

3. LE PATIENT

Douleur et psychiatrie : les principaux syndromes

Éric Serra

L'étude de la douleur amène les auteurs médicaux à repérer trois grands mécanismes douloureux : excès de stimulations nociceptives, origine neuropathique, origine psychogène.

La prise en charge de patients douloureux chroniques révèle la dimension psychologique toujours présente dans la douleur ainsi que l'affirme la définition d'une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable". La dimension psychologique ne peut-être confondue, assimilée à l'origine psychogène. À l'exemple de la dépression, volontiers rapportée dans les discussions cliniques, les soignants sont quotidiennement confrontés à des patients douloureux posant le problème de l'évaluation et de la prise en charge d'un tableau psychiatrique associé à un syndrome douloureux chronique, tableau qui fait facilement, trop facilement, évoquer une origine psychogène.

■ DÉPRESSION

▷ Étude

C'est sûrement l'entité psychiatrique la plus évoquée. Sa fréquence, sa proximité avec le deuil ou la tristesse, l'amélioration diagnostique due à la formation et à l'information accrues des professionnels de santé, les possibilités thérapeutiques, la médicalisation de la société en ont assuré le succès "culturel" (Serra et Papavassilopoulou, 1992).

La dépression est un syndrome clinique bien défini (Ey, 1978). La tristesse de l'humeur constitue le premier signe avec perte du goût de vivre, perte du plaisir ou anhédonie, douleur morale, pessimisme, sentiment de culpabilité ou d'incurabilité parfois. L'inhibition psychomotrice est le deuxième signe marqué par un ralentissement psychomoteur, un émoussement "idéatoire" et affectif, une perte des initiatives. À ces deux groupes de signes s'associent des angoisses matinales et des idées morbides parfois suicidaires. Il existe enfin des signes somatiques avec une insomnie classiquement matinale, une anorexie, un amaigrissement et diverses plaintes somatiques dont des douleurs.

Le DSM IV, manuel diagnostique américain, présente comme forme de description "l'Épisode dépressif majeur". La prévalence vie entière de ce trouble, isolé ou récurrent, varie en population générale de 10 à 25 % pour les femmes et de 5 à 12 % pour les hommes (APA, 1995). Sa prévalence est élevée dans les populations de patients douloureux chroniques.

La nosographie de la dépression considère la mélancolie de la psychose maniaco-dépressive PMD comme sa forme la plus typique. On parle aussi de Trouble bipolaire dans le DSM IV.

La dépression névrotique est une évolution habituelle de la névrose d'angoisse, possible dans la névrose phobique, dans la névrose obsessionnelle et dans la névrose hystérique sous l'appellation de cyclothymie. La caractéristique de la névrose hystérique d'adhérer à l'ambiance culturelle peut faire penser que des patients hystériques expriment leur souffrance névrotique sous le masque de cette dépression tant à la mode. La dépression hystérique se retrouve dans le DSM IV sous l'appellation de Trouble dysthymique, dépression traînante sur au moins deux années.

Une dépression réactionnelle peut survenir après un traumatisme individuel comme un deuil, une perte, une séparation, un épuisement, situations rencontrées dans la maladie et, en particulier, la douleur-maladie. En pratique psychiatrique quotidienne, on parle souvent de dépression névrotico-réactionnelle qui recouvre l'essentiel du champ de la dépression.

Le diagnostic de dépression est connu de la médecine française. La méconnaissance diagnostique semble rare. Ne peut-on s'inquiéter du contraire : la tendance à recouvrir toute souffrance humaine sous le vocable de dépression et y opposer un psychotrope. On doit certes évoquer les équivalents dépressifs et autre dépression masquée.

La dépression se cacherait derrière une conduite : alcoolisme, impulsivité ; derrière un discours : incompréhension, absence d'affect ; derrière une plainte somatique : douleur notamment. Le diagnostic de dépression étant clinique, il justifie d'approfondir l'investigation sémiologique.

Les échelles de la dépression peuvent constituer une aide mais ne se substituent jamais à la clinique. On utilise la HDRS de Hamilton, les BECK 13 ou 21, la MADRS, le diagramme HARD et, bien sûr, selon les recommandations de l'ANAES, la HAD (ANAES, 1999). Certains outils métrologiques plus généraux possèdent une sous-échelle de la dépression comme le MMPI ou la SCL-90-R (Guelfi, 1996). Les questionnaires permettent un dépistage sur des populations de patients comme avec la HAD. Le score favorise le suivi des patients traités. Développées pour les essais cliniques en psychopharmacologie, les échelles connaissent là leur limite en clinique quotidienne (Serra, 2000).

► Dépression et douleur

La douleur est un symptôme de dépression selon Henri Ey (1978). Elle n'est pas évoquée dans les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur du DSM IV. Pourtant les auteurs s'accordent sur la fréquence élevée du symptôme douloureux chez les déprimés (Allaz, 2000). Selon Von Knorring et Merskey, le symptôme douleur est présent chez 55 % des déprimés (Chaturvedi, 1986 ; Pablo, 1990).

La présence de la douleur comme signe de dépression serait favorisée par l'existence d'une dépression névrotico-réactionnelle (Von Knorring), l'utilisation de la douleur dans les relations interpersonnelles (Kreitman), l'existence d'un bas niveau socio-culturel (Giberts), plutôt chez des personnes âgées ou chez des femmes. Selon Ades, la douleur fait craindre une chronicisation plus facile de la dépression. En effet, le symptôme douleur peut résister alors que l'humeur dépressive a été améliorée par un antidépresseur (Pablo, 1990).

Quand une douleur résiste à notre compréhension, à notre bienveillante prise en charge, la tentation est forte d'évoquer une origine psychique, résumée par l'affirmation "c'est psy", ce d'autant plus que des éléments diagnostiques de dépression seront supposés, si ce n'est repérés. Nous sommes alors dans l'erreur. Ce n'est pas parce que le patient n'a pas de douleur somatiquement compréhensible que sa douleur est nécessairement psychogène (Serra, 2000). Un diagnostic

psychiatrique positif est nécessaire. De plus, opposer le mécanisme ou le diagnostic psychogène aux autres mécanismes ou diagnostics, c'est reproduire un paradigme médical dualiste soma versus psyché inapproprié dans la médecine d'aujourd'hui (Boureau, 1988 ; Routier, 2003).

À l'inverse, la dépression est un symptôme de douleur. Dans ses descriptions de la douleur-maladie, René Leriche évoque toute la détresse du patient douloureux chronique. De façon plus systématisée, François Boureau présente les signes dépressifs retrouvés dans le syndrome douloureux chronique : tristesse, troubles du caractère, perte des intérêts, fatigabilité, troubles de l'attention, insomnie (Boureau, 1988).

Les signes dépressifs sont habituels chez le patient douloureux chronique. Craig rapporte que la dépression est associée à la douleur chez 10 à 100 % des douloureux selon les études et donc selon les critères (Craig, 1989). L'épidémiologie, munie de critères diagnostiques stricts, propose une description en termes de co-morbidité.

La quête de l'origine, du sens, nécessaire dans la relation entre le soignant et le soigné est toujours délicate. Dans une perspective psychanalytique, on pense qu'un symptôme, quel qu'il soit, n'arrive pas par hasard. Ainsi douleur ou dépression apparaîtraient sur un terrain pré-disposé névrotique. Le profil psychologique des patients douloureux a été exploré avec le MMPI, test de personnalité. Au bout de six mois d'évolution de leur douleur, on trouve chez ceux-ci un profil dit névrotique de "dépression, d'hystérie et d'hypocondrie" (Kellner, 1986 ; Merskey, 1989). Il apparaît que c'est en fait le profil retrouvé chez les patients présentant une maladie chronique. En l'état actuel, on ne peut affirmer ni infirmer que les troubles de personnalité soient à l'origine de la douleur. On parlera là aussi de co-morbidité (Fishbain, 1986).

Les liens entre douleur et dépression pourraient être compris dans une perspective comportementale ou cognitive (Salkovskis, 1989 ; Routier, 2003). On connaît la proximité cognitive entre dépression et douleur avec les "dysfonctionnements cognitifs", les "erreurs de croyance" décrits par Beck (Boureau, 1988). Par ailleurs, l'inhibition, le ralentissement, communs au syndrome dépressif et au syndrome douloureux chronique, peuvent résulter d'un même conditionnement, de même que l'impuissance apprise, la perte d'espoir (Routier, 2003). Ainsi, la dépression peut-elle être réactionnelle à la douleur.

Enfin, dans une perspective organiciste, le syndrome dépressif peut être vu comme un épuisement synaptique notamment sérotoninergique, sorte de voie finale commune entre douleur et dépression.

■ ANXIÉTÉ

► Étude

L'anxiété est un syndrome clinique défini par une inquiétude majorée le soir, une crainte, une peur, parfois flottante, sans objet, parfois focalisée sur une situation, un objet, associée à un sentiment d'infériorité, d'irritabilité, des troubles de la concentration, des signes somatiques notamment digestifs et une insomnie d'endormissement (Ey, 1978 ; DSM IV, 1995).

La crise d'angoisse, attaque de panique des auteurs américains, s'exprime par la peur de mourir ou de devenir fou et par des manifestations somatiques qui motivent volontiers consultations ou hospitalisations. Marquée par des troubles cardio-respiratoires y figurent des paresthésies et des douleurs diverses déjà décrites par Freud en 1894 (Freud, 1894).

L'anxiété constitue d'abord un sentiment, une émotion, un ensemble de comportements normaux, présents dans la vie quotidienne. Elle est même considérée comme nécessaire à certaines performances, assimilée alors à un état d'alerte. Elle peut être réactionnelle à une difficulté personnelle ou collective. Par exemple, dans la douleur aiguë ou chronique, l'anxiété est une émotion habituelle, constitutive de la douleur "expérience sensorielle et émotionnelle". L'anxiété devient pathologique, soit par son intensité qui gêne l'adaptation de l'individu, soit par le cadre nosographique associé. La psychiatrie française se réfère simultanément à la conception théorique des névroses fondée par Freud et la conception athéorique des troubles anxieux initiée avec le DSM III. La névrose décrit un trouble clinique qui trouve son origine dans un trouble de la personnalité tandis que le trouble anxieux du DSM ne désigne que le trouble clinique.

- La névrose d'angoisse recouvre ainsi certains troubles anxieux du DSM IV : l'Attaque de panique ou crise d'angoisse, la répétition de celle-ci désignée par le diagnostic Trouble panique avec ou sans agoraphobie et l'Anxiété généralisée qui doit durer au moins six mois.

- La névrose phobique recouvre les Phobies spécifiques d'objets ou de situations et la Phobie sociale de situations sociales ou de performances en contact avec des gens non familiers ou en cas d'exposition à l'observation attentive d'autrui.
- La névrose obsessionnelle ou névrose de contrainte, associant pensées obsédantes, rituels et personnalité obsessionnelle avec ruminations, hésitations, souci du détail, de l'ordre et de la propreté, entêtement, rigidité morale, ne correspond qu'à une petite partie du Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) avec pensées obsédantes ou comportements répétitifs.
- Enfin, la névrose traumatique correspond à l'État de stress post-traumatique chez des sujets exposés à des catastrophes dont le souvenir est envahissant (Serra, 1996).

Dans les troubles anxieux ou névroses que nous venons de citer, le sujet est conscient de son état. L'anxiété ressentie par l'individu provient d'une angoisse de sexualité, d'une angoisse de mort. En revanche, dans les psychoses, l'anxiété renvoie à une angoisse de morcellement, une angoisse de l'essence.

L'épidémiologie nous permet de mesurer l'ampleur des troubles anxieux. La prévalence vie entière, en population générale, des troubles anxieux s'élève à 10-20 %. En médecine générale, on rencontre 30 % de troubles psychiatriques dont la moitié de troubles anxieux. Ils sont encore plus fréquents en Hôpital général. Il est même possible d'affiner ces chiffres (Wittchen, 1991 ; DSM IV, 1995).

Le Trouble panique, considéré comme très invalidant, connaît une prévalence vie entière, en population générale, de 1,5 à 3,5 %, pour un âge de début compris entre 18 et 35 ans. La prévalence de l'Anxiété généralisée est de 5 à 5,7 %, pour un début entre 18 et 28 ans. La prévalence de la Phobie spécifique est de 8-11 %. La prévalence de la Phobie sociale est de 3-13 %, pour un début entre 10 et 20 ans. La prévalence du TOC est de 2-2,5 %, début 15-19 ans. La prévalence de l'État de stress post-traumatique est de 1 à 14 %.

Classiquement, l'évolution de la névrose d'angoisse se ferait vers la dépression ou vers les somatisations comme la névrose hystérique. Aujourd'hui, on évoque l'évolution de l'Attaque de panique vers le Trouble panique, puis l'Agoraphobie, puis le syndrome dépressif pour 50 % des troubles anxieux et enfin l'alcoolisme, la toxicomanie médicamenteuse ou la tentative de suicide.

Pour les échelles de l'anxiété, c'est le commentaire général établi à propos des échelles de la dépression qui prévaut (Serra, 2000). Citons simplement : la Hamilton, la Tyrer, la COVI, le HARD et bien sûr la HAD dans son score anxiété (Guelfi, 1996). Ajoutons la STAI de Spielberger et la PASS de MC Cracken.

► Anxiété et douleur

La douleur est un symptôme d'anxiété (Ey, 1978 ; DSM IV, 1995). À la suite de Freud, Henri Ey cite hyperesthésies et paresthésies, céphalées et "crises douloureuses pseudo-rhumatismales" (Freud, 1894). Les critères diagnostiques de l'Attaque de panique comprennent "douleur ou gêne thoracique" et "paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)". Les sujets les plus anxieux et les plus attentifs à leurs sensations corporelles rapporteraient plus de douleurs (Ahles, 1987).

L'anxiété est un symptôme de douleur aiguë. L'épidémiologie prouve que la co-morbidité anxiété-douleur chronique existe quelle que soit la douleur. L'association est sous-estimée (Serra, 1999). Ce constat est dommageable pour les patients et leurs soignants car des procédures thérapeutiques efficaces existent face aux troubles anxieux.

Liée à une vision pessimiste, catastrophique de la douleur, l'anxiété réduit la capacité de contrôle de la douleur (Hallberg, 1998 ; MC Cracken, 1999). L'anxiété, en elle-même ou intégrée à un style de coping, une aptitude à faire face, à gérer la douleur, peut favoriser une chronicisation douloureuse ou plus généralement renforcer un comportement d'individu malade. Le diagnostic, puis le traitement, s'annoncent comme essentiels.

■ SOMATISATION

► Étude

La somatisation peut être définie comme l'expression somatique de difficultés psychologiques. Le concept était naguère dominé par l'hystérie, l'hypocondrie et les maladies psycho-somatiques. Le rejet de la maladie psychosomatique comme étant toujours d'origine psychologique et surtout la critique à l'encontre des névroses et, notamment, de

la névrose hystérique, ont abouti avec le DSM III en 1980 à la création de la classe diagnostique "Troubles somatoformes" (DSM IV, 1995). Description clinique et nosographie sont étroitement liées.

L'hystérie doit beaucoup à Freud, devenant névrose hystérique au cœur même d'une nosographie psychanalytique naissante à l'orée du XX^e siècle. Inversement, la psychanalyse doit beaucoup à l'hystérie bâtissant son corpus théorique initial à partir du discours des patients hystériques. Cette référence théorique associée à une symptomatologie protéiforme, à comprendre de façon symbolique, expliquent la difficulté diagnostique pour le soignant toujours impliqué dans sa relation avec le patient et donc dans son propre fonctionnement psychique.

La névrose hystérique est constituée cliniquement de l'association de signes somatiques et psychiques, permanents ou paroxystiques, avec une personnalité hystérique (Ey, 1978 ; Israel, 1985).

Les signes somatiques touchent surtout les organes de la vie de relation et sont volontiers décrits comme transitoires et fonctionnels. Concernant la motricité et le tonus, c'est historiquement, avec Charcot, la crise hystérique qui dominait le tableau à la fin du XIX^e siècle. Toujours spectaculaire, elle subsiste aujourd'hui en crise de nerfs, crise de spasmophilie, malaise et autre agitation. Concernant les troubles de la sensibilité, on note anesthésies ou, au contraire, diverses douleurs dont certaines céphalées, prurit, vertiges, troubles de la vision ou de l'audition et, bien sûr, troubles de la sexualité. Concernant les troubles neurovégétatifs, on évoque la boule d'angoisse, divers spasmes, l'hypotension artérielle, voire même des stigmates.

Les signes psychiques sont également désignés comme troubles dissociatifs. On cite avant tout l'amnésie, sélective, volontiers alléguée par le sujet, ou plus simplement des difficultés de concentration. Fugues, état second ou personnalité multiple sont rares.

La dimension relationnelle et le sens du symptôme font toute la subtilité clinique. Spectaculaire si ce n'est dramatique, le symptôme a besoin de spectateurs. Le symptôme est alors sensible à la suggestion. Face au médecin, au soignant, l'utilisation du corps possède une valeur de manipulation de l'interlocuteur, de séduction de la curiosité scientifique, de la docte sagesse et du pouvoir thérapeutique. Le soignant risque d'en faire toujours plus pour finir par un échec thérapeutique, une désillusion de la toute puissance soignante et donc un rejet de cette érotisation interpersonnelle, de cet amour fourvoyé. En attendant,

réfugié dans une problématique corporelle, le sujet hystérique jouit de quelques bénéfices secondaires (Serra, 1992). Si l'on progresse un peu dans la compréhension de l'hystérie, on perçoit parfois tel ou tel sens symbolique dans les symptômes de conversion, mais ce n'est que par un processus psychanalytique que l'on peut entendre ce mécanisme de défense névrotique.

Quoiqu'il en soit, il est important de rappeler que tout symptôme, fût-il clairement organique, possède une dimension psychique. Cela n'est ignoré d'aucun spécialiste de la douleur. La psychanalyse confirme ce point de vue avec la surdétermination qui signifie qu'un même signe peut répondre à plusieurs explications, toutes valables.

Enfin, la personnalité hystérique associe histrionisme ou théâtralisme, facticité des affects avec dramatisation et séduction, suggestibilité, mythomanie comme expression d'un mode de pensée imaginaire, hyperémotivité avec crises et impulsivité et notamment dans l'hystérie masculine, dépendance affective et troubles de la sexualité. On décrit une personnalité hystérique de type histrionique et une de type passif-dépendant. La présence habituelle de traits de personnalité névrotique, entre autre hystérique, dans la population générale amène à parler de personnalité névrotico-normale.

L'hypocondrie est définie comme une maladie imaginaire, la certitude absolue d'être physiquement malade. Au-delà d'une simple préoccupation de santé ou de l'inquiétude face à un symptôme somatique, le discours hypocondriaque est repéré par la certitude organique du patient qui exclut toute hypothèse psychologique, par l'inaccessibilité à la critique ou à la réassurance quels que soient les bilans médicaux et par la fixité de la plainte. Comportement et discours hypocondriaques empruntent volontiers au discours médical, sûrement favorisés par un contexte social marqué par la médicalisation, la "culture médicale" (Balint, 1957 ; Delahousse et Pedinielli, 1989 ; Serra, 1992 ; Serra, 2001). Pour certains auteurs, l'hypocondrie ne serait qu'une forme d'hystérie chronicisée, vieillie, organisée par la médecine (Israel, 1985).

Les deux classes diagnostiques, hystérie et hypocondrie, que nous venons d'étudier, se retrouvent dans les Troubles somatoformes de la classification américaine. Si les symptômes physiques font évoquer un trouble organique, ils ne peuvent s'expliquer complètement, ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental (DSM IV,

1995). Notons que l'hystérie se retrouve également dans le Trouble dépressif cyclothymique, les Troubles dissociatifs et les Troubles sexuels et que la personnalité hystérique correspond à la Personnalité histrionique et à la Personnalité dépendante du DSM.

Principal trouble somatoforme, le Trouble somatisation du DSM IV énumère pour l'essentiel des symptômes physiques douloureux, gastro-intestinaux, sexuel, pseudo-neurologique, parmi lesquels le patient doit en présenter au moins huit à un moment quelconque de l'évolution de plusieurs années. La prévalence vie entière est de 0,2 à 2 %.

- Le Trouble de conversion exige un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité ou les fonctions sensibles ou sensorielles, associés à des facteurs psychologiques sous forme de conflits ou autres facteurs de stress. La prévalence vie entière serait inférieure ou égale à 0,3 %.

- L'Hypocondrie est définie comme une « préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques. La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant ». En médecine générale, la prévalence serait de 4 à 9 %.

- Le Trouble douloureux, enfin, est décrit simplement comme une douleur, à l'origine d'une souffrance ou d'une altération sociale, sous l'influence de facteurs psychologiques pour son déclenchement, son intensité, son aggravation ou sa persistance. Ainsi présentée, cette entité clinique correspond à toute douleur. Du coup, elle est l'objet de critiques : trop proche du Trouble conversion (Birket-Smith, 2002), impliquant un dualisme psyché-soma aujourd'hui rejeté (Boland, 2002), proche certes du Trouble somatisation, mais marquant finalement l'intérêt de la psychiatrie pour le problème de douleur (Hiller, 2000).

► Somatisation et douleur

Après la dépression et l'anxiété, la somatisation pose de nouveaux problèmes aux soignants prenant en charge des patients douloureux.

Le problème est d'abord diagnostique. L'expression physique de troubles psychologiques se rencontre dans les trois entités. La hiérarchisation dépression, anxiété, puis somatisation est intéressante en terme d'urgence à traiter. Mais les cliniciens se référant à la conception classique ou psychanalytique et cherchant une cause profonde aux

syndromes médico-psychologiques, dresseraient volontiers une hiérarchisation inverse.

Le problème est en effet théorique d'une opposition psychanalyse versus comportementalisme. Quelles que soient ses références, le psychiatre ou le psychologue d'une Consultation de la Douleur devra mettre son savoir au service d'une pratique enrichissante pour tous.

Le problème est finalement thérapeutique. Que l'on diagnostique une névrose hystérique ou un Trouble somatoforme, cela doit déboucher sur une proposition réalisable. Possible expression des difficultés scientifiques précédentes, la somatisation pose un problème épistémologique. On ne trouve que ce que l'on cherche. On ne cherche que ce qui présente un intérêt. Mais de quel intérêt s'agit-il ? Clinique, thérapeutique, commercial, théorique, scientifique ? Pourquoi la plupart des travaux portent-ils sur douleur et dépression ? L'anxiété n'est-elle pas sous-estimée quand certains auteurs la trouvent plus fréquemment associée à la douleur que ne l'est la dépression ? La somatisation et les Troubles somatoformes ne sont-ils pas aussi sous-estimés (Fishbain, 1986) ? Des études complémentaires sont nécessaires, si l'on pense que le trouble somatoforme douloureux est le mode de somatisation le plus fréquent dans le monde occidental. Mais avant tout, c'est notre attention soignante qui s'impose.

■ ABUS DE SUBSTANCES

Ce paragraphe n'a comme prétention que de souligner, de confirmer un constat réalisé dans la prise en charge de patients douloureux chroniques. L'abus de substance est parfois associé, beaucoup plus souvent redouté et toujours délicat à gérer.

Quand on travaille auprès de patients douloureux, on se demande si l'abus de substance n'est pas, d'abord, un problème éthique. La morale de notre société redoute la toxicomanie. Prendre un opioïde prescrit face à une douleur évaluée, c'est partager un produit commun avec le drogué. Il n'y a qu'un pas vers la stigmatisation qui fait des malheureux patients des toxicomanes en puissance et de leurs thérapeutes des dealers. Dans notre quotidien soignant, nous savons que le problème est surtout à la carence antalgique. L'OMS l'affirme depuis longtemps. L'insuffisance d'utilisation des antalgiques et, notamment, des opioïdes, est quantitative et qualitative. L'origine se révèle être un défaut de

connaissance sur les indications et les risques des médicaments antalgiques (Boureau, 1992 ; Ferrell, 1992 ; Cohen, 2002).

Les opioïdes ne sont pas les seuls en cause : les anti-inflammatoires, la chirurgie, les benzodiazépines et autres psychotropes, les examens répétés, la poursuite prolongée des médicaments, sont autant de problèmes qui interrogent la puissance thérapeutique de la médecine, le risque iatrogène, les demandes variables parfois contradictoires de l'individu malade et de la société. L'abus de substance est un aspect du problème. La littérature médicale semble se limiter aux opioïdes (Adriaensen, 2003). Il est vrai que l'impact social, médico-légal est le plus fort sur ces substances (Savage, 1996).

Une difficulté pratique est celle de traiter une douleur chez un patient toxicomane (Savage, 2002 ; Sees, 1993 ; Carpentier, 1997). Une autre est de s'adresser à des patients douloureux souffrant de troubles psychiatriques dépressifs, anxieux ou somatoformes (Radat, 2002 ; Wambach, 2001). Même si le problème est plus marqué pour la prescription de morphiniques en dehors du cancer, il apparaît aussi avec cette pathologie (Passik, 1998 ; Paice, 1998).

Reprenons quelques définitions (DSM IV, 1995). La tolérance est, soit le besoin de quantités accrues pour obtenir le même effet, soit l'effet diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance. Le sevrage est le cortège de troubles médicaux qui accompagne l'arrêt ou la réduction d'une substance. La dépendance à une substance associe tolérance et sevrage avec surconsommation, difficulté à réguler la consommation et/ou impact personnel ou social. Enfin, l'abus de substance - l'addiction - est défini par un mode d'utilisation inadéquat conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative et cela sur 12 mois. Le manuel DSM IV précise ensuite les Troubles liés aux opiacés et les Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Toutefois, cette approche psychiatrique est relativisée, discutée par de nombreux auteurs en ce qui concerne la tolérance et la dépendance des patients douloureux traités (Fishbain, 1992 ; Aronoff, 2000 ; Heit, 2001 ; Radat, 2002).

Les études épidémiologiques ont signalé la fréquence du phénomène. Par une revue critique, Fishbain établit la prévalence des diagnostics de dépendance, d'abus ou d'addiction entre 3,2 et 18,9 % des patients douloureux chroniques (1992). Si 4 % des patients migraineux sont

concernés par le mésusage médicamenteux, il s'élève à 20 % dans les Centres de céphalées (Radat, 2002).

Diverses propositions scientifiques peuvent être ici rapportées. Nous l'avons vu, nombreux sont les auteurs qui reprenant les définitions strictes du DSM IV souhaiteraient probablement les voir évoluer pour une meilleure adaptation à la réalité de nos patients traités. La perte de contrôle de la prise de médicaments antalgiques en dépit d'effets adverses est peut être le meilleur indicateur d'un comportement addictif chez un patient douloureux chronique traité (Radat, 2002). L'addiction concerne volontiers plusieurs substances en même temps dont les psychotropes. Un risque accru existerait en cas de co-morbidité dépressive ou anxieuse. L'antalgique viendrait apaiser certains symptômes d'anxiété ou de dépression ou entraînerait d'autres bénéfices, d'autant plus que l'anxiété ou la dépression n'auraient pas été correctement évaluées et traitées. Évaluer également le passé d'abus de substances, la consommation de substances addictives licites, la difficulté à respecter un contrat thérapeutique, réévaluer précisément en cas de prescription d'opioïdes surtout hors du cancer, en cas de tolérance, en cas d'échec, travailler en équipe, faire appel aux Consultations de la Douleur, aux Consultations de Toxicomanie, à la Psychiatrie de liaison : autant de propositions qui peuvent nous aider dans la situation difficile de la dépendance et de l'abus de substance (Boureau, 1992 ; Miotto, 1996 ; Heit, 2001 ; Kirsh, 2002). Ce champ nécessite des recherches cliniques, psychopathologiques, épidémiologiques et fondamentales (Compton, 1998 ; Le Bars, 2000 ; Radat, 2002).

■ TRAITEMENTS

Après avoir rappelé les principes thérapeutiques face aux quatre entités psychiatriques étudiées, en guise de conclusion, nous détaillerons certaines procédures thérapeutiques utilisables au quotidien chez les patients douloureux chroniques.

► Dépression, anxiété, somatisation, addiction

- Les thérapeutiques de la dépression sont les mieux codifiées. Il est important avant tout de préciser l'intensité du syndrome dépressif, le contexte nosographique, les possibilités personnelles ou contextuelles du sujet déprimé : cela déterminera les modalités de prise en charge. Le traitement de référence face à un syndrome dépressif caractérisé et sévère comporte une chimiothérapie par antidépresseur, à dose efficace, pendant plusieurs mois, associée à une psychothérapie cognitive ou psychanalytique selon la compétence du psychothérapeute et la demande du patient. Si le médecin est formé et/ou le syndrome dépressif moins intense, ce soignant référent peut assumer la prise en charge (Serra, 2000).

- Les thérapeutiques de l'anxiété associent également chimiothérapie et psychothérapie. Les anxiolytiques constituent un traitement de crise ou de fond. Mais le risque de dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, doit faire limiter la durée de prescription, en particulier avec les benzodiazépines. Le Trouble panique, en prévention des crises d'angoisse, bénéficie de certains antidépresseurs. Cela est également vrai pour les TOC, pour la Phobie sociale, pour l'Anxiété généralisée. La psychothérapie sera soit comportementale, soit psychanalytique.

- Les thérapeutiques de la somatisation dépendront encore une fois de la formation du clinicien. Si un diagnostic de Névrose hystérique peut constituer une indication royale de psychanalyse, un diagnostic de Trouble somatisation – chez un même patient bien sûr – répondrait à une prise en charge cognitive (Salkovskis, 1989 ; Serra, 1995). Notons que le Trouble somatoforme douloureux peut bénéficier de la prescription d'antidépresseur.

- Enfin les thérapeutiques des abus de substances sont constituées de : prévention lorsqu'apparaissent tolérance ou dépendance chez un sujet douloureux traité, respect des consignes évoquées précédemment, sevrage médicalement accompagné par la psychothérapie (soutien cognitivo-comportemental), par la chimiothérapie (substitution éventuelle, co-morbidité dépressive), par la sociothérapie (cure de sevrage et post-cure).

► Quels traitements chez le douloureux chronique ?

Les co-morbidités bénéficient donc de traitements spécifiques à la dépression, l'anxiété, la somatisation, l'abus de substance.

Mais quels que soient les mécanismes et les causes, quels que soient les diagnostics, la douleur peut être générée, aggravée ou simplement entretenue ou au contraire améliorée par des facteurs psychologiques (Boureau, 1988). Parmi ces facteurs, on retrouve des éléments cliniques ou des mécanismes de dépression et d'anxiété, voire de somatisation ou d'addiction, eux-mêmes composants affectifs, cognitifs et comportementaux de la douleur "expérience sensorielle et émotionnelle". Du coup les modes de compréhension et de prise en charge de la douleur se nourrissent de cette coexistence.

- Au niveau des médicaments, les anxiolytiques peuvent aider au traitement de l'anxiété associée à la douleur (Serra, 1999). Or, diminuer l'anxiété facilite l'adaptation du patient face à sa douleur (MC Cracken, 1999). Il faut choisir des substances non sédatives, avec moindre potentiel addictif. Ce qui semble le cas de molécules plus récentes. Nous avons vu aussi que la prescription des antidépresseurs dépasse aujourd'hui la simple association douleur-dépression. La façon de prescrire vaut autant que la substance pharmacologique, se plaît-on à dire. L'effet placebo en est une illustration troublante qui fait de la chaleur relationnelle et de l'assurance thérapeutique du soignant des déterminants essentiels du succès thérapeutique. Les modalités mêmes de la prescription sont à considérer.

- Que la réponse médicamenteuse psychotrope s'impose ou pas, l'accompagnement psychologique fait partie du programme thérapeutique plurimodal proposé à tout patient douloureux (Serra, 2000). Cet accompagnement peut s'inspirer de la psychothérapie psychanalytique. Quand une plainte douloureuse est l'expression d'une souffrance névrotique, hystérique, d'une insatisfaction existentielle, l'analyste et son patient ne se focalisent pas sur le symptôme mais remontent à l'origine de la souffrance. Un éloignement de la médecine, facteur de chronicisation, est habituel. C'est-à-dire, selon cette perspective, que l'équipe médicale doit renoncer à sa volonté de guérir, de supprimer le symptôme douleur. En pratique, un assouplissement de l'idéal soignant est obtenu par les groupes de paroles et autres réunions de synthèse en

présence d'un "psy" formé selon le modèle des groupes Balint (Balint, 1957). Ce renoncement soignant n'est pas incompatible avec le progrès thérapeutique. Bien au contraire, il combat la iatrogénéisation.

- L'accompagnement psychologique peut s'inspirer des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC). Accessible plus facilement au thérapeute et au patient, compatible avec les notions de douleur-maladie ou de syndrome douloureux chronique, ce courant pragmatique rencontre un succès grandissant (Boureau, 1988).

- La consultation initiale du patient douloureux permet l'analyse fonctionnelle de sa symptomatologie. L'approche comportementale vise à obtenir des changements précis, concrets dans la qualité de vie des patients, en traitant des symptômes comportementaux que l'on sait aborder en TCC. "Si une diminution de la douleur en résulte, c'est un supplément" (Salkovskis, 1989).

- Les réponses thérapeutiques aux modèles comportementaux de Pavlov ou Skinner empruntent aux domaines de l'anxiété et des phobies. Dans la désensibilisation systématique de Wolpe, si l'on oppose à la situation anxiogène ou douloureuse une réponse inhibitrice de celle-ci comme la relaxation, on évite l'apparition du comportement-cible. On renforce les comportements bien portants, on aide le patient douloureux, anxieux, dépressif, somatisant, à affronter les situations importantes.

- Quand douleur, dépression ou somatisation coexistent, la thérapie cognitive peut être indiquée selon le modèle développé par Beck dans la dépression. Les erreurs de croyance du patient douloureux seront rectifiées comme la tendance à généraliser ses difficultés, à dramatiser, à s'inquiéter de son corps, à perdre le contrôle, à espérer des solutions miracles (Boureau, 1988 ; Salkovskis, 1989 ; Serra, 1995 ; MC Cracken, 1999).

- Les approches corporelles font également partie de l'arsenal thérapeutique : kinésithérapie, massages, applications de chaleur, maintien puis développement des activités physiques, relaxation, hypnose. Certes, ces approches - au même titre que les approches psychologiques - souffrent de leur comparaison avec la chimiothérapie au sein de la médecine fondée sur les preuves. Néanmoins, dans notre quotidien soignant, nous nous accordons tous sur leur place également

importante. Ainsi la relaxation est un outil précieux dans le traitement de la douleur comme de l'anxiété voire de la somatisation.

- L'écoute du sujet et la prise en considération de la réalité de sa douleur réduisent l'écho perdu de son anxiété, de sa dépression, de ses plaintes somatiques, de ses dépendances. En cas de nécessité, chacune des entités cliniques bénéficiera d'un traitement particulier. L'amélioration de la symptomatologie douloureuse sera d'autant plus importante et rapide que, parallèlement au traitement antalgique, sera mise en route une prise en charge correcte de la pathologie associée (Merskey, 1989). Finalement, le traitement des co-morbidités réalise une cothérapie favorable à un programme thérapeutique plurimodal, à une prise en considération globale du patient douloureux.

Annexe

ÉPIDÉMIOLOGIE

Si tout le monde s'accorde sur la fréquence élevée des grandes comorbidités psychiatriques associées aux douleurs chroniques, il importe de se reporter aux études épidémiologiques à notre disposition.

La sémologie psychiatrique, culturellement déterminée, a été décrite minutieusement par des auteurs germanophones (Kraepelin, Freud, Kretschmer) et des auteurs francophones (Serieux et Capgras, Ballet, de Clerambault, Lacan, Ey, Israel). Cette nosographie psychiatrique est compatible avec la théorie psychanalytique mais aussi avec les thérapies psychologiques et médicamenteuses. La difficulté à affirmer certains diagnostics comme l'hystérie ou la schizophrénie, les travaux accrus dans le domaine de la dépression, l'opposition à la psychanalyse, ont fait reconsidérer le champ des maladies mentales, notamment, outre-atlantique. Cela a abouti aux classifications psychiatriques modernes développées par les épidémiologistes à des fins de recherche : la Classification Internationale des Maladies CIM-10 de 1992 ou le Manuel Diagnostique et Statistique américain des troubles mentaux le DSM III de 1980 devenu DSM IV (APA, 1995). Les études épidémiologiques concernant la co-morbidité douleur et troubles mentaux font référence aux versions successives du DSM.

Ainsi passant en revue les diagnostics psychiatriques de 43 patients

porteurs d'une douleur chronique qui n'avait pas bien répondu au traitement conventionnel, Reich et coll. trouvent au DSM III, prédécesseur du DSM IV, 6 "Troubles affectifs" (15 %), 13 "Troubles somatoformes" - somatisation, conversion hystérique, hypocondrie - (30 %), et 8 "Toxicomanies" (19 %). Un trouble de la personnalité est retrouvé chez 16 patients (37 %) avec 5 "personnalité histrionique" (30 %) et 4 "personnalité dépendante" (25 %) (Reich, 1983).

Fishbain et coll. (1986) évaluent de la même façon 283 patients consécutifs admis en Centre de la Douleur essentiellement pour des douleurs musculo-squelettiques notamment lombaires (75 %). Ils retrouvent 56 % de patients souffrant de "Dépression" avec 64 % de ce regroupement diagnostique chez les femmes contre 50 % chez les hommes ($p < 0.05$). Notons que le "Trouble dysthymique" représente 23 % et le "Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive" 28 %.

Les "Troubles anxieux" sont encore plus fréquents à 62,5 %, avec 66,5 % chez les femmes contre 59 % chez les hommes ($p < 0.01$). Notons 1 % de "Stress post-traumatique", 15 % de "Trouble anxiété généralisée" et 43 % de "Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse".

Les "Troubles somatoformes" sont retrouvés chez 43 % des patients, dominés par le "Trouble conversion" à 38 %, diagnostiqué avec soins, à côté du "Trouble somatisation" 4 %, de la "Douleur psychogène" (ancêtre du Trouble douloureux du DSM IV) 0,3 % et de "l'Hypocondrie" 0,7 %. Les "Dépendances à l'alcool et autres drogues" représentent 15 % des patients, avec prédominance masculine de 20 % contre 8 % chez les femmes ($p < 0.01$). Notons la co-morbidité de l'Alcoolisme 12 % avec la Dépendance aux drogues et médicaments 10,5 %, toujours avec une surreprésentation masculine. Enfin, le "Trouble explosif intermittent" ou psychopathie des auteurs franco-germaniques, est à 10 %, pour 17 % des hommes contre 1,6 % des femmes ($p < 0.0001$).

La même étude retrouve des troubles de la personnalité : 17 % de "dépendant", 15 % de "passif-agressif" soit 21 % chez les hommes contre 12,5 % chez les femmes, 11,5 % "d'histrionique" soit 20,5 % chez les femmes contre 4,5 % chez les hommes ($p < 0.0001$) et, enfin, 4,5 % de "narcissique", 5 % de "paranoïde" et 3 % de "schizoïde" chez les hommes contre 0 % chez les femmes.

Atkinson et coll. (1991) explorent la prévalence vie entière des troubles psychiatriques dans une population de 97 hommes lombalgiques

chroniques de la région de San Diego comparée à 49 volontaires sains. Ils retrouvent 32 % de “dépression majeure” ($p < 0.05$), 23 % “d’anxiété généralisée” (NS : non significatif sur l’échantillon étudié), 8 % de “trouble panique” (NS), 13,5 % de “trouble obsessionnel compulsif” TOC (NS), soit 31 % de “troubles anxieux” hors TOC ($p < 0.05$), 65 % de “dépendance alcoolique” $p < 0.01$, 11,5 % d’autres dépendances (NS), enfin, dans cette population masculine, on retrouve 21 % de “trouble antisocial” (NS) et aucun “trouble somatisation”.

Merikangas et coll. (1990), chez 457 sujets migraineux, trouvent selon le DSM III une prévalence annuelle de 15 % de “dépression majeure” ($p < 0.05$), de 31 % de “troubles anxieux” ($p < 0.05$) avec 10 % “d’anxiété généralisée” ($p < 0.001$).

Devlen (1994) chez 650 sujets migraineux, trouve via la HAD 50 % d’anxiété probable (score HAD ≥ 11) ou possible (score HAD 8 à 10) et 20 % de dépression (probable = 6 % et possible = 14 %). Ces prévalences élevées sont comparables à celles mesurées dans d’autres pathologies. Par ailleurs, aucune corrélation n’est retrouvée avec la fréquence des crises de migraine.

La corrélation élevée entre la douleur rapportée par les patients et leur niveau d’anxiété et de dépression a été établie notamment par Smedstad et coll. (1995) chez des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde. L’impact des troubles psychiques sur l’évolution douloureuse est pressenti par tous les soignants. Dans une étude cohorte de 75 patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux sur cinq années, Fowley et coll. (1992) ont confirmé cette impression quant à l’anxiété, facteur de maintien d’un syndrome colique rebelle et quant à la dépression, facteur de fluctuations négatives dans la détresse et le comportement malade.

Bibliographie

- Adriaensen H, Vissers K, Noorduin H, Meert T. Opioid tolerance and dependence : an inevitable consequence of chronic treatment ? *Acta Anaesthesiol Bel*, 2003, 54 : 37-47.
- Ahles TA, Cassens HL, Stalling RB. Private body consciousness, anxiety and the perception of pain. *J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat.*, 1987, 18 : 215-222.
- Allaz A-F Dimensions psychologiques de la douleur chronique. La lettre de l’IUD, n° 13, 1-6, septembre 2000.

- American Psychiatric Association. DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition, Masson, Paris, 1995.
- ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES, Paris, 1999.
- Aronoff GM. Opioids in chronic pain management : is there a significant risk of addiction ? *Curr. Rev. Pain*, 2000, 4 : 112-121.
- Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I and Garfin SR. Prevalence, onset and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain : a controlled study. *Pain*, 1991, 45 : 111-121.
- Balint M. Le médecin, son malade et la maladie (1997). Payot, Collection Science de L'Homme, Pain, 1998.
- Birket-Smith M, Mortensen EL. Pain in somatoform disorders : is somatoform pain disorder a valid diagnosis ? *Acta. Psychiatr Scand.*, 2002, 106 : 103-8.
- Boland RJ. How could the validity of the DSM-IV pain disorder be improved in reference to the concept that it is supposed to identify ? *Curr. Pain Headache Rep.*, 2002, 6 h 23-29
- Boureau F. Pratique du traitement de la douleur. Doin, Paris, 1988.
- Boureau F, Luu M, Koskas-Sergent AS, Doubrere JF. Need of risk reevaluation in morphine dependence in pain patients (en français). *Thérapie*, 1992, 47 : 513-8.
- Brandt J, Celentano D, Stewart W, Linet M, Folstein ME. Personality and emotional disorder in a community sample of migraine headache sufferers. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 303-308.
- Carpentier M. Pain, anesthesia and drug addiction (en français). *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.*, 1997, 98 : 120-2.
- Chaturvedi SK, Michael A. Chronic pain in a psychiatric clinic. *J. Psychosom. Res.*, 1986, 30: 347-354.
- Cohen MJ, Jasser S, Herron PD, Margolis CG. Ethical perspectives : opioid treatment of chronic pain in the context of addiction. *Clin. J. Pain*, 2002, 18 (4 suppl) : S99-107.
- Compton P, Darakjian J, Miotto K. Screening for addiction in patients with chronic pain and "problematic" substance use : evaluation of a pilot assessment tool. *J. Pain Symptom Manage*, 1998, 16 : 355-63.
- Craig KF. Emotional aspects of pain. In : Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 2nd ed, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1989.
- Delahousse J, Pedinielli JL. La médicalisation de la plainte. *Psychologie Médicale*, 1989, 21,3 : 325-328
- Ey H, Bernard P, Briset C. *Manuel de psychiatrie*. 5^e édition, Masson, Paris, 1978.
- Ferre BR, MC Caffery M, Rhiner M. Pain and addiction : an urgent need for change in nursing education. *J. Pain Symptom Manage*, 1992, 7 : 117-124 et 439-440.

- Fishbain D, Goldberg M, Meagher B, Steele R, Rosomoff H. Male and Female Chronic Pain Patients Categorized by DSM-III Psychiatric Diagnostic Criteria. *Pain*, 1986, 26 : 181-197
- Fishbain DA, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Drug abuse, dependence, and addiction in chronic pain patients. *Clin. J. Pain*, 1992, 8 : 77-85.
- Fowlie S, Eastwood MA, Ford MJ. Irritable bowel syndrome : the influence of psychological factors on the symptom complex. *J. Psychosom. Res.*, 1986, 30 : 347-354.
- Freud S. Du bien fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé en tant que "névrose d'angoisse", 1894. In *Œuvres Complètes. Psychanalyse. Vol III*, 1894-1899, PUF Paris, 1989.
- Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tomes I et II, Editions Médicales Pierre Fabre, 1996.
- Hallberg LRM, Carlsson SG. Anxiety and coping in patients with chronic work-related muscular pain and patients with fibromyalgia. *European J. Pain*, 1998, 2 : 309-319.
- Heit HA. The truth about pain management : the difference between a pain patient and an addicted patient. *Eur. J. Pain*, 2001, 5 (suppl A) : 27-9.
- Hiller W, Heuser J, Fichter MM. The DSM-IV nosology of chronic pain : a comparison of pain disorder and multiple somatization syndrome. *European J. Pain*, 2000, 4 : 45-55.
- Israel L. L'hystérique, le sexe et le médecin. Masson, Paris, 1985.
- Kellner R. Somatization and hypochondriasis. Praeger, New York, 1986.
- Kirsh KL, Whitcomb LA, Donaghy K, Passik SD. Abuse and addictions issues in medically ill patients with pain : attempts at clarification of terms and empirical study. *Clin. J. Pain*, 2002, 18 (suppl 4) : S52-60.
- Le Bars M, Glowinski J, Bannwarth B. Tolerance and dependence on opioid analgesics : experimental and clinical aspects (en français). *Thérapie*, 2000, 55 : 343-347.
- MC Cracken LM, Spertus IL, Janeck AS, Sinclair D, Wetzel FT. Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain : pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 1999, 80 : 283-289.
- Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and Psychopathology. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, 47 : 849-853.
- Merskey H. Pain and psychological medicine. In : Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 2nd ed, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1989.
- Miotto K, Compton P, Ling W, Conolly M. Diagnosing addictive disease in chronic pain patients. *Psychosomatics*, 1996, 37 : 223-35 et 38 : 158-9.
- Pablo D. Approche psychiatrique de la douleur chronique. Thèse Médecine n°90, Lyon Sud, 1990.
- Paice JA, Toy C, Shott S. Barriers to cancer pain relief : fear of tolerance and addiction. *J. Pain Symptom Manage*, 1998, 16 : 1-9.

- Passik SD, Portenoy RK, Ricketts PL. Substance abuse issues in cancer patients. Part 1 : prevalence and diagnosis. *Oncology*, 1998, 12 : 517-21.
- Radat F, Irachabal S, Swendsen J, Henry P. Analgesic abuse and psychiatric comorbidity in headache patients (en français). *Encephale*, 2002, 28 : 466-471.
- Reich J, Tupin JP, Abramowitz SI. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140 : 1495-1498.
- Routier CP, Serra E, Disma G. Le modèle comportemental et ses implications dans l'analyse de la douleur chronique. *J. Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2003, 13 : 24-33.
- Salkovskis P. Somatic Problems. In : Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford Medical Publications, 1989.
- Savage SR. Assessment for addiction in pain-treatment settings. *Clin. J. Pain*, 2002, 18 (4 suppl.) : S28-38
- Savage SR. Long-term opioid therapy : assessment of consequences and risks. *J. Pain Symptom Manage*, 1996, 11 : 274-86.
- Sees KL, Clark HW. Opioid use in the treatment of chronic pain : assessment of addiction. *J. Pain Symptom Manage*, 1993, 8 : 257-64 et 1994, 9 : 74.
- Serra E. Spécificité de la prise en charge psychologique du douloureux chronique. *Psychologie médicale*, 1995, 27 : 19-22.
- Serra E. Douleur et anxiété : une association sous-estimée. *Ann. Psychiatr.*, 1999, 14 : 240-245.
- Serra E. Quand, comment adresser vers le psychiatre ou le psychologue ? *Douleurs*, 2000, 1 : 20-23.
- Serra E. Douleur, angoisse et dépression. In Ferragut E. *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Masson, Paris, 2000.
- Serra E, Guedj Ph. La douleur post-traumatique. *Houdé Magazine Médical*, n°28 : 13-18, 1996.
- Serra E, Papavassilopoulou E. SPID, CFS, PTSD, tétanie, dépression ou le refuge dans la médecine. *Psychologie Médicale*, 1992, 24 (4) : 329-331.
- Serra E, Sahebjam M, Goran A. La plainte hypocondriaque. *Doul. et Analg.*, 2 : 127-131, 2001.
- Smedstad LV, Vaglum P, Kvien TK, Moum T. The Relationship Between Self-Reported Pain and Sociodemographic Variables, Anxiety and Depressive Symptoms in Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 1995, 22 : 514-520.
- Wambach S, Rohr P, Hauser W. Abuse of opioide therapy in somatoform pain disorder (en allemand). *Schmerz*, 2001, 15 : 254-64.
- Wittchen U. Epidemiology of anxiety. Lecture of the European Certificate in Anxiety Disorders. Erasmus Programme of the Commission of European Communities, Maastricht and Oxford, 1991.

Facteurs de vulnérabilité psychique chez le patient douloureux chronique

Hélène Brocq

■ DOULEUR ET FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

La douleur est une expérience sensorielle et une émotion dont le sujet fait l'expérience dès sa naissance. Le petit enfant découvre le monde à travers la douleur, douleur de ses poumons qui se remplissent d'air pour la première fois, de son ventre vide qui crie famine, de l'absence de sa mère... La douleur est au cœur du nouage psychocorporel. Elle en est l'instrument. De ce fait, elle participe à la construction de l'identité par le biais des interactions qu'elle suscite avec l'environnement. L'émotion est au départ organique. Elle ne se "psychologise" que plus tard, à la mesure du degré d'évolution psychologique général du sujet. Les aléas de cette évolution déterminent, en grande partie, la place et le rôle que la douleur, lorsqu'elle se chronicise, tiendra chez le sujet adulte. En effet, d'une manière générale, une douleur peut se chroniciser d'autant plus facilement qu'elle a un sens psychoaffectif fort pour le sujet du fait de son histoire.

Dans ce chapitre, nous aborderons respectivement le rôle de la douleur dans les cas suivants :

- chez l'enfant
- chez les personnalités d'allure psychotique
- dans les cas de maltraitance et de carence affective
- dans la position masochiste
- dans les cas de carence de l'intégration identitaire
- chez les personnalités de type limite (douleur et agressivité)
- dans diverses autres situations (fonctionnement narcissique et névrotique)
- chez les personnes âgées.

► Le cas de l'enfant

Au plan psychique, chez l'enfant, la douleur est une conséquence de l'hypertonie qui ne peut se résoudre dans une activité de relation et du spasme qui en résulte. L'activité de relation de l'organisme au milieu de vie (c'est-à-dire l'action de l'individu sur son milieu qui vise à la préservation de sa vie) est, chez l'être humain, perceptive, motrice ou représentative. À cause de son immaturité physiologique et psychologique, l'activité de relation du petit enfant est pauvre et la fonction tonique prépondérante ⁽¹²⁾. La souffrance apparaît donc très rapidement, en fait, dès que l'excitation n'est pas liquidable par la décharge tonique et/ou qu'elle n'est pas efficacement prise en charge par l'environnement proche du bébé notamment par la fonction de "pare-excitation" de la mère ou de ses substituts, (c'est-à-dire par la fonction de protection contenante et rassurante du psychisme parental).

Au tout début de la vie, parce qu'il a mal, le bébé en pleurant, appelle ses parents qui vont se rapprocher de lui et lui parler. En donnant un sens à ce qu'il est en train de vivre : « Tu pleures parce que tu as faim, tu as sommeil, tu as mal (etc.) », le parent, progressivement, "organise" le monde mental de l'enfant. Ainsi, pour que l'expérience douloureuse s'intègre et "s'humanise" et que, à travers elle, des liens se créent entre le corps du bébé et son esprit (en devenir), il faut que l'autre intervienne en donnant un sens aux émotions qui "submergent" l'enfant et qui, sans cette mise en forme interactive, risquent de le désorganiser. En nommant ses émotions à l'enfant, l'adulte leur donne un sens qui lui permet de sortir de la confusion première et "d'organiser" son monde sensoriel.

Mais lorsque, pendant l'enfance, le développement psychologique ne s'effectue pas suffisamment et que l'activité de relation est pauvre (notamment dans le cadre des carences affectives et de la maltraitance), il reste une prépondérance de la fonction tonique qui se traduit par une facilité d'émergence de la douleur avec accumulation d'hypertonie ⁽¹³⁾.

► Structures fragiles de la personnalité d'allure psychotique

Dans la psychose ou chez les personnalités d'allure psychotique, le sentiment d'identité et de continuité existentielle est fragile car les

supports du moi (internes et externes) ne sont pas suffisamment élaborés et structurés. La menace de perte d'identité est structurelle et s'inscrit dans la désorganisation et l'effacement des limites spatiales et temporelles.

Parfois, seuls les tests projectifs permettront de mettre en évidence une structure psychotique sous-jacente à la désorganisation psychosomatique. C'est le cas pour cette patiente qui a fait une banale chute et qui, depuis, souffre d'une douleur qui s'avère si invalidante qu'elle la "cloue" au lit, sans qu'aucune explication médicale ne permette véritablement de "rationaliser" l'ampleur des phénomènes douloureux observés.

Dans les cas de psychopathologie importante, c'est le fonctionnement émotionnel qui domine le fonctionnement psychologique global de la personne. Tout événement va être vécu de façon plus ou moins corporelle en fonction du degré de structuration de l'appareil psychique. Lorsque son développement a été carencé, la personne reste à un mode de fonctionnement dans lequel le "psychologique" n'a pas été suffisamment élaboré comme interface adaptative. Sa réactivité demeure donc essentiellement émotionnelle (dans le sens organique du terme).

Dans la mesure où, chez le sujet psychotique, les frontières dedans/dehors, Moi/Autre ne sont pas bien établies, en cas de traumatisme physique (accident par exemple) ou psychique (décès d'un proche), la "destructivité" psychocorporelle peut être massive. L'effacement des limites dedans/dehors provoqué par l'effraction traumatique se traduit, dans ce cas précis, par une menace récurrente : celle de perdre son identité. Le défaut de contention et d'intégration des affects, imputable aux défaillances du "pare-excitations", est brutalement mis à jour à l'occasion de l'expérience traumatique.

Lorsque la désorganisation est massive, le surinvestissement du corps par le biais de la douleur peut permettre de rétablir les frontières du moi mises à mal par l'expérience traumatique. Le corps constitue alors le dernier stabilisateur, le dernier rempart avant la désorganisation totale et l'apparition du délire.

La douleur permet de rétablir les frontières dedans/dehors (dans la mesure où elle se situe dans le corps mais où elle est parlée dans le dehors). Son investissement permet "d'organiser" les angoisses en lien avec le vécu sous-jacent de désintégration psycho-corporelle (appelées angoisses de morcellement).

Le surinvestissement du phénomène douloureux et l'accrochage, souvent désespéré, du patient à sa douleur doit être mis en lien avec l'aspect massif de la désorganisation de la pensée entraîné par l'inefficacité structurelle du processus de différenciation psychique Moi/non Moi. Dans le cadre de la psychose, la douleur doit être comprise comme une tentative du malade de "réorganiser" son rapport au monde.

Lorsqu'elle survient sur une personnalité fragile ou mal structurée, la douleur physique réactionnelle à un traumatisme corporel équivaut à un ébranlement global de l'organisme, de l'ordre du vécu intense difficilement intégrable du point de vue psychologique. Ainsi une patiente, victime d'un accident de la route, évoque sa souffrance en ces termes : « Je suis détruite... Toute ma personnalité est modifiée... Je ne reconnais plus mon corps... »

Dans le cadre de la psychose, comme nous le rappelle Éliane Ferragut, « La douleur est englobée dans un vécu délirant autour du corps, elle étaye le sentiment d'existence défaillant. C'est une tentative de réunification de soi qui donne une matérialité au corps morcelé. Elle peut être vécue comme un objet persécuteur et alors entraîner des états de violence auto ou hétéro-destructeurs »⁽⁵⁾.

► Les maltraitances et les carences affectives

Pour se construire et devenir un individu à part entière, l'enfant doit sortir de l'indifférenciation première, définir ses positions et intérioriser des repères personnels pour se différencier d'autrui et installer son existence propre. Pour cela, il doit être "accompagné" du point de vue émotionnel. Cet accompagnement psychoaffectif lui permettra, comme nous l'avons déjà dit, de différencier les éléments de chaque stimulation qui l'assaille (interne ou externe) et de "lier" ces différentes sensations pour leur donner un sens et construire ainsi, en interaction avec l'adulte, son unité psychosomatique. Dans un tel contexte d'interdépendance à l'autre, on comprend aisément que la douleur puisse être générée par des tensions liées à la frustration des besoins fondamentaux et, donc, par des carences.

C'est le cas lorsqu'il y a eu des maltraitances dans l'enfance, c'est-à-dire des violences physiques et/ou psychiques (souvent les deux) où se combinent soit des mouvements d'hyperstimulation (cris, coups,

mouvements de colère), soit d'hypostimulation (carences par insuffisance de soins, de relations...) qui, dans les deux cas, désorganisent gravement l'équilibre psychosomatique de l'enfant et perturbent son développement psychologique.

Lorsque le débordement des limites et des seuils de tolérance se produit de façon quasi systématique, la détresse du bébé est immense. Ce qui fait violence c'est, d'une part, la surcharge tonique (inhérente à la surstimulation) et, d'autre part, la perte d'intégrité psychocorporelle qu'elle entraîne. Comme l'explique Boris Cyrulnik : « quand l'enfant blessé ne peut ni jouer ni dire les épreuves dans lesquelles il baigne, il reste soumis aux perceptions qui le cognent »⁽⁴⁾.

À force de se heurter, de manière itérative, dans un monde dur, froid, sans résonance fantasmatique et sans affect, le bébé construit à l'intérieur de lui un monde où l'ordre fantasmatique n'a que peu de place. Il s'installe dans une sorte d'anesthésie affective, dans un fonctionnement vide de liens, vide de sens, dans un fonctionnement dit "de type opératoire", c'est-à-dire lié au concret, peu mentalisé, dissocié des affects et de l'imaginaire (P. Marty). Suzanne Robert-Ouvray explique que « l'expérience émotionnelle reste alors inscrite sous forme de tensions musculaires et de pressions organiques associées à des angoisses de morcellement et de vidage. Aucune contention, aucun sens psychique ne sont donnés. (...) La répétition et l'accumulation des expériences de crispations émotionnelles précoces entraînent la perte de la souplesse des muscles. Ceux du dos à faible capacité de retour à la détente restent tétanisés. »^(10,11). Les émotions trop fortes et les violences corporelles entravent le processus de rassemblement et de construction identitaire. Le corps a tendance à se figer dans une douloureuse tétanie musculaire. Progressivement, le corps et l'axe du corps seront investis, faute de mieux, par l'enfant comme étayage, comme base de repli et de rassemblement psychocorporel, ce qui pourra faire le lit des pathologies dorsales, lombaires et viscérales futures.

Du point de vue psychologique, le passage du niveau corporel réactif du début de la vie à un niveau plus mentalisé ne se fait pas ou mal. L'appareil psychique n'acquiert pas une valeur fonctionnelle suffisante ce qui entrave la voie de l'élaboration psychique. Le déplacement est faible entre le réel et l'imaginaire, entre le mot et la chose, et le risque est d'autant plus grand de voir s'installer une gestion des émotions par

défaut, notamment par l'hyperactivité, qui est souvent le signe soit d'un évitement, soit d'une carence du travail d'élaboration de la pensée.

Dans ce cas précis, les excitations en excès vont se "déverser" dans la voie somatique et alimenter les phénomènes psychosomatiques qui ponctuent et jalonnent le monde de l'enfance car, comme le rappelle Didier Houzel, « le psychanalyste d'enfant est le témoin privilégié des intrications permanentes des expressions corporelles et psychiques d'une même réalité, parfois d'une même souffrance ».

D'une manière plus générale, nous pouvons dire avec Suzanne Robert-Ouvray que le corps (notamment lorsqu'il a été maltraité) garde une mémoire qui reste liée à l'émotion ^(10,11).

Ainsi, à l'âge adulte, à l'occasion de moments affectifs émotifs singuliers faisant écho à des difficultés anciennes, à des conflits latents ou patents le corps peut, à nouveau, se figer dans une douloureuse contracture musculaire ⁽⁹⁾. Lorsque le vécu d'aujourd'hui fait écho à celui d'hier, la porte de la douleur peut se rouvrir à l'insu du sujet, qui se met alors à "penser corporel", selon l'expression désormais bien connue de Suzanne Robert-Ouvray.

Généralement, dans ce cas précis, la douleur qui surgit est réactionnelle à la superposition (consciente ou inconsciente) d'un événement traumatique ayant eu lieu pendant l'enfance. Cette contraction (qui résiste à la prise en charge médicale classique) est, la plupart du temps, massive, tétaniforme et intéresse le plus souvent l'axe du corps et donc la musculature vertébrale ou une autre partie du corps qui a été traumatisée.

Du point de vue psychodynamique, les excitations libérées en excès à l'occasion de la réactivation de l'expérience traumatique trouvent ainsi une voie de décharge courte à travers le frayage somatique le plus ancien et le plus investi psychosomatiquement.

Il s'agit d'une résurgence massive et brutale d'affects difficile à intégrer d'un point de vue psychique car les émotions qui surgissent ne sont pas différenciées. De plus, les patients sont souvent "carencés" dans la capacité à mettre en mots et en représentations verbales partageables les excitations ainsi libérées. Ils nous disent qu'ils ont mal (ce qui est vrai) et qu'ils ont besoin d'un traitement. Et même si la plupart du temps, ils évoquent, très spontanément, à l'occasion du bilan d'évaluation psychologique, leur passé douloureux de carences affectives, de violences

et de maltraitances tant physiques que psychiques, cette énonciation ne se traduit pas par une levée des symptômes (comme cela serait le cas dans le cadre des pathologies hystériques). Dans le cadre du syndrome douloureux chronique, le lien entre mémoire et traumatisme semble rompu.

Lorsque l'environnement empiète trop souvent sur la continuité psyché-soma de l'enfant, ce dernier ne parvient pas à installer sa sécurité affective sous le contrôle de la relation émotionnelle à l'autre. Quand la mère est incapable d'être "suffisamment bonne", l'enfant évolue dans un univers instable, chaotique, qui peut "exploser" à tout moment en fonction de la versatilité pulsionnelle de cette dernière. L'enfant est alors carencé d'un besoin fondamental qui est celui de pouvoir "s'appuyer" sur une présence stable, rassurante, protectrice mais aussi et surtout "contenante". Les parents d'un enfant sont avant tout là, au début de la vie, pour l'entourer de sollicitude et de bienveillance et pour le maintenir, lui mais aussi son corps, dans des limites structurantes. Lorsque la mère se montre particulièrement insensible aux signaux de détresse de son bébé, les fantasmes d'engloutissement et de non séparation perdurent, ce qui a pour effet de perturber la construction de l'image inconsciente du corps de l'enfant.

Dans la semi-indifférenciation où ils se trouvent par rapport à leur objet d'attachement, les enfants maltraités ont du mal repérer ce qui est de l'ordre de stimulations provenant du dedans ou du dehors car la localisation spatiale dépend de l'établissement de limites claires et stables entre soi et l'autre, limites qui conditionnent pour partie, l'évolution et la construction du schéma corporel. Souvent, à l'image d'un insecte prisonnier d'une toile d'araignée, le corps de l'enfant reste tout entier pris dans les dysfonctionnements maternels.

D'une manière plus générale, nous pouvons dire que dans le cadre des carences affectives et de la maltraitance, le développement psychologique va se trouver entravé, ce qui aura pour principale conséquence une difficulté à "lier" les sensations et les émotions, et à installer le fonctionnement émotionnel sous le contrôle des structures psychologiques. Le niveau émotionnel aura tendance à fonctionner pour lui-même, de manière autonome, et à "infiltrer" l'ensemble du fonctionnement et de l'activité de l'individu.

► Le cas particulier de la position masochiste

D'une manière générale, l'émotion qui se développe à l'excès peut exaspérer le besoin de se faire subir des souffrances d'intensité croissante. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un malade hospitalisé en psychiatrie se brûle le bras avec une cigarette pour calmer ses crises d'angoisse. C'est aussi le cas lors des mutilations démentielles. L'anesthésie provoquée par le passage à l'acte auto-agressif est une anesthésie secondaire en rapport avec le paroxysme anxieux et qui traduit cette neutralisation réciproque entre sensibilité périphérique et hypertonus.

À un moindre degré, le goût pour les sensations fortes et/ou l'ardeur sportive à se faire souffrir peuvent être aussi relevées.

Dans le cadre bien précis (et heureusement circonscrit) de la position masochiste, la violence reçue, les coups et la douleur sont à la fois un aliment et un réulsif. Le masochiste, en provoquant dans l'autre des réactions de colère, ouvre une voie à l'excitation intime qui rapidement le déborde. Cette excitation trouve sa résolution, d'une manière pathologique, par le biais de la douleur (subie dans le cadre du masochisme, infligée dans le cadre du sadisme) et ainsi de suite, à l'image d'un fonctionnement intériorisé que ces deux organisations de la personnalité, à la fois différentes et complémentaires, reproduisent sans fin dans des jeux d'allure perverse... ⁽¹²⁾.

► La carence de l'intégration identitaire et le manque de souplesse du fonctionnement psychique

Il existe des familles qui s'organisent selon des schémas relationnels durs et contraignants et qui laissent peu de place à l'enfant pour se positionner d'une manière différenciée, expérimenter sa spontanéité et construire son évolution personnelle. Dans ces familles où "l'on dresse" les enfants il n'existe bien souvent pas d'autre voie développementale que celle consistant à se conformer et à s'adapter au cadre rigide imposé de l'extérieur par la famille. Lorsque qu'un enfant ne peut pas, dès son plus jeune âge, s'opposer à son milieu familial ni expérimenter des manières d'être au monde qui lui soient propres, il va avoir tendance à reprendre à outrance, à son propre compte, les normes, les critères de conduite et les valeurs de son milieu d'origine. Au moment de l'adolescence, le réaménagement de la relation parent-enfant reste

impossible ou difficile et le travail identitaire de définition de soi ne se fait pas ou mal. L'adolescent s'engage alors dans des trajectoires de vie qui ne reflètent pas ses propres aspirations. Il se conforme le plus souvent sans rébellion, aux orientations et aux choix de vie que son milieu familial a faits pour lui. Il s'ensuit un défaut de construction interne, une carence de l'intégration identitaire qui va placer le fonctionnement psychique de l'adulte sous l'étroite dépendance du fonctionnement psychique d'une autre personne (les parents pendant l'enfance, puis plus tard, un mari, un patron...).

Cette absence d'élaboration de la crise existentielle lors de la période de l'adolescence se traduit par l'édification d'une identité dite "forclose". En cas de "forclusion" nous dit Marcia, « l'adolescent n'a pas vécu l'expérience de crise. On ne peut identifier de prise de décision face aux réalités vitales, et pourtant il est concerné par son activité future, son idéologie et son rôle sexuel. Il est devenu ce que les autres voulaient qu'il devienne ; l'expérience de l'adolescence a servi à confirmer ses croyances infantiles. »⁶⁹. Les adultes ayant une identité "forclose" ont une manière de penser le plus souvent rigide, qui repose essentiellement sur des postulats externes, sociaux ou familiaux, c'est-à-dire sur des définitions générales, non élaborées et peu nuancées, de ce qu'il convient d'être ou de faire, socialement par exemple... Du point de vue psychodynamique, ces sujets ont un fonctionnement psychique qui va avoir tendance à se "rigidifier" en cas de stress physique ou psychique. Peu enclins à la remise en question, toute modification de leur cadre de vie, ou de leurs relations aux autres peut se traduire par une perte des repères existentiels, et donner lieu à des phénomènes de confusion moi-autre douloureux tant du point de vue psychique que somatique. À l'image du chène de la fable, le corps du sujet forclos est enclin aux somatisations et aux phénomènes douloureux qui se produiront selon les lignes de fragilité psychosomatique préexistantes. Au niveau des épreuves projectives de ces patients, et plus particulièrement au niveau du Rorschach, nous retrouverons des témoignages d'une insuffisance de l'équipement psychoaffectif, d'un manque de souplesse du fonctionnement psychique et donc d'une difficulté à manier les symboles allant de pair avec une moindre tolérance dans les situations de stress physique et psychique en raison de la rigidité des mécanismes de défense.

► Douleur et agressivité : le cas des états-limites

Dans les organisations limites de la personnalité (personnalité “borderline” des anglo-saxons, personnalité émotionnellement labile de la classification internationale des maladies), la liaison des pulsions libidinales et agressives n’a pu se mettre en place du fait des carences environnementales et d’une intolérance structurelle à l’angoisse. De ce fait, les pulsions agressives ne sont pas intégrées de façon satisfaisante. Elles demeurent autonomes et le Moi a peu de prise sur elles. Elles peuvent surgir, en fonction du contexte événementiel, de manière épisodique, impulsive, et nourrir les passages à l’acte.

Par ailleurs, le sujet ne peut pas toujours fonctionner au plan psychique de manière autonome. Il a besoin d’un étayage pour assurer la continuité existentielle et le sentiment d’identité. Cet étayage peut être fourni par une personne (la mère, le conjoint...), un produit (la drogue, l’alcool...), voire par un phénomène douloureux chronique⁽²⁾.

Enfin, la différenciation moi-autre n’étant pas achevée, on note une fragilité des enveloppes psychiques et le sujet peut avoir recours à la douleur chronique pour rétablir les frontières du Moi lorsqu’il y a risque de confusion, comme cela a été évoqué dans le cadre de la psychose.

Deux modes de “gestion” de l’agressivité peuvent en fait être observés : un mode de gestion centrifuge, qui consiste en un écoulement de l’agressivité selon la voie somatique (l’agressivité est récupérée par le corps, qui offre là un ultime moyen de contention) ; un mode de gestion centripète, qui consiste à projeter l’agressivité vers l’extérieur (soit par un acte moteur d’hétéro-agressivité, soit par un acte plus psychique tel que la projection où l’agressivité est déniée, elle est attribuée à l’autre, qui est alors vécu comme une menace). Sur un mode centrifuge, le sujet va ressentir des douleurs violentes, qui parfois peuvent se complexifier par des phénomènes anxieux paroxystiques.

Dès lors, nous pouvons relever, comme Joyce Mac Dougall l’a fait avant nous, le paradoxe de la demande des patients douloureux chroniques qui, lorsqu’ils nous consultent, nous demandent à être libérés de leur symptôme alors même que leur solution algique constitue pour eux, en tout cas d’un point de vue psychique, une tentative d’autoguérison...⁽⁸⁾

D’une manière générale, et en ce qui concerne les structures limites de la personnalité, la douleur qui se chronicise peut signifier que la

destructivité s'infléchit sur le Moi. En tant que telle, il s'agit d'une aide inconsciente à la gestion d'un vécu d'agressivité à l'égard d'autrui ou du milieu externe en général. Le patient ne parvient pas à aménager ses pulsions agressives, soit par peur de perdre son étayage, soit par peur d'être agressé en retour. La douleur correspond, dans ce cas précis, à l'agressivité qui est retournée sur le Moi à cause des différents facteurs psychoaffectifs et structurels qui ont été énoncés.

Lorsque, à l'inverse, le vide et l'ennui sont "préférés" aux sentiments de dépendance à l'objet externe, le patient état-limite développe en lui une indifférence affective et un vide relationnel qui vont se traduire par l'apparition d'un syndrome dépressif en lien avec le manque de vécu émotionnel. La douleur peut alors s'inscrire en lieu et place d'un vécu dépressif, en lien avec ce manque de vécu émotionnel. Dans ce cas précis, la douleur est un équivalent dépressif, "une dépression masquée".

Dans d'autres cas, la douleur peut signaler la perte "hémorragique" de la libido narcissique et objectale. Lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune contre partie économique, cette perte libidinale peut conduire à l'installation d'une dépression de type "opératoire" dont l'état de fatigue et/ou de douleur seront bien souvent les seuls signes cliniques ayant valeur de communication. Dans ce cas précis, les épreuves projectives permettent de cerner le vide psychique et mettent en évidence le risque de désorganisation psychosomatique.

► Autres situations

Fonctionnement narcissique

Très souvent la douleur chronique surgit en lieu et place d'une souffrance en lien avec une perte, un deuil. Tout se passe comme si le patient ne pouvait se résoudre à perdre car cette perte de l'autre équivaut, en tout cas pour lui à une perte de soi. Du point de vue intra-psychique, il est possible de faire le deuil d'un objet différent et différencié de soi mais pas d'un objet confondu avec soi. Dans ce cas précis, la douleur qui se chronicise actualise, au quotidien, la souffrance du deuil. Elle s'en nourrit.

Elle participe à une sorte de stase émotionnelle. Elle cautérise l'hémorragie narcissique et libidinale et permet de garder, malgré tout, un support de relations sociales.

Fonctionnement névrotique

La douleur s'inscrit toujours dans le cadre de la relation à l'autre. L'on peut considérer qu'elle permet au malade d'obtenir ce qui a été appelé des "bénéfices" primaires ou secondaires.

Les bénéfices obtenus sont dits primaires lorsque la douleur facilite la diminution de l'anxiété liée au conflit intra-psychique (par le biais de la conversion en symptômes physiques). La douleur actualise et matérialise les conflits psychologiques et donne une expression aux troubles anxieux sous jacents. La résistance au traitement apparaît alors comme une résistance au changement par ancrage dans la symptomatologie. Dans ce cas précis, la douleur chronique doit être comprise comme une véritable économie psychique dont les enjeux inconscients sont, soit la recherche d'une sécurité de base, soit l'investissement d'une identité nouvelle (notamment lorsque celle-ci a été mise à mal par les événements de vie), soit la recherche d'un équilibre adaptatif.

Les "bénéfices" sont dits secondaires lorsque la douleur permet au malade de "capter" l'attention de ses proches et d'obtenir d'eux des satisfactions émotionnelles de manière plus ou moins détournée ou plus ou moins consciente. Dans le monde du travail par exemple, lorsque la souffrance du salarié est massive, l'incapacité fonctionnelle que génèrent les situations de harcèlement engendre souvent des phénomènes douloureux chroniques qui permettent (consciemment ou inconsciemment) à la victime, de retourner l'agressivité subie dans l'entreprise, sur la société en général par le biais notamment des arrêts maladie ^(4,5).

Dans le cadre de la douleur chronique de l'enfant, ce dernier est très souvent le porteur émissaire d'un symptôme qui révèle, en fait, un dysfonctionnement familial plus global qu'il faudra systématiquement explorer.

La plupart du temps, dans le cadre de la vulnérabilité névrotique, la douleur permet d'acquérir un véritable statut pour le malade. Dans certains cas, elle peut réveiller le désir de mettre le médecin en échec ou de le manipuler le risque étant alors, la perpétuation iatrogène, la surenchère des troubles mais aussi souvent celle des traitements... ^(6,7)

► Situation particulière des personnes âgées

La personne âgée représente un cas particulier car elle vit, la plupart du temps, une situation imposée d'isolement et de vide relationnel. Le décès du conjoint, la perte de revenu et de statut social, les déménagements, le placement en maison de retraite, le départ des enfants, la perte de l'autonomie, la dépression mais aussi la maltraitance (physique mais le plus souvent morale) sont autant de facteurs qui peuvent participer à la chronicisation d'une douleur.

La douleur devenue chronique peut être, en retour, inconsciemment investie par la personne âgée et lui servir d'étayage, tout en participant à la médiatisation, voire à l'organisation ou à la réorganisation de sa relation au monde. Généralement, la vieillesse donne lieu à une perte de libido, à une modification du psychisme, notamment du préconscient, qui a tendance à s'amenuiser du point de vue de sa capacité fonctionnelle. Tout cela s'avère particulièrement dangereux pour l'économie psychosomatique globale du sujet. La psyché peut en effet, si l'on n'y prend garde, se retrouver en état de privation radicale. Car l'inhibition peut être motrice mais elle peut aussi gagner l'ensemble de la vie mentale et conduire à un gel des représentations, à une parole désaffectivée, centrée sur le concret, le factuel, l'actuel et qui sera inconsciemment utilisée pour se défendre contre le surgissement d'angoisses en lien avec la perte de l'autre mais aussi avec la perte de soi, perte qui s'actualise dans la réalité concrète de la mort prochaine.

D'un point de vue très général, le désinvestissement massif de l'activité psychique est mortifère et l'absence de mouvements régressifs compensatoires peut conduire à de graves somatisations. La douleur invoquée permet de maintenir, malgré tout, des liens avec le monde et avec l'autre et le malade trouve là les moyens de se "réapprovisionner" tant du point de vue narcissique qu'objectal. Chez la personne âgée, le maintien des investissements narcissiques et objectaux est un garant contre le risque, toujours prêt à sourdre, de la déliaison pulsionnelle. L'objet douleur est, dans ce cas précis, facteur de liaison et il devra être pris en charge de façon globale, c'est-à-dire hors du clivage psyché/soma.

■ CONCLUSION

La douleur chronique est un phénomène complexe qui nécessite d'abord et avant tout une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire^(1,5,6,7). Cette pluridisciplinarité peut beaucoup bénéficier et être enrichie par la présence d'un psychologue clinicien qui pourra mettre en évidence, de par sa formation spécifique, les facteurs de vulnérabilités psychiques et de maltraitance qui souvent potentialisent le phénomène douloureux chronique. Ces facteurs pourront, dans un deuxième temps, être abordés, voire élaborés par le psychologue, parallèlement à la prise en charge médicale qui ne doit pas s'interrompre. L'organisation de la prise en charge globale du malade douloureux chronique devra toujours se faire en fonction des risques de décompensation psychopathologiques que l'évaluation psychologique auront pu révéler.

Références

1. Bioy.A., Fouques D. Manuel de psychologie du soin. Bréal, 2002.
2. Brocq. H. "Mise en place du fonctionnement psychique. Structures de personnalités." In Ferragut. E. La dimension de la souffrance en psychosomatique. Masson, Paris, 2000. p 82-95.
3. Brocq. H. "Douleur et maltraitance : le corps en question". In Ferragut. E. Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Masson, Paris, 2003. p 53-66.
4. Cyrulnik. B. Les vilains petits canards. Odile Jacob. Paris, 2001.
5. Ferragut. E. Le corps en psychosomatique. Masson, Paris, 2003.
6. Keller. P.H. La médecine psychosomatique en question. Odile Jacob. Paris, 1997.
7. Keller. P.H. Médecine et psychosomatique. Coll. Dominos. Flammarion, 2000.
8. Mac Dougall. J. Corps et métaphore. Théâtre du je. Gallimard. Paris, 1982.
9. Marcia. J. Identity in adolescence. In : Handbook of Adolescent Psychology. J. Adelson. New York, 1980.
10. Robert-Ouvray. S. Intégration motrice et développement psychique. Desclée de Brouwer. Paris, 1997.
11. Robert-Ouvray. S. Enfant abusé, enfant médusé. Desclée de Brouwer. Paris, 2001.
12. Wallon. H. Les origines du caractère chez l'enfant. P.U.F Paris, 1970.

Douleur : aspects liés au traumatisme

Marie-Claude Defontaine-Catteau

Les liens entre douleur chronique et traumatisme sont classiques et relèvent d'une relation de causalité entre une atteinte corporelle accidentelle (accident de travail, accident de voie publique, pratique sportive...) et ses séquelles plus ou moins permanentes.

D'un point de vue psychopathologique, les douleurs post-traumatiques présentent des caractéristiques spécifiques liées à leurs causes et intégrées à un mouvement psychologique plus global qui comprend l'ensemble des réactions psychologiques à un traumatisme quel qu'il soit (physique ou psychique).

À cette perspective habituelle peuvent s'ajouter deux axes préalables de compréhension :

- la douleur révèle la fracture traumatique à la fois du point de vue de l'existence mais aussi dans le psychisme du patient douloureux ;
- elle est elle-même un traumatisme pour celui qui la subit et elle se chronicise souvent là où d'autres traumatismes, beaucoup plus anciens, n'ont pu trouver à se résoudre.

■ LA DOULEUR CONSIDÉRÉE COMME TRAUMATISME EXISTENTIEL

Dans une conception plus existentielle que phénoménologique, la douleur est envisagée comme un événement qui s'inscrit sur un axe temporel qui est celui de l'existence : celle-ci est un continuum, elle est basée sur une dynamique temporelle qui peut recevoir des coups d'arrêt, être ponctuée de béances, de ruptures.

La douleur est ainsi évoquée à partir des déchirures, des blessures du corps comme autant d'épreuves qui laissent des traces, des coupures qui vont stigmatiser le temps (Guex, 1986).

Les événements traumatiques de l'existence (maladie, blessure, deuil) sont accompagnés de l'apparition subite ou progressive d'une douleur (physique, morale) qui va modifier la façon "d'être au monde" du sujet devenu douloureux. Ces épreuves constituent des fractures existentielles qui ébranlent l'image idéale de soi et du monde : le propre du traumatisme est que l'image idéale intacte, antérieure, ne peut être restituée et qu'il y aura nécessité de faire émerger un autre soi-même (par changement de l'image idéale).

Certains douloureux résistent à ce type de mutation : les autres, la médecine le plus souvent, sont rendus responsables et sont désespérément sollicités pour contribuer à la restauration de l'image perdue. Pour ces patients, la souffrance s'est inscrite dans le corps et y demeure. C'est autour d'elle que s'articulera désormais toute la conception du temps. Il y aura donc un avant et un après l'apparition de la douleur et leur histoire va désormais se confondre avec l'histoire du symptôme qui devient une nouvelle histoire.

Dans cette perspective existentielle, (Guex, 1987), le maintien de la douleur intacte est compris comme une nécessité absolue pour éviter l'incertitude et les changements introduits par l'événement traumatisant. La douleur intraitable, dorénavant indispensable au trajet existentiel du sujet, peut être comparée à un tatouage : un lieu du corps figé et marqué, "un labyrinthe complexe qui ne sait décider sa tension vers l'interne ou l'externe" (Serres, 1985) et qui s'inscrit à son interface sur le corps lui-même, garantissant ainsi une stabilité, une identité existentielles permanentes. Cette répétition du même, de l'identique étant symptomatiques des séquelles post-traumatiques.

Certains douloureux chroniques, ayant rompu avec leurs origines (familiales, patriotiques...), sont contraints de privilégier leur corps comme force de travail et comme seule richesse. Si une blessure corporelle, une incertitude professionnelle ou un traumatisme surviennent dans leur existence, ils n'ont alors plus d'autre recours que d'offrir leur corps aux rituels de la médecine. S'ils sont à la recherche de rituels dans ces moments de profonde mutation existentielle, c'est que leurs anciennes références n'existent plus. Ils sont "douloureux chroniques" et la douleur constitue une recherche, voire l'acquisition d'une identité, d'un sentiment d'appartenance, qui se situe dans la réalité des services de santé, à défaut de les avoir acquis par les processus de symbolisation.

■ LA DOULEUR CONSIDÉRÉE COMME UN TRAUMATISME EN SOI

La psychanalyse est étroitement liée à la notion de traumatisme et l'on sait que la théorie freudienne a posé le traumatisme précoce, de nature sexuelle, comme générateur des constructions névrotiques ultérieures (en particulier la névrose hystérique).

En ce qui concerne la douleur, Freud propose une théorisation originale (1895, 1926) : il la décrit comme une "irruption de tension", responsable pour le psychisme d'une effraction. Elle relève d'un phénomène de rupture des barrières, "lorsque des quantités d'énergie excessives font effraction dans les dispositifs protecteurs" (1895). Dès la fin du XIX^e siècle, Freud souligne donc l'aspect traumatique de la douleur en ce sens qu'elle provoque une brèche dans les défenses psychiques du sujet (tout comme le traumatisme) ; il s'agit d'une sorte "d'hémorragie" qui aspire toutes les capacités associatives du douloureux.

« La douleur vive, aiguë, provoque d'abord une forme de "sidération", de destruction des systèmes de pensée et de communication habituels du patient » (Pedinielli et al. 1997). L'effraction dans le psychisme du sujet est responsable d'une paralysie des opérations mentales. Le patient se focalise alors sur la zone corporelle algique ; « dans le cas de la douleur corporelle, il se produit un investissement élevé et qu'il faut qualifier de narcissique de l'endroit du corps douloureux, investissement qui ne cesse d'augmenter et qui tend pour ainsi dire à vider le moi » (Freud, 1926).

La douleur provoque donc un double mouvement : une centration sur le corps qui provoque une "hémorragie" psychique et suite à ce surinvestissement narcissique, apparaît un désinvestissement conjoint du monde extérieur et des autres et pour finir de tout ce qui n'est pas la douleur. « Dans la douleur comme dans l'accès d'effroi, ("Schreck"), l'appareil psychique est mis en péril par l'irruption d'une sensation à laquelle le sujet n'était pas préparé » (Pedinielli et al. 1997) : le caractère traumatique de la douleur est ainsi lié à cette absence de préparation et à l'impossibilité pour le sujet à fuir l'expérience douloureuse.

■ LA DOULEUR CONSIDÉRÉE COMME MANIFESTATION PSYCHIQUE, CONSÉQUENCE D'UNE FORME DE TRAUMATISME

Une douleur devient chronique lorsque sa durée excède 3 à 6 mois (Agnew et al. 1976). Cette chronicité repose sur deux mécanismes liés au temps : la durée et la répétition de l'identique. La permanence des symptômes douloureux, la persistance d'une douleur devenue "maladie", le jeu d'alternance entre soulagement et crises douloureuses, entre fond douloureux et paroxysmes, font appel à un phénomène de répétition, de reproduction. On retrouve ce phénomène dans d'autres symptomatologies répétitives, en particulier ce que l'on appelle communément "les séquelles post-traumatiques" (au sens psychiatrique du terme "traumatique").

▷ Quand y a-t-il traumatisme pour une personne ?

Il y a traumatisme quand l'expérience vécue (accident, blessure, mort, attentat...) déborde les capacités d'élaboration psychique du sujet, c'est-à-dire ses compétences à penser et à donner du sens à ce qu'il vit. Le traumatisme comporte un choc initial lié à l'intensité de l'inattendu, suivi d'une double caractéristique :

- somatique : "l'ébranlement". Le corps est saisi par l'angoisse et la lutte pour la survie ;
- psychique : "l'expérience d'effroi" où le sujet est confronté brutalement à l'étendue des dégâts corporels et à la perspective de la mort pour lui-même ou pour autrui ;

La personne victime d'un traumatisme voit alors une sidération de son fonctionnement psychique ;

Pour les séquelles de ces traumatismes, la nosographie psychiatrique, en particulier anglo-saxonne, propose "l'état de stress post-traumatique", dont la définition est la suivante :

- le sujet a vécu un événement hors du commun qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ;
- l'événement traumatique est constamment revécu (souvenirs, rêves, illusions, etc.) ;
- évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ;
- présence de symptômes persistants traduisant une hyper-activité neurovégétative.

La psychiatrie française, quant à elle, a défini les modalités de la “névrose traumatique” :

- elle est occasionnée par une expérience traumatisante d'une exceptionnelle intensité (avec ou sans traumatisme corporel) ;
- il existe des symptômes post-traumatiques spécifiques centrés par l'effroi (débordement émotionnel, prostration, asthénie et phénomènes de répétition) ;
- certains symptômes sont non spécifiques : fonctionnels, hystériques, phobiques, dépressifs ;
- on observe une réorganisation de la personnalité : régression, somatisation, projection, etc.

Globalement, la symptomatologie post-traumatique est centrée sur le ressassement au travers de ruminations diurnes, de répétitions mentales improductives du traumatisme initial. Ce qui amène à la question de savoir si la douleur pourrait avoir un rôle identique à celui du ressassement ou des rêves répétitifs comme des névroses traumatiques. Au même titre que les autres symptômes post-traumatiques, la douleur, expérience somato-psychique pourrait être la répétition, le renouvellement d'une expérience initiale ayant débordé les capacités d'élaboration psychique du patient. La répétition se jouerait alors au niveau du corps.

► La position de victime

Il convient de souligner la notion de subjectivité du traumatisme : peu importe la réalité objective de l'événement ou des événements initiaux ; c'est le vécu du sujet qui détermine l'importance du traumatisme. Cela se vérifie lors des entretiens avec les douloureux chroniques qui mettent en exergue leur victimisation dans la narration des faits présents et passés. Ce positionnement de victime resurgit dans des douleurs chroniques rebelles telles que le sont certaines lombalgies (Defontaine-Catteau, 1993) : la résistance de la douleur aux traitements s'alimente de la conviction d'avoir “trop travaillé”, la plupart du temps dans un contexte professionnel traumatogène (risques, accidents, sentiment d'avoir effectué des tâches trop lourdes et trop précocement). La notion d'avoir été “exploité” est fréquente. Ce sont des douleurs chroniques également souvent associées aux maltraitances corporelles ou aux sévices sexuels de l'enfance.

Traitant précisément des relations entre douleur et abus sexuels, (Wood et al., 1990) relèvent chez leurs patients la présence d' "helplessness", d' "hopelessness" et de victimisation alors que ces derniers font constamment la preuve de leur impossibilité à établir un lien avec les traumatismes d'origine.

Les femmes présentant des douleurs pelviennes chroniques relatent fréquemment des histoires d'abus sexuels (Walker et al. 1993) que les auteurs relient à d'autres formes de sévices vécus ; ils donnent l'exemple de la fibromyalgie (1997) dont sont porteurs des patients victimes non seulement de sévices sexuels, mais également de maltraitance, de traumatismes émotionnels violents ou encore de négligence. Dans une autre étude (1995), pratiquant chez 100 femmes une laparoscopie à visée diagnostique (50 % pour douleurs chroniques, 50 % pour évaluation d'infertilité ou ligature des trompes), ils montrent que les patientes douloureuses présentent de façon hautement significative à l'égard de l'autre groupe des histoires d'abus sexuels (de l'enfance, de l'âge adulte). Lampe et al. (2000) trouvent que la relation entre sévices sexuels et développement ultérieur d'une douleur pelvienne chronique est d'autant plus évidente que le passé de victime se situe avant l'âge de 15 ans.

La sphère pelvienne n'est pas exclusive et toutes localisations douloureuses confondues, Wurtele et al. (1990) indiquent que 20 % de leurs 135 patients douloureux évoquent des abus sexuels de l'enfance avec une nette prévalence pour les femmes (39 %) (hommes : 7 %).

► Importance de la subjectivité du traumatisme

Ce n'est pas la réalité du traumatisme, c'est-à-dire sa gravité potentielle, qui est significative pour mesurer l'impact des séquelles qu'il engendre. C'est uniquement la façon dont un sujet vit une situation, dont il y réagit (ou non d'ailleurs) qui fait la sévérité du retentissement. La fragilité de la personne, son vécu, la reviviscence possible de situations identiques font le lit du traumatisme tout autant que le poids objectif de ce dernier. À cet égard, une recherche de Raphaël et al. (2001) est illustrative : ils mènent une étude prospective durant six ans chez 676 patients victimes de maltraitances dans l'enfance. Un groupe contrôle de 520 sujets est inclus dans la recherche. Les résultats sont étonnants : en effet, il n'existe pas d'association entre présence de sévices anciens et apparition "attendue" de douleurs inexpliquées de l'adulte.

En revanche, il y a corrélation avec la relation rétrospective par le patient d'un passé de victime, tant dans le groupe patients que dans le groupe contrôle...

► Mémoire et archives de la douleur

Cette subjectivité primordiale du vécu traumatique, même passé, suppose qu'il y ait chez les sujets une mémoire de la douleur (Laurent, 1997). Depuis longtemps, la clinique a mis en évidence le rôle considérable que jouent les émotions dans la chronicisation de la douleur et dans la force de sa mémorisation (Katz, 1992). La douleur en mémoire est particulière puisqu'il est difficile, voire impossible de se la remémorer dans ses composantes sensorielles ; son évocation est plutôt du registre émotionnel. En revanche, si une douleur se répète, même à très grande distance temporelle, sa reconnaissance est exacte. Certains auteurs travaillent à souligner, en particulier chez le tout-petit (voire chez le prématuré ou le fœtus), l'existence de ces douleurs précoces, inscrites en mémoire (Fitzgerald, 2001) : leur non soulagement engendre une mémorisation autonome susceptible d'être réactivée lors de douleurs ultérieures et responsable d'une chronicisation rebelle. On comprend que ces douleurs aiguës passées aient pu déborder, en raison de leur précocité, les capacités d'élaboration du petit d'homme qui en fait l'expérience. La neurophysiologie, la neuropsychiatrie appuient ces thèses. Certaines crises d'épilepsie font revivre des expériences douloureuses anciennes, ce qui conforte l'hypothèse d'informations douloureuses stockées en mémoire, inactives et en attente d'être réactivées (par la décharge de la crise, mais aussi par une émotion, par une douleur analogique ?).

Au plan psychopathologique, l'apport de la psychanalyse (Derrida, 1995 ; Cooren, 1998) permet d'envisager le rôle de la mémoire non seulement comme un travail de classement et d'archivage, mais aussi comme un mouvement dynamique permanent de ré-archivage, de reclassement de ce qui l'était déjà. L'archive est vivante et prête à interagir avec ce qui s'archive de façon actuelle et avec l'expérience en train d'être vécue.

Il est clair, dès lors, que dans la douleur-symptôme post-traumatique il y a une défaillance du système de mise en mémoire (impossibilité à abandonner le symptôme). L'archivage est en faillite et échoue à libérer le sujet de sa répétition douloureuse.

► Rôle des émotions dans la chronicisation de la douleur post-traumatique : cas clinique

Un patient de 84 ans se présente au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur pour une algohallucinose. Touché par un éclat d'obus durant la seconde guerre mondiale, il néglige son bras presque arraché pour porter secours à ses compagnons mourants. Il est évacué tardivement du front et en raison de la gangrène déclarée, est amputé du bras gauche avec désarticulation au niveau de l'épaule, huit jours après la blessure initiale. À la consultation, il décrit des douleurs neuropathiques et une hallucinose qui lui fait évoquer un bras complet, non télescopé et toujours positionné à l'identique, c'est-à-dire dans la position de la gouttière où il était immobilisé jusqu'à son amputation. Il ressent de surcroît, lors des paroxysmes douloureux, des sensations kinesthésiques dans le bras fantôme, réminiscences des cahots douloureux du trajet d'évacuation en ambulance. L'exactitude de cette mémoire corporelle lui fait évoquer la persistance de la sensation d'un écoulement sanguin au point d'impact de l'éclat d'obus.

L'expression de ce patient est remarquable dans la précision des sensations fantômes. Ce qui est beaucoup plus extraordinaire, c'est que son hallucinose n'a été que peu algique et supportable pendant plus de 40 ans : il ne prenait d'ailleurs aucun traitement à visée antalgique durant cette période. En revanche, l'algohallucinose est devenue insupportable au décours d'un double choc émotionnel chez ce pacifiste notoire : le petit-fils, qu'il avait dû élever, le quittait à 19 ans et il partait pour s'engager dans l'armée..., laissant le vieux couple dans une stupéfaction et un chagrin inconsolable.

Les émotions ont un rôle dans la reviviscence du traumatisme initial : tout se passe comme si un signifiant de l'émotion actuelle (engagement "militaire", deuil de la présence du petit-fils lié à un départ pour l'armée ?) était susceptible de solliciter une expérience émotionnelle passée analogue et donc de provoquer un réveil analogique de la douleur. Hill et al. (1996) soulignent cette possibilité de rappel des traumatismes anciens et de leur charge émotionnelle ; chez un de leurs patients amputé, la douleur pouvait être réactivée dans le membre fantôme par des phénomènes cognitifs et/ou émotionnels et non pas exclusivement sensoriels.

Le traumatisme est bien une expérience corporelle et psychique ; en

méconnaître les composantes émotionnelles expose la victime au ressassement pour tenter de “négocier” la situation traumatique. Le contenu émotionnel du traumatisme peut alors offrir les éléments qui empêcheront toute possibilité d’en surmonter les séquelles et perpétueront la plainte. À ce stade, la douleur peut prendre pour fonction de répéter de façon compulsive ce qui n’a pu être élaboré ni avoir subi de travail de liaison : sa répétition permet non seulement de revivre l’intensité émotionnelle du traumatisme, mais aussi d’exprimer et de communiquer une plainte qui puisse évacuer la charge émotionnelle actuelle et tenter ainsi de maîtriser encore et encore le traumatisme.

► **Chronicisation de la douleur : tentatives de maîtrise et leurs échecs**

La chronicisation est liée à l’échec de ces tentatives de maîtrise : il s’établit un cercle vicieux où la présence de la douleur s’oppose à l’élaboration du traumatisme et où la focalisation algique corporelle constitue une entrave à cette élaboration. Par retour pernicieux, l’ancrage organique garantit l’inaccessibilité à un système de représentations (de l’ordre des mots, du langage). La répétition algique peut également être interprétée chez certains douloureux chroniques comme un attachement au traumatisme : la position masochiste n’y est pas étrangère, celle où l’on peut trouver “goût au déplaisir de la douleur” (Freud, 1915) : la résistance au soulagement est présente et il existe un plaisir particulier lié à l’expérience douloureuse, en ce qu’elle reproduit de l’histoire traumatique du patient.

Du point de vue psychanalytique, cet enfermement dans l’identique, la résistance à la guérison, le retour à une position passive, voire régressive stigmatisent les liens qui existent entre répétition douloureuse et pulsion de mort.

Il existe des traces mnésiques traumatiques, des sédiments somatiques d’émotions, des sensations, des images, qui ne peuvent prendre sens : cette vacuité du sens correspond à une impossibilité du sujet face au traumatisme à l’élaborer mentalement, à le mettre en pensées et en mots. Les entraves à l’élaboration mentale sont liées à la gravité (objective, subjective) du traumatisme, à la précocité de l’expérience traumatique, à l’immaturité de l’appareil psychique du sujet ou encore à sa non accession au langage. La névrose traumatique présente un intérêt certain comme modèle de compréhension de la

chronicisation de certaines douleurs : ce modèle permet de concevoir les émotions selon leurs effets de sidération (“off”) ou de réactivation (“on”) de la douleur. Elles empêchent le travail de mémoire en maintenant les symptômes de répétition et dans le même temps, autorisent les retrouvailles et la réactivation des sédiments mnésiques somato-sensoriels et psychiques.

Dans cette perspective, la nécessité d’une prévention s’avère primordiale. Les traumatismes ne sont pas uniquement liés aux mondes du travail ou de la route. La pratique médicale n’est pas exempte de certains renforcements traumatiques. Il s’agit donc de respecter la subjectivité du traumatisme, en particulier dans les domaines des urgences et de la chirurgie ; dès 1990, Katz et Melzack proposaient notamment des recommandations strictes dans la préparation des amputations.

► Conclusion

Informer. Communiquer. Écouter. Pour éviter les traumatismes sinon en permettre l’élaboration et donc la résolution.

Bibliographie

- Agnew D.C., Merskey H. : Words of chronic pain, *Pain*, 2, 73-81, 1976.
- Cooren J. : Douleur(s) d’archive(s). L’infâme, bulletin de l’association Patou, bibliothèque freudienne de Lille, n°67, 12-19, Avril 1998.
- Defontaine Catteau M.C. : Approches psychologiques du mal de dos : écoles du dos, autres réponses ? Aspects particuliers de la prise en charge individuelle ; le mal de dos dans l’histoire du douloureux chronique. *Douleur et Analgésie*, 1, 13-14, 1993.
- Derrida J. : Mal d’archive. Galilée, Paris, 1995.
- Fitzgerald M. : La douleur de l’enfance et ses conséquences à long terme. Conférence donnée au Congrès de la Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur, Paris, 22 Juin 2001.
- Freud S. (1895) : Projet de psychologie scientifique. In : La naissance de la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1956.

- Freud S. (1915) : Pulsions et destin des pulsions. In Métapsychologie, Paris, Gallimard, 1988.
- Freud S. : (1926) : Inhibition, symptôme et angoisse. P.U.F., Paris, 1951.
- Guex P. : Douleur chronique et relation médecin-malade (la fonction du symptôme douleur). Revue Médicale de Suisse Romande, 106, 1031-1034, 1986.
- Guex P. : La douleur a-t-elle un sens ? Psychologie Médicale, 19, 7, 1079-1080, 1987.
- Hill A, Niven CA, Knussen C: Pain memories in phantom limbs: a case study. Pain, 66(2-3), 381-384, Aug 1996.
- Katz J : Psycho physiological contributions to phantom limbs. Canadian Journal of psychiatry, 37, 282-297, 1992.
- Katz J, Melzack R: Pain "memories in phantom limbs: review and clinical observations." Pain, 43 (3), 319-336, Dec. 1990.
- Lampe A, Solder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G, Sollner W : Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. Obstetrical Gynecology, 96 (6), 929-933, Dec 2000.
- Laurent B. : Mémoire de la douleur, le point de vue du neurologue. Conférence donnée à l'Association Francophone de Psychologie de la Douleur. Congrès annuel de la Société Française de la Douleur, Paris, Nov. 1997).
- Pedinielli JL et Rouan G : Douleur et traumatisme : lecture psychanalytique. Douleur et Analgésie, 3, 95-100, 1997.
- Raphael KG, Widom CS, Lange G : Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. Pain, 92, 293-293, 2001.
- Serres M. : Les cinq sens. Grasset, Paris, 1985.
- Walker EA, Stenchever MA: Sexual victimization and chronic pelvic pain ? Obstetrical Gynecological Clinic North America, 20 (4), 795-807, Dec 1993.
- Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, Hickok LR, Russo J : Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. Psychosomatics, 36 (6), 531-540, Nov-Dec 1995.
- Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, and Kato WJ: Psychosocial factors in fibromyalgie compared with rheumatoid arthritis. II. Sexual, physical and emotional abuse and neglect, 59 (6), 572-577, Nov-Dec 1997.
- Wood DP, Wiesner MG, and Reiter RC: Psychogenic chronic pelvic pain: diagnosis and management. Clinical Obstetrical Gynecology, 33(1), 179-195, Mar. 1990.
- Wurtele SK, Kaplan GM, Keairnes M: Childhood sexual abuse among chronic pain patients. Clinical Journal of Pain, 6 (2), 110-113, Jun 1990.