

Douleur chronique et psychopathologie

N.Houhat* T.Benathmane**

*psychiatre CHU. Mustapha

**chef de service des urgences psychiatriques CHU. Mustapha

introduction

- La clinique psychiatrique est une permanence dans la pratique algologique courante. Plus de la moitié des douloureux chroniques présentent une symptomatologie psychiatrique associée. Cette clinique psychiatrique est classiquement :
 - * soit secondaire à la douleur organique (syndrome douloureux à composante organique dominante)
 - * soit primum movens sans substratum organique factuel (syndrome douloureux à composante psychique dominante.)

- Cet exposé est destiné à transmettre à tous ceux qui soignent au quotidien la douleur, les principaux syndromes psychiatriques afin que le dépistage soit facile et précoce
- A mes collègues algologues très sensibilisés à la dimension psychologique qui accompagne tout syndrome douloureux chronique et qui m'ont toujours demandé de leur expliquer plus.
- C'est aussi un message destiné à promulguer l'approche pluridisciplinaire de la douleur qui est déjà installée depuis plusieurs années et qui fait ses preuves.

nous allons passer en revue successivement les différents chapitres de la clinique psychiatrique :

1. les troubles somatoformes, l'hystérie
2. les syndromes anxieux,
3. le syndrome dépressif
4. l'hypochondrie et l'état limite
5. les psychoses
6. les perversions

La douleur chronique est essentiellement pluridisciplinaire

La prise en compte d'une multitude de facteurs s'influençant les uns, les autres est impératif dans la prise en charge et le traitement de la douleur chronique

- La plainte douloureuse.
- Le comportement anormal vis-à-vis de la maladie.
- Les facteurs de renforcement.
- Le contexte socio familiale
- L'impact de la douleur. (sens et rôle de la douleur dans l'histoire du patient)
- Remaniement globale de la personnalité entraîné par la chronicité de la douleur

Le syndrome douloureux chronique à composante organique dominante

- quelque soit les mécanismes en cause accident mutilation, maladie douloureuse, il existe toujours des conséquences psychologiques,
- on décrit une première période où le patient met en place des stratégies pour faire face à la douleur (position antalgiques, zone douloureuses hyper investie, retrait et diminution des intérêts...)
- À ce stade c'est le traitement de la douleur qui s'avère le plus efficace même si par moment on soupçonne la coexistence de symptômes dépressifs.

- Une deuxième période caractérisée essentiellement par un remaniement globale de la personnalité (mutilation du corps avec perte de l'identité corporelle, fragilisation de la position sociofamiliale d'où perte de l'identité psychique)
- La prise en charge psychologique est ici essentielle pour accompagner le patient dans un travail de deuil et diagnostiquer une éventuelle dépression.

Le syndrome douloureux chronique à composante psychique dominante

- Paradoxalement ici c'est la plainte organique qui est mise en avant de peur que l'on pense à une maladie imaginaire. si une épine itérative est retrouvée chez le patient, elle est souvent brandie pour dissimuler la cause psychopathologique et justifier les consultations multiples; la décodation de la plainte est importante dans ce cas:
- Déchiffrer le rôle que peut jouer la douleur dans les relations interindividuelles(monnaie d'échange, demande d'aide, un mode de contrôle sur l'entourage)

L'hystérie

- La névrose hystérique ou troubles conversifs sont souvent rencontrés en algologie, ils se manifestent souvent par des troubles algiques
- *La conversion hystérique* : pour FREUD, la conversion est le saut du psychisme dans l'innervation somatique. Elle emprunte certains de ses traits à des signes de lésions organiques citons :
- Ils apparaissent chez le sujet jeune suite à des conflits conjugaux, affectifs chez la femme, professionnels chez l'homme
- La douleur permet au patient de jouir de bénéfices secondaires (matériels chez l'homme, affectifs chez la femme)
- L'évolution de la maladie est variable et dépend de l'entourage ainsi que du médecin traitant qui va attribuer à ces plaintes une étiquette organique définitive avec le risque de multitudes d'interventions médicales et chirurgicales, suite à la découverte d'une épine irritative.

Les troubles conversifs et algies diverses chez l'hystérique

- les accidents paroxystiques :
 - 1- attaques d'hystérie: la grande crise à la CHARCOT (forme actuelle tétanie/spasmophilie)
 - 2- crises convulsives, tétanie, diagnostic différentiel avec l'épilepsie
 - 3- syncopes, là où le regard d'autrui est présent (foule, cinéma, théâtre, rue, grandes surfaces)...
 - 4- léthargie: la belle au bois dormant
- *Les troubles durables ou permanents :
 - 1- amnésie
 - 2- paralysies, astasie/abasie
 - 3- anesthésies ne suivant pas les zones d'innervation des racines nerveuses
 - 4- hyperesthésie, par exemple douleur de tout un hémicorps (en l'absence de pathologie intracrânienne et notamment thalamique)
 - 5- troubles sensoriels : cécité, brouillard visuel, aphonie (transitoire chez la femme, plus massif chronique chez l'homme), surdité

Hystérique de guerre et standardiste

- Les algies hystériques peuvent intéresser n'importe quelle partie du corps. Sans substratum organique, elles résistent à tous les antalgiques et sédatifs habituels. Les céphalées sont actuellement si fréquentes, embarrassant le praticien qu'il faut se demander si elles ne sont pas la forme la plus moderne de la maladie
- Chez l'hystérique le trouble conversif devient conversation somatique, il devient un moyen de communication avec l'entourage
- L'hystérique aura une cécité pour oublier ce qu'elle a vu , une dorsalgie pour dire qu'elle en a plein le dos , une aphonie pour taire un message censuré.
- La localisation du symptôme peut avoir une valeur symbolique quand elle renvoie à un conflit dans l'enfance ou qu'elle évoque l'identification à un être cher

A propos d'un cas d'hystérie

- Mme B vient consulter après chaque dispute avec son mari. A chaque consultation elle présente un symptôme différent: lombalgie , cervicalgie, céphalée, aphonie etc....
- Sa présentation est théâtrale ,dramatisant la situation et amplifiant les symptômes au maximum dans le but d'attirer toute l'attention du personnel médical et paramédical sur elle.
- Une fois installée face à son médecin qu'elle réclame à chaque fois avec un discours rempli de séduction et qui ne va pas tarder a répondre à sa quête affective et sa demande d'aide.
- Au fil de l'entretien le symptôme de Mme B, elle ressort confiante et rassurée en remerciant son médecin d'avoir été là.

Les troubles anxieux

- 1-1 L'attente anxieuse ou TAG (Trouble Anxieux Généralisé)
- . état d'alerte et de tension
- . inquiétude permanente sans objet défini
- . soucis quotidiens dramatisés : - repas à préparer, déplacements
- . appréhende le pire pour lui et ses proches
- . besoin d'être rassuré
- . supporte mal séparations et abandons

- 1 -2 Attaque de panique ou crise d'angoisse : une sémiologie riche et variée
- . soudaine, la nuit, peur de mourir ou de devenir fou
- . patient pâle, haletant, couvert de sueurs, tremblant, tachycardie
- . symptômes physiques :
 - oppression thoracique, dyspnée
 - palpitations, vertiges...
 - nausées, brouillard visuel.

Les équivalents somatiques sont polymorphes et trompeurs :

- Manifestations cardiovasculaires :
- Manifestations respiratoires :
- Manifestations digestives :
- Manifestations génito-urinaires :
- Manifestations neurologiques sensorielles ou musculaires:
 - céphalées
 - prurit
 - lombalgies
 - tremblements
 - algies posturales
 - bourdonnements d'oreilles
 - crises vertigineuses
 - difficultés à s'endormir, réveils fréquents, cauchemars.

- L'anxiété a souvent été incriminée dans l'entretien des douleurs, ceci est souvent appuyé par l'efficacité des benzodiazépines.
- Dans le cadre des troubles anxieux, il ne faut pas oublier le rôle de la tension musculaire dans le déclenchement et le maintien de syndrome douloureux chronique
- La tension musculaire est impliquée dans les douleurs musculosquelettiques et entre dans le cercle vicieux: douleur-anxiété-tension musculaire-majoration de la douleur
- Cette physiopathologie a été incriminée dans les céphalées de tension, entretenue par la tension musculaire de la face, du cou, et du crane .

Le syndrome dépressif

- Dans le langage courant revient souvent l'expression "j'ai fait une dépression". En réalité le syndrome dépressif renvoie à une clinique précise et qu'il faut savoir repérer.
- Diagnostic différentiel
avec la « déprime » moins intense et de courte durée, de quelques heures à 2 semaines.
- La dépression maladie concerne 15 % des français, soit chaque année 3 millions de personnes. L'OMS prévoit sur la planète qu'en 2020, les troubles psychiatriques essentiellement dépressifs, seront les seconds après les pathologies cardio-vasculaires.
- Très fréquent en algologie: tout syndrome douloureux peut être accompagné d'une dépression

- 2-1 Signes majeurs
- * Humeur triste : pessimisme, dégoût du passé, crainte de l'avenir, baisse du désir, baisse des intérêts (lecture, livres, sorties) - idées de suicide : fuite ou châtement
- * Ralentissement des fonctions psychologiques et motrices - ralentissement du cours de la pensée - diminution de l'attention (chez les adolescents) ou au travail - diminution de la mobilité physique: asthénie

- 2-2 Signes associés
- (1) * insomnie (elle touche 30% de la population)
 - d'endormissement
 - réveil matinal
- (2) * anxiété en augmentation le matin
- (3) * symptomatologies digestives:
 - anorexie
 - constipation
- (4)* Céphalées et douleurs erratiques

La dépression masquée, la douleur vient masquer la dépression est plus fréquemment retrouvée en algologie

L'hypochondrie

- L'hypochondrie réalise un syndrome qui se manifeste sous deux aspects - une perception illusoire d'un trouble organique
- une préoccupation corporelle qui s'impose à l'esprit de façon rappelée et incoercible.
- Tous les stades existent de l'idée hypochondriaque anodine et transitoire chez l'étudiant en médecine ou élève infirmière au délire hypochondriaque psychotique.
- L'hypochondrie, est un syndrome de plus en plus fréquent dans les sociétés occidentales.
- Le discours intéresse essentiellement les zones corporelles profondes dont le fonctionnement est observé avec minutie. L'appareil digestif est privilégié. En fait, c'est le champ corporel non accessible qui est en cause. Le vocabulaire employé est médical, riche, imagé et métaphorique

- Les algies diverses accompagnent ces symptômes: douleurs rachidiennes, céphalées, spasmes douloureux...
- Il faut bien sur savoir éliminer une cause organique, mais ne pas sombrer dans une collaboration quasi délirante dans la relation médecin/malade Hypochondriaque.
- - Absence du corps chez l'hypochondriaque.: Le corps n'est pas mis en scène dans son intégralité. Il est morcelé, disséqué dans son anatomie interne. Ce n'est pas le message du corps de l'hystérique qui est donné à entendre, mais l'éloquence des organes. Le sujet revendique l'exploration de ses organes profonds par des IRM
- () la relation au médecin
 - L'hystérique érotise la relation et gratifie le médecin en guérissant du symptôme ; la relation au médecin est personnalisée.
 - L'hypochondriaque ne tient aucun compte de la personne du médecin. Seules l'intéresse, la qualité, la spécialité, la technicité du médecin. Dans la relation transpire l'agressivité.

- 3-2 L'hypocondrie a une évolution chronique d'une seule tenue. La maladie s'éternise et elle éternise le malade. Il est très actif dans sa quête médicale, la comptabilité des dépenses, prises en charge et remboursement, dépassement d'honoraires de tel professeur, et il consigne par écrit les fabuleuses mémoires de ses aventures viscérales.
- Dans les deux cas, il peut y avoir mise en invalidité du médecin, ne pouvant guérir ces sujets... A l'agressivité cachée et feutrée de l'hystérique, à l'agressivité manifeste de l'hypocondrie, le médecin peut développer une contre agressivité en miroir, conduisant à la rupture thérapeutique. Et ceci surtout face à l'hypocondrie lui-même médecin imaginaire...

L'état limite

- Relativement fréquent dans notre expérience en algologie
- , l'état-limite se situe dans un registre classiquement intermédiaire entre la névrose et la psychose. Mais d'abord affinons la clinique de ce fourre-tout, de cette zone frontière de ce no man's land. Dans la clinique française, il s'agit de 2 entités différentes. La seule traduction de l'anglais vers le français ne peut résumer une complexité clinique authentique. Les travaux de Jean BERGERET sont déterminants pour distinguer et nuancer une originalité hexagonale dans l'uniformisation mondiale et standardisée. Pour nous, l'état-limite penche du côté de la névrose, il peut élaborer, établir une relation transférentielle durable et régulière, il peut symboliser et se construire. Malheureusement à l'opposé, le border-line penche du côté de la psychose et il sera plus instable, plus addictive aux substances, plus irrégulier et imprévisible dans les rendez-vous de consultation, l'accroche relationnelle sera plus lâche, voir inexistante. Les décompensations psychotiques sont plus fréquentes. Le pronostic n'est évidemment pas le même.
- Le symptôme douloureux corporel peut être un rempart ou une cicatrice de l'émergence psychotique.

Les psychoses

- *Délires chroniques* :

- Si le *délire* paranoïaque est rare en algologie, la *personnalité* paranoïaque est plus fréquemment retrouvée.
- Le délire paranoïaque est classiquement
 - * en secteur : préjudice, jalousie et érotomanie.
 - * en réseau : délire d'interprétation de Sérieux et Capgras.
- La personnalité paranoïaque :
 - 1 Méfiance
 - 2 Psychorigidité
 - 3 Surestimation de soi
 - 4 Absence d'auto-critique et fausseté du jugement
 - 5 Conflits et difficultés relationnelles
- En algologie ,la dimension quérulente et/ou procédurière s'affiche ,le paranoïaque demande des certificats médicaux pour argumenter un contentieux avec la sécurité sociale, le médecin ou le chirurgien , la médecine du travail ,l' employeur ou son ass

A propos d'un cas d'hypochondrie délirante

- Mr x consulte est adressé à la consultation de la douleur par son médecin traitant qui juge qu'il ne peut plus rien pour lui. il s'agit d'une douleur en rapport avec une constipation chronique dont aucun spécialiste n'a pu la guérir

Mr X a déjà déposé plainte contre le chirurgien qui a refusé de l'opérer et déposer encore plainte contre le gastroentérologue qui refuse de le revoir à sa consultation, estimant qu'il n'y avait rien à faire vu que les explorations sont revenues négatives.

Psychose dissociative : la schizophrénie

- Discordance : bizarrerie, barrages
- * Délire paranoïde, flou
- * Autisme : repli sur soi
- Plutôt rare en algologie,

La psychopathie

- *Adulte :
Difficultés majeures d'insertion socioprofessionnelle
Triangle de vie déroulé entre ces 3 points: HOPITAL - ROUTE - PRISON
Combines, vols, grivèlerie, vie parasitaire
- En hospitalisation au Centre Anti-Douleur, le patient psychopathe peut venir pour **sevrage morphinique** ou à la **recherche de morphiniques**. Il faut être vigilant devant une tendance à la manipulation...
- Mais la personnalité psychopathique se retrouve régulièrement dans un autre contexte : la biographie mouvementée a entraîné des conduites à risques, alcoolisme et accidents graves. En consultation, nous les voyons alors derrière des tableaux de paraplégie ou tétraplégie entraînant des douleurs de décubitus ou des douleurs de déafférentation neuropathique. **Le tableau dépressif, l ou le PTSD** (Post Traumatic Stress Disorder) nous occultent souvent la psychopathie sous jacente.

- **LES PERVERSIONS**

Nous n'en voyons jamais en consultation de la douleur, mais cela pose la question des liens entre masochisme et douleur. LACAN disait qu'il y a du "chiqué" chez le masochiste. Et pour lui, la douleur est un "doux leurre".

- Par contre nous rencontrons les victimes des pervers. Plusieurs études montrent la fréquence d'abus sexuel et/ou physique dans l'enfance chez les douloureux chroniques