

FIBROMYALGIE ET TRAUMATISMES

Choc, traumatismes sont fréquemment évoqués dans l'entretien avec des personnes souffrant de fibromyalgie (accident, choc émotionnel, ...). Même si il n'y pas Stress post traumatiquement tel que défini diagnostiquement, l'expérience du traitement du SPT donne des pistes intéressantes de prise en charge des personnes souffrant de fibromyalgie et témoignant d'un vécu traumatique.

Critères diagnostiques DSM IV du Trouble de Stress traumatique

Le TSPT découle selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) de l'exposition à un événement traumatique qui provoque chez l'individu de la peur, de la détresse ou de l'horreur. Ce trouble se manifeste par une réexpérience persistante de l'événement traumatique, des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et un état d'hyperactivité neurovégétative.

A) La personne a été exposée à un événement traumatique au cours duquel les deux critères suivants étaient présents:

1. la personne a été exposée, témoin ou confrontée à un ou des événements qui ont impliqués la mort ou menace de mort, ou de blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui.
2. la réaction de la personne impliquait une peur intense, de la détresse ou de l'horreur.

B) L'événement traumatique est revécu de façon persistante, d'une ou plusieurs des façons suivantes:

1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement incluant des images, pensées, perceptions;
2. rêves répétitifs et pénibles de l'événement;
3. impression ou agissement soudain comme si l'événement traumatique se reproduisait;
4. intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci;
5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou le symbolisant.

C) Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présent avant le trauma) qui s'expriment par trois ou plus des symptômes suivants:

1. efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme;
2. efforts pour éviter les activités, endroits ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;
3. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme;
4. réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour des activités de valeur significative;
5. sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres;
6. restriction des affects (ex.: Incapacité de ressentir des sentiments amoureux);
7. sentiment que l'avenir est 'bouché', que sa vie ne pourra plus se dérouler normalement.

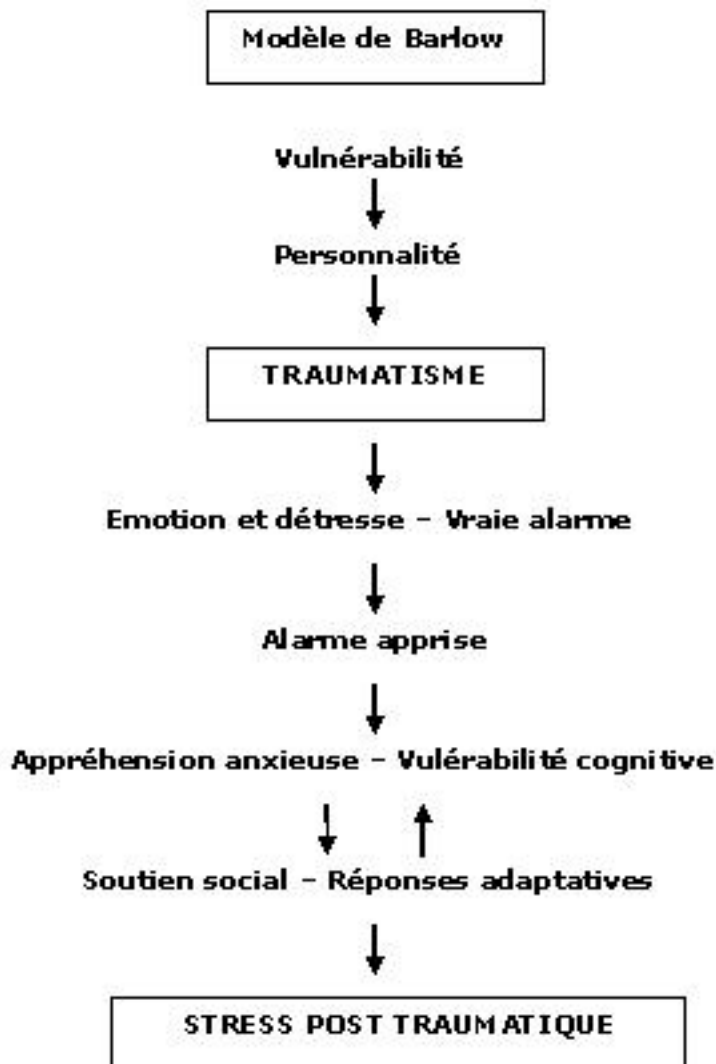
D) La personne présente deux ou plusieurs symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme):

1. difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu;
2. irritabilité ou accès de colère;
3. difficultés de concentration;
4. hypervigilance;
5. réaction de sursaut exagérée.

E) Les symptômes B, C et D sont présents durant au moins 1 mois.

F) Le problème entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans un autre domaine de fonctionnement important.

Facteurs d'élaboration



Vulnérabilité biologique

Certains individus ont une hypersensibilité naturelle aux stressseurs (entre autres, hypersécrétion de noradrénaline).

Conditionnement interne et externe

Chez certains individus se mettent alors en place des automatismes :

- **Externes** : réponse anxieuse à des stimuli externes rappelant le traumatisme
- **Internes** : réponse anxieuse à des manifestations physiologiques d'émotion, d'anxiété (trouble panique...)

Sensibilisation - Hypervigilance

Après un traumatisme, la personne souffrant de stress post traumatique va mettre en place un système d'hypervigilance, orientée vers un danger éventuel et enchaîner ainsi les "fausses alarmes" (crises de panique, angoisse...). La tension psychologique et musculaire est permanente.

Schémas de danger inconscients

Se met donc en place un seuil élevé d'intolérance à des dangers potentiels, réactivé par des faits de la vie courante, mais aussi des flash back répétés. Installé, le TSPT se chronicise.

Attribution des causes

- **Interne** : dans de nombreux cas, les victimes s'attribuent la responsabilité des causes de l'événement. Culpabilité, baisse de l'estime de soi, d'autres émotions s'ajoutent à l'anxiété.
- **Externe** : dans d'autres cas, les causes sont attribuées au monde extérieur. Baisse de la sécurisation, resntiment, agressivité...

Force du traumatisme

C'est en général plus la force de la menace perçue que celle de la menace réelle qui décide de l'installation du TSPT. cette perception et son intensité peuvent être abordées et régulées en thérapie.

Valeurs et désillusion

Les personnes pensant le monde juste, stable et sécurisé développeront de manière plus fréquente un TSPT. Le traumatisme représente une rupture totale avec le monde dans lequel ils pensaient évoluer. Cette composante psychologique est très présente chez les personnes souffrant de fibromyalgie.

A travers ces critères, on retrouve des points communs avec la fibromyalgie : une tension psychologique et musculaire permanente, le développement d'émotions négatives (anxiété, culpabilité, tristesse, colère, ...), un degré fort d'activation psychologique et physiologique et une intolérance aux stimuli négatifs, autant psychologiques que physiologiques.

On peut donc envisager un abord de la fibromyalgie inspiré en partie de l'abord du SPT : apprentissage de la relaxation, hypnose et dissociation du négatif, modification de la perception du trauma, gestion du stress, gestion des émotions, ... En travaillant sur le traumatisme, on agit sur l'encodage qui en a été fait et sur les répercussions psychocorporelles.