (telle l'image que donne une bonne mère) et une attitude de fermeté exempte de toute agressivité ouverte ou latente. Le soignant comme le psychothérapeute doivent sans cesse imposer des limites à cette dépendance qui deviendrait rapidement réductrice et stérilisante pour les deux parties soignant-soigné. L'un, le malade englué dans la passivité, la régression. L'autre, le soignant acculé dans une situation où les récides, l'échec, le confronteront à ses limites de disponibilité et de patience. Quoiqu'il en soit, ce qui caractérise le plus le contexte affectif de ces malades asthmatiques, aussi bien lors des formes cliniques aiguës, ou lors des formes traînantes ou de leurs séquelles, c'est la tonalité dépressive. Cette morosité se prolonge interminablement, en dehors de tout élan, de toute gaieté. Ces traits sont patents lorsque ces patients ayant traversé un état de mal grave vont donner une nette impression de démission, d'abandon à l'obstruction bronchique, à l'asphyxie.

#### 4. La tuberculose

N'est plus le fléau qu'elle réalisait jadis. Bien que devenue plus rare que par le passé, elle existe dans la population générale avec un indice de fréquence encore assez élevé, affectant de préférence l'homme, souvent l'immigré. Elle survient dans un contexte psychologique particulier. En 1826, Laennec notait : « Parmi les causes occasionnelles de la phtisie je n'en connais pas de plus certaine que les passions tristes, surtout quand elles sont profondes et de longue durée ». Bien des auteurs sont unanimes pour retrouver dans la phase initiale une dépression réactionnelle ou une décompensation d'une personnalité névrotique. Selon les hypothèses des psycho-somatiens, le début de la maladie correspondrait à « l'effondrement de la lutte et de la stratégie

anti-dépressive développée par le malade...» Dans les antécédents des tuberculeux on retrouverait plus fréquemment que pour les autres patients des groupes témoins, la notion de carences affectives, de frustrations précoces, survenues tôt dans l'enfance. Coexisteraient aussi des éléments de dépendance affective, dont les péripéties (rupture de liens amoureux, déception sentimentale) précèdent l'éclosion de la maladie.

Si l'on se souvient, ces traits étaient déjà retrouvés dans la psychogenèse de l'asthme. De telles organisations de la personnalité, ou de la constellation familiale sont très fréquentes, aussi bien en psychopathologie générale, qu'en psychosomatique de sorte qu'il est difficile de leur attribuer une valeur ou un rôle déterminant particulier.

La personnalité du tuberculeux apparaît triste, «loin du monde», repliée (ce retrait affectif permettant pour certains de parler de schizoïdie). Sa tendance à la somatisation sera une sorte de défense, permettant d'éviter la décompensation dépressive. Cela tient au fait que le personnage maternel était de type hyperprotecteur axé sur la maladie et lui faisait jouer par rapport à son enfant un rôle relationnel essentiel. La maladie s'étant raréfiée sous ses formes graves et prolongées, il est exceptionnel d'observer les tuberculeux guéris, qui après leur guérison de formes traînantes versent dans la passivité, la régression qui les enkyste dans un statut de malades chroniques à jamais désadaptés.

## 5. Le cancer du poumon

La peur de la mort des suites d'un cancer à remplacé celle de la tuberculose. En envisageant les troubles psychologiques du cancer du poumon, nous n'évoquerons pas ceux qui émaillent l'évolution clinique du cancer ou ceux qui pourraient être liés à des complications métaboliques de son évolution. La connaissance de quelques traits ou comportements psychologiques du cancéreux sont nécessaires à son abord, son traitement. Nous ne parlerons pas des conceptions psychosomatiques du cancer qui tentent de cerner la personnalité du cancéreux potentiel. Nous ne pouvons affirmer non plus que les éléments et lignes de force des ces personnalités influenceront les manifestations cliniques du cancer.

Il est nécessaire d'envisager schématiquement ici les stades émotionnels traversés par le cancéreux :

a. l'idée d'avoir une maladie gravissime sera génératrice d'angoisse, quelles que soient les tentatives de l'entourage pour éviter ce traumatisme d'une révélation ou d'une prise de conscience. Le malade percevra assez rapidement la sévérité de l'affection à travers tout l'ensemble de moyens, d'investigations plus ou moins sophistiqués mis en œuvre. Ayant confusément senti ou compris qu'il se passe quelque chose de grave il glisse de l'angoisse à la dépression ;

b. les impératifs de la prise en charge par un service hospitalier, la coupure que représente une hospitalisation accentuent l'impression d'abandon, d'anxiété et de dépression. Parvenu à ce stade le malade peut réagir dans un ultime sursaut ;

c. par une attitude de déni de la maladie (et de la mort) il dépasse cette phase dépressivo-anxieuse par la dénégation qui est un mécanisme de protection contre la peur, l'angoisse, négligeant ses conflits ou tensions internes psychologiques. C'est souvent après une poussée évolutive ou après une intervention que le patient se trouve acculé à son isolement et doit abandonner ses projets, pour voir s'effondrer ses espoirs. C'est alors une sensation de perte, de deuil, que peu de personnes peuvent accepter sans broncher. C'est dire dans cette phase d'isolement le rôle qu'auront les soignants vis-à-vis du malade, par l'écoute, la disponibilité, vis-à-vis de ce patient qu'il faudra bien accompagner. Il n'y a en fait pas d'attitude standardisée ou de solution confortable.

«Le soignant doit par un subtil « dosage » saisir ce que le malade veut ou peut connaître, de manière à lui donner la vérité du moment et l'aider à trouver son cheminement».

## RÉSUMÉ

Dans la première rubrique de cet article, l'auteur pose les définitions, la terminologie, campe les différents profils psychologiques... Autant de rudiments indispensables pour aborder le deuxième temps de l'exposé : celui des tableaux psychologiques réalisés par les malades atteints d'affections du parenchyme pulmonaire, quelles soient aiguës ou plus souvent chroniques. Successivement sont envisagés, en fonction des structures de personnalités et de la psychodynamique de base les divers regroupements syndromiques auxquels peuvent être confrontés les kinésithérapeutes respiratoires. Ainsi, outre l'action spécifique de leur discipline, les praticiens en kinésithérapie pourront par une meilleure approche clinique saisir les lignes de forces des comportements et conduites de leurs patients sans lesquelles ils ne pourraient avoir le contact et la participation efficiente de leurs malades.

**Mots-clés :** Personnalité. Troubles psychiques. Insuffisant respiratoire.

## Bibliographie

1. FERRY G., POIVET D. — «Troubles psychiques dans les affections pulmonaires», EMC *Psychiatrie*, 6, 37 669 A 10, 1979.
2. HAYNAL A., PASINI W. — «*Médecine Psychosomatique*», Masson Edit., Paris.
3. LEMPERIÈRE Th., FELINE A. — «*Psychiatrie de l'adulte*», Masson Edit., Paris.