

Dimension Psychopathologique de la douleur

Formation interne Référents Douleur

Sylvie Tiberghien

Psychologue Consultation douleur chronique
CH ARRAS

Introduction

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en termes d'un tel dommage »

(International Association for the Study of Pain – IASP).

Introduction

Notion d'expérience / de vécu : laisse alors des traces pour le sujet

Implique et reconnaît l'intrication de la dimension sensorielle et psychologique mises au même plan

Parle d'atteinte, d'agression faite à l'intégrité du corps

Reconnait le caractère potentiel, non objectivable à l'origine d'une douleur

Donne sa place à la subjectivité

Toujours garder à l'esprit !

« Un patient qui dit avoir mal a mal quoiqu'on en pense d'un point de vue médical, psychologique ou psychiatrique, le patient a toujours raison quand il dit qu'il a mal »

- **La douleur existe qu'on la trouve ou qu'on ne la trouve pas**
- **Une douleur non trouvée n'est pas forcément psychogène/fonctionnelle**

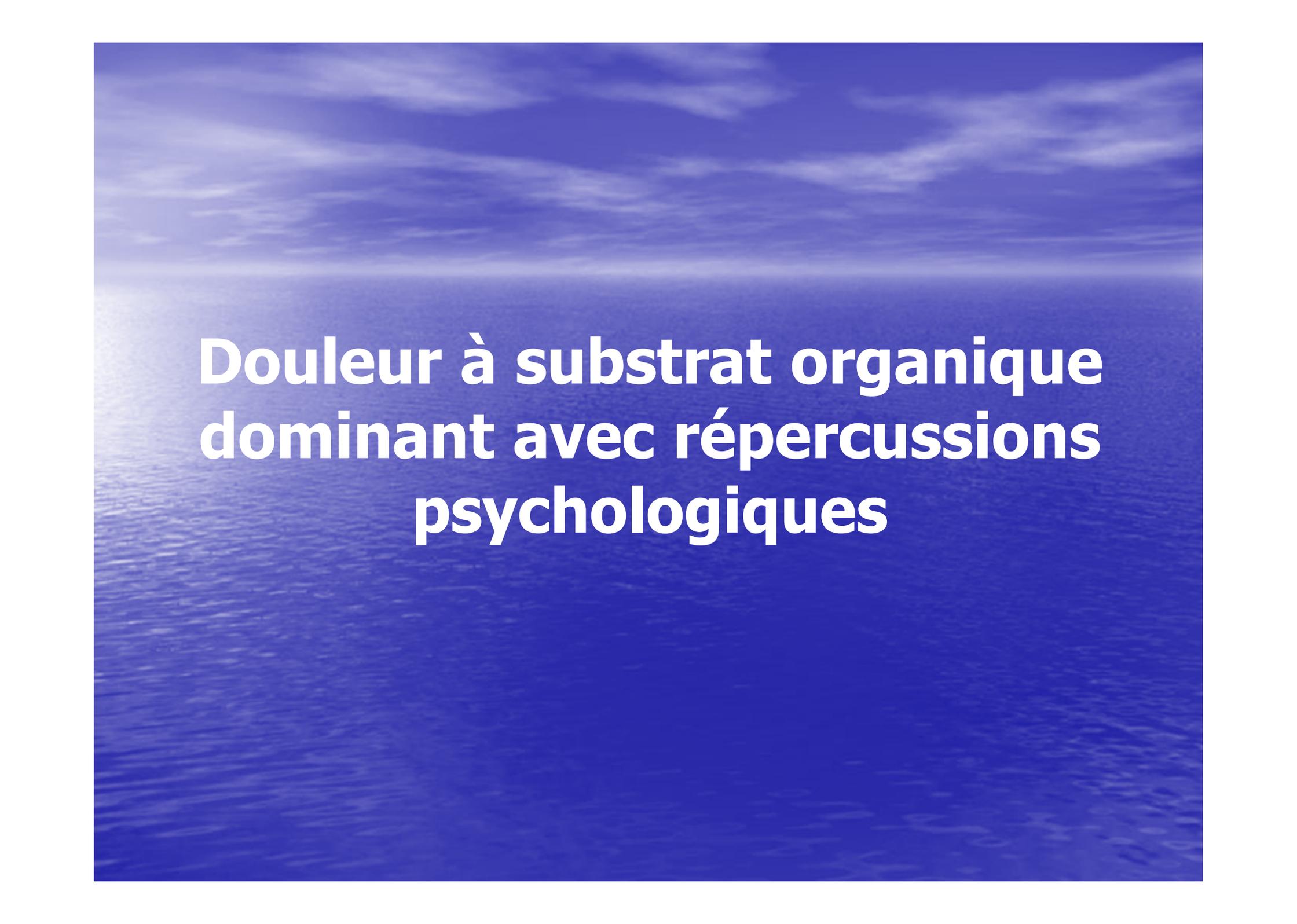
Implication pratique en clinique de la douleur

Pas d'idée préconçue sur le niveau de douleur éprouvée par le patient

Pas toujours corrélation évidente et linéaire entre les examens radiologiques / les examens cliniques et le vécu douloureux du patient

Nécessite une écoute empathique et attentive du comportement et du vécu douloureux pour accéder aux contenus latents

Objectif : décodage de la plainte douloureuse et de ses enjeux avec le patient pour délimiter les contours de la douleur résiduelle



**Douleur à substrat organique
dominant avec répercussions
psychologiques**

La douleur est au confluent de problématiques

- d'ordre somatique : réel ou épine irritative sur laquelle se décharge l'angoisse
- d'ordre psychologique : tenant de la structure et des traits de personnalité du patient, de sa biographie, de sa culture et des affects associés
- d'ordre évènementiel : avec déstabilisation parfois profonde et insurmontable lorsque les défenses sont débordées
- d'ordre environnemental : avec des facteurs modulateurs au niveau familial, professionnel et social

(E. Ferragut, 2003)

Aspects pluridimensionnels qui interviennent dans l'expression de la douleur d'où l'intérêt d'une consultation pluridisciplinaire

Douleur aiguë versus douleur chronique

- Spirale de la douleur :

Douleur :

fatigue/usure ⇒ angoisse ⇒ isolement ⇒ désespoir :

Perception majorée du vécu douloureux

Confère à la douleur une tonalité :

Inquiétante
désagréable,
pénible
agressive
insupportable

- Prévalence des symptômes psychologiques :

Troubles anxieux / Syndromes dépressifs évalués au travers de l'analyse de la demande, de l'entretien psychologique, de comportements infra verbaux, des échelles



La douleur aigue et son cortège de symptômes

Douleur aigue

- Durée : plus limitée dans le temps, intermittente, mécanique
- Fonction : de signal d'alarme, vient protéger l'individu en lui indiquant que l'intégrité de son organisme est menacée. Sert à l'élaboration d'un diagnostic d'une cause organique, le projet est alors curatif.
- Forme : d'une intensité forte, met en jeu les processus de mémoire de la douleur en l'y inscrivant
- Caractéristiques : Brutalité, imprévisibilité, étrangeté
- Description clinique : impacte la dimension relationnelle du sujet et initie une réaction de protection

Douleur aiguë et symptomatologie anxieuse

- Disposition particulière du corps dans la crise algique : crispation, raideur, tension, évitement
- Atonie psychomotrice : désintérêt pour le monde environnant, stoppe le contact
- Visage et mimiques algiques communiquent l'état intérieur du patient : le sujet n'entend plus, ne parle plus, ne pense plus
- Comportement réflexe de protection : cherche à éloigner les gestes d'autrui, à les repousser ou à poser sa main pour protéger la zone douloureuse
- surinvestissement / mobilisation de l'attention sur la zone douloureuse : gèle les échanges, la relation à l'autre
- Selon la symbolique de l'organe douloureux : l'inquiétude se décuple et prend la forme d'un état d'angoisse caractérisé (hyperventilation, tachycardie..)
- Selon le contexte de survenue de la douleur : l'inquiétude sur l'avenir est majorée / la douleur peut venir révéler une aggravation d'une pathologie

Au-delà du (des) symptôme (s)

- Douleur qui sidère les processus de pensée et de symbolisation
violence faite au corps / douleur imposée
- Le sujet aux prises d'une douleur aigue :
 - A une économie psychique vidée d'investissement libidinal
 - A une inquiétude qui happe le destinataire / sentiment d'impuissance de part et d'autre
 - désinvestit tout ce qui n'est pas douleur
- Peut réactualiser un état de détresse précoce éprouvé :
Exprime un appel désespéré de contenance transféré sur le médical
- Conséquences d'une douleur non soulagée :
Vecteur d'anticipation / réapparition de la douleur qui engendre des troubles du comportement et de l'agitation anxieuse
Majoration de la plainte par peur de manquer d'antalgique

La douleur aiguë peut faire le nid d'un trauma

- **Atteinte corporelle et psychique**
- **Contexte de brutalité,**
- **Intensité, caractère paroxystique du vécu sensoriel qui déborde les capacités de représentation**
- **Vécu d'effroi / proximité avec l'angoisse de mort**

Le contexte de survenue de cette douleur, le caractère paroxystique et le sentiment d'impuissance du sujet peuvent déchirer l'enveloppe pare excitante et faire effraction au cœur de la psyché

L'inscription de la douleur en profondeur dans la psyché va être favorisée par l'état d'angoisse majeure associée

D'une douleur aiguë dans un contexte traumatique inaugural peut découler une douleur chronique qui aura ébranlé le schéma corporel du sujet, constitué par les afférences sensorielles et proprioceptives

« *La douleur comme trace mnésique « somato-psychique » de l'évènement traumatique* (Defontaine, 2003)

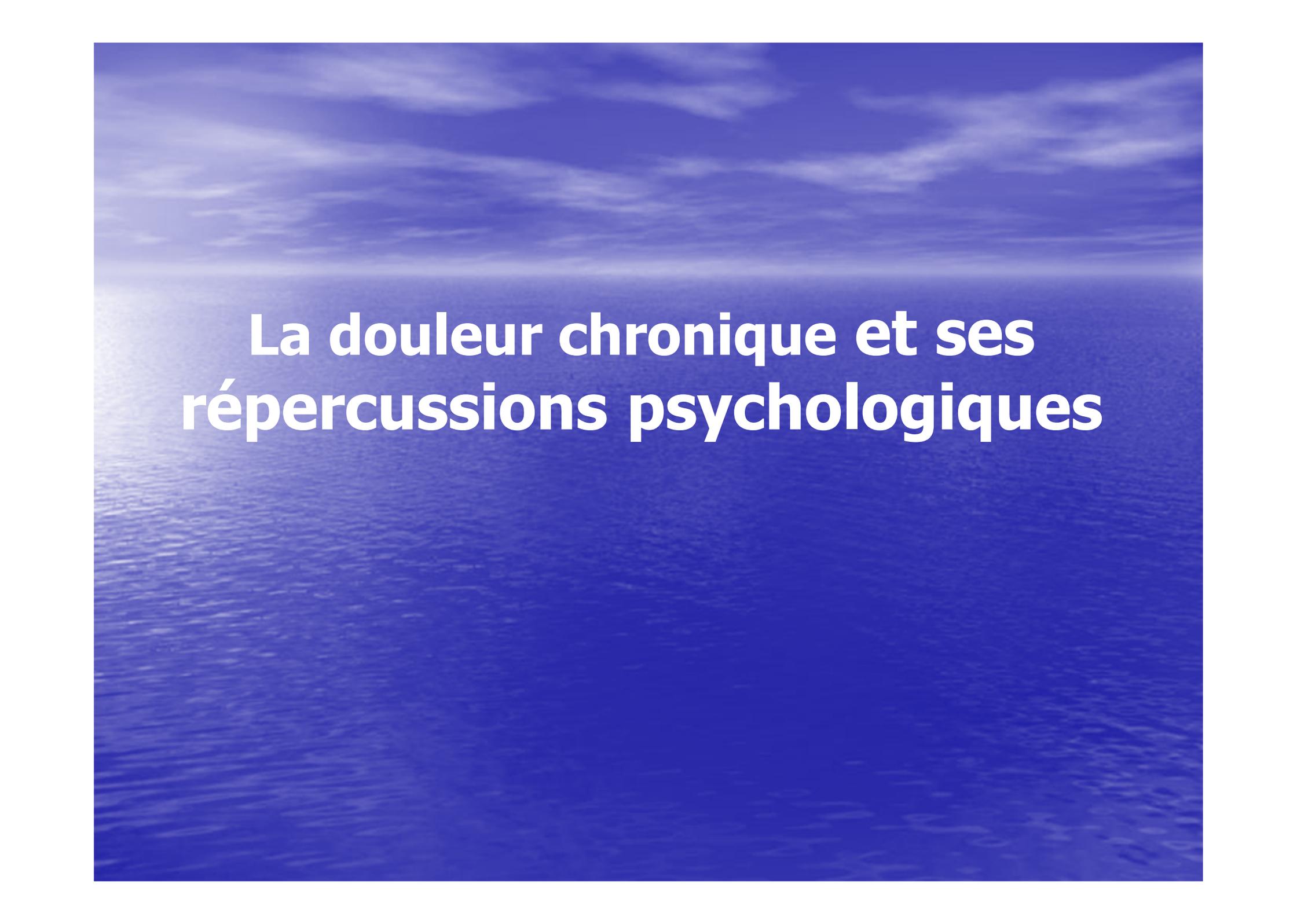
L'expérience d'effroi et la subjectivité émotionnelle non élaborable inscrit le trauma dans le corps et le psychisme : l'image en profondeur du sujet lui-même en est modifié



**De la douleur aiguë à la
douleur chronique**

De la douleur aiguë à la douleur chronique

- **Pic douloureux non soulagé : responsable d'appréhension des douleurs à venir - tension qui augmentera le vécu douloureux**
- **Installation et transformation de la plainte douloureuse aiguë en une forme chronique dite rebelle nécessite une dose d'antalgique plus forte : Risque d'abus médicamenteux !**
- **On fixe entre 3 et 6 mois la limite séparant une douleur aiguë d'une douleur chronique.**
- **D'intermittente, mécanique ou inflammatoire, elle perd son rythme initial et devient quotidienne, permanente, du matin au soir.**
- **Discrimination difficile de ses variations : valence entre le perpétuel souvenir des douleurs passées et l'anticipation anxieuse des douleurs à venir.**



La douleur chronique et ses répercussions psychologiques

Douleur chronique

- Temporalité particulière : durée supérieure à 3 mois avec répétition de l'éprouvé à l'identique
- Etiopathologie complexe, plurifactorielle, caractère le plus souvent non guérissable
- Douleur chronique qui n'a plus d'objectif biologique, conditionne la vie du sujet et peut avoir un effet destructeur
- Syndrome douloureux chronique : statut de maladie à part entière qui convoque un processus de travail de deuil/ vivre avec le résiduel de douleur !
- Conséquences : induit des troubles anxio-dépressifs , un état d'insécurité et une désaffectibilité corrélés à l'abaissement du seuil de tolérance à la douleur

La douleur chronique est profondément désorganisatrice

« Celui qui est affligé de douleur organique abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elles n'ont pas de rapport avec sa souffrance »

Freud, La vie sexuelle (1907-1931)

Douleur chronique et symptomatologie anxieuse

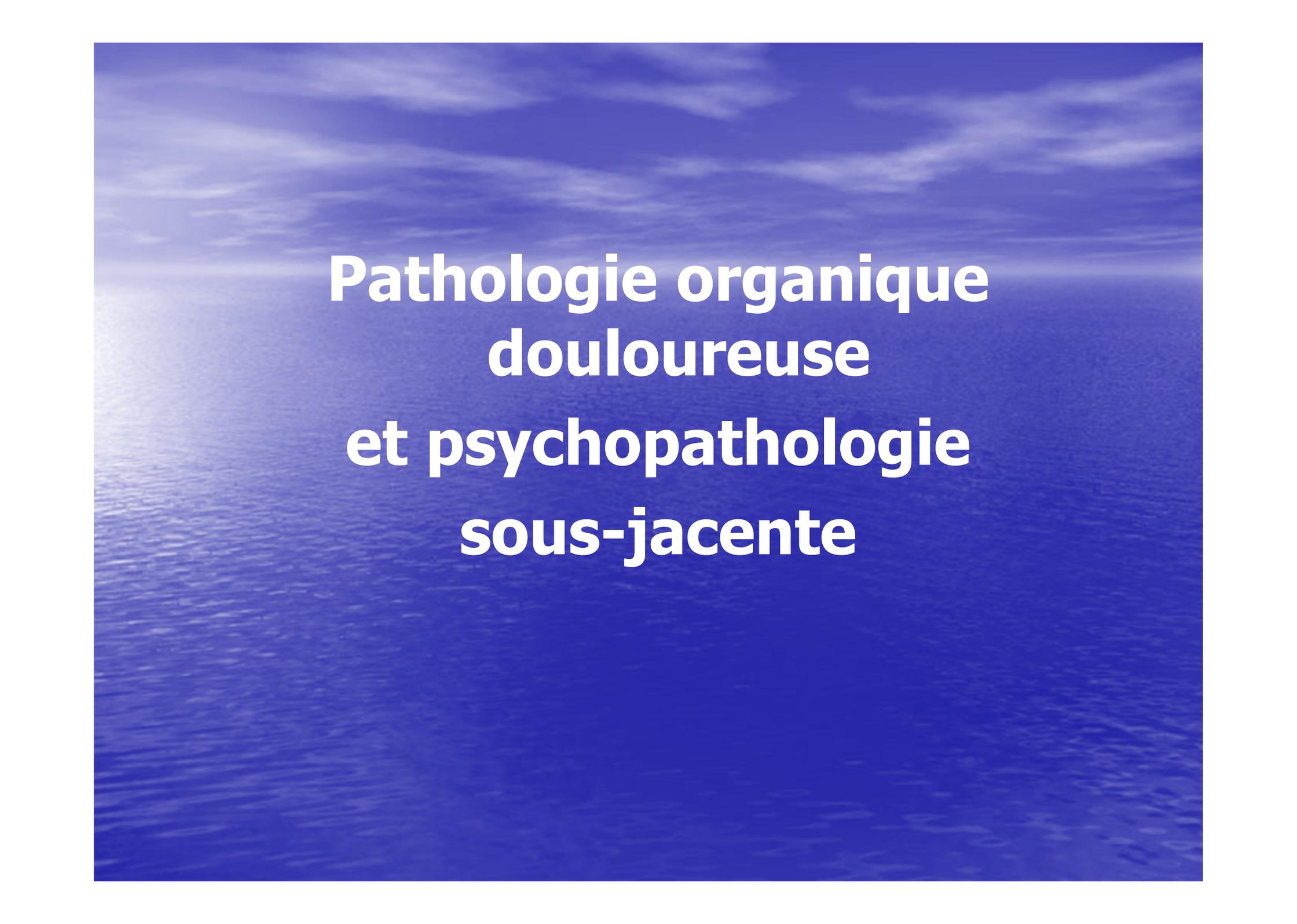
- Hyperémotivité majorant le ressenti douloureux : peurs irraisonnées, catastrophisme, incertitude, interprétation pessimiste de l'avenir
- Plaintes somatiques multiples et diffuses : le corps devient le support de l'inconfort du sujet et son mode d'expression au monde
- Comportement de type kinésiophobie : le patient préjuge de ses possibilités corporelles, a peur de ses mouvements et limite ses déplacements. Il s'agit d'attitudes antalgiques inadaptées de nature protectrices qui vont s'entretenir, se renforcer.
- Dépendance et transfert sur l'équipe de soin avec recherche d'étayage, de contenance : réassurance qui ne passe plus que par le milieu médical, le sujet devient difficilement raisonnable

Douleur chronique et symptomatologie dépressive

- Comportement de régression et de passivité : le recours magique au médical devant l'impuissance du sujet / dépendance
- Hostilité / agressivité en réaction à la perte de contrôle de soi, de sa vie, sur cette douleur, déplacées sur le médical ou l'entourage
- Désespoir / absence d'attente pour se protéger devant les multiples échecs thérapeutiques
- Envahit tout l'univers affectif et devient la préoccupation dominante du sujet et dans la vie du sujet : entame l'élan vital et le plaisir
- Désinsertion/ décalage familial, social et professionnel : s'isole pour fuir le jugement et les réactions explosives et d'incompréhension
- Progressivement, la douleur chronique imprègne la personnalité au travers d'un syndrome dépressif : irritabilité, culpabilité de ne plus être comme avant, recourt aux toxiques, troubles du sommeil, de l'alimentation et de la concentration, ruminations négatives, repli sur soi

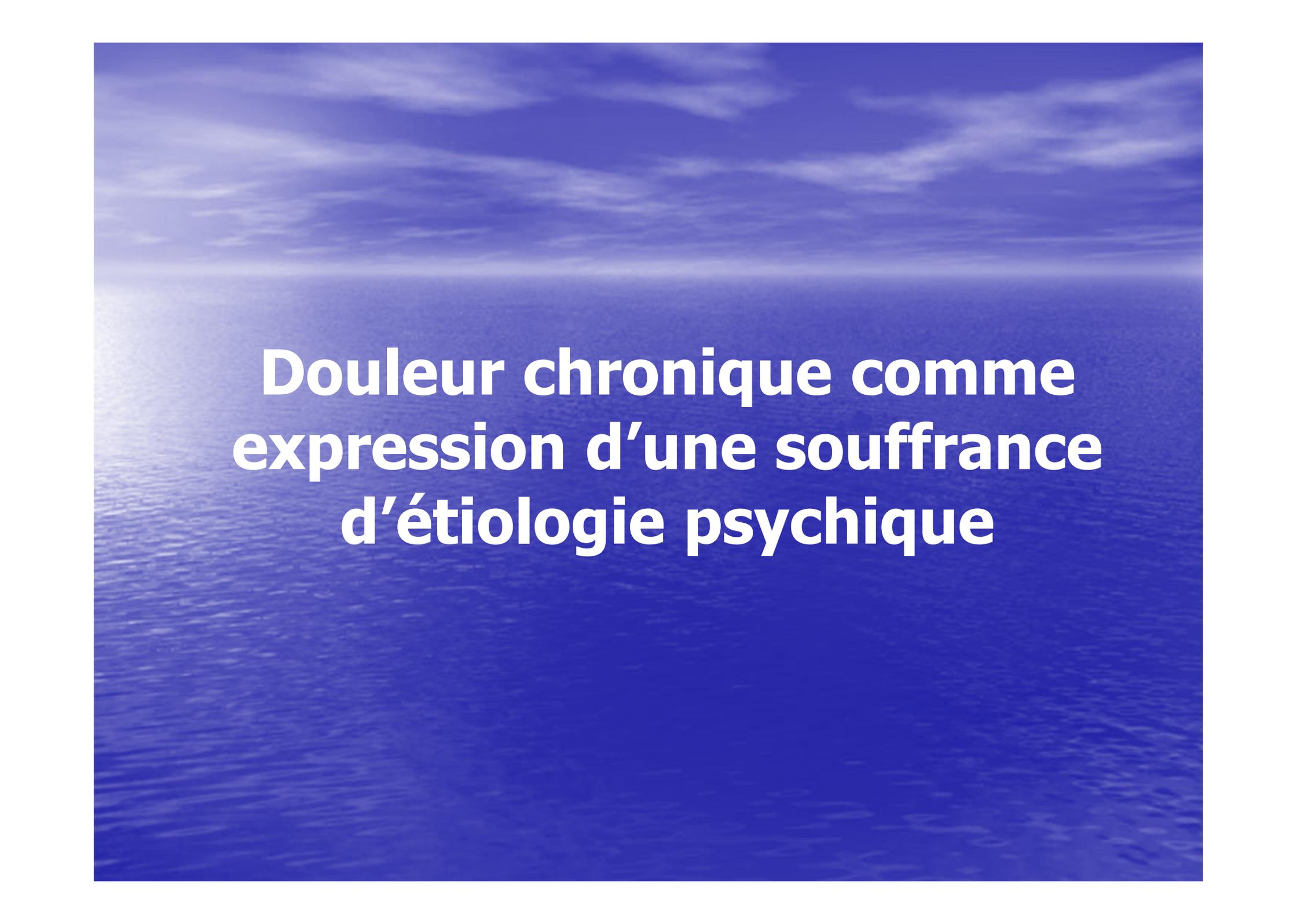
Au-delà du (des) symptôme (s)

- **Constat d'un travail d'élaboration figé** : le sujet s'accroche au diagnostic de la douleur organique, le fonctionnement psychique peut alors se montrer très opératoire « *retrouver la fonctionnalité de l'organe/du corps* ».
- **Patient à fonctionnement psychique dissocié du somatique** : négation de la dimension affective, lutte d'autant plus dans la prise en compte de sa réalité organique, rendant l'espace émotionnel parfois volontairement inaccessible
- **La douleur est le canal d'expression** du sujet qui peut légitimement s'exposer, seul moyen pour le sujet de communiquer sa souffrance d'où la résistance au soulagement
- **Refus du caractère chronique** qui prend la forme d'un refus de thérapeutique médicamenteuse / défaut d'observance : travail douloureux de désillusion !



**Pathologie organique
douloureuse
et psychopathologie
sous-jacente**

- **Amplification des réactions psychologiques normales**
- **Soit le trouble psychopathologique est antérieur, soit il se révèle lors d'un évènement médical**
- **La douleur chronique évolue dans une problématique mixte : organique/psychopathologique**
- **Nécessité d'une évaluation psychopathologique**



**Douleur chronique comme
expression d'une souffrance
d'étiologie psychique**

- **La douleur est alors l'expression somatique d'une souffrance psychique qui précède la douleur**
- **Il s'agit souvent de décharges corporelles d'angoisse sans véritable organicité**
- **Prise en charge axée sur la compréhension de l'étiologie psychique**

Problématiques intrapsychiques

- Souffrance psychique liée à un choc émotionnel ou un évènement traumatique :

- *deuil compliqué, différé, inhibé...*
- *séparation,*
- *un traumatisme corporel avec ou sans séquelle douloureuse dans le cadre d'un Etat de Stress Post Traumatique,*
- *évènement psychique dramatique*

Ces souffrances provoquent un débordement des capacités de métabolisation des sujets d'où la fixation douloureuse

Problématiques intrapsychiques

- Symptôme douloureux comme l'expression d'une psychopathologie :
 - *douleur fonctionnelle,*
 - *hystérie,*
 - *hypocondrie,*
 - *profil psychosomatique,*
 - *protection contre une décompensation,*
 - *pathomimie...*

Place de la douleur selon la structure de personnalité

- Chez le psychotique : lutte contre le morcellement, l'éclatement, la douleur venant rassembler l'éparpillement
- Chez l'état limite : donne une contenance, une enveloppe à l'immaturité de l'identité, lutte contre l'effondrement dépressif et l'angoisse d'abandon
- Chez le névrosé : au carrefour du conflit intrapsychique



Facteurs de chronicisation

Aménagements permis par la douleur

- Éviter des situations innassumables , la douleur représentant une excuse honorable à des manquements
- Autoriser la plainte sous un format acceptable pour le sujet vis-à-vis de sa propre image et de tiers
- Obtenir des gratifications affectives informulables
- Permettre de protéger le sujet face à une préoccupation anticipatoire relative à l'avenir : résiste au soulagement
- Exprimer un contentieux avec le système de soin / employeur : mise en échec du soulagement dans une recherche de réparation
- Bénéfice transitoire dans une visée réadaptative au changement

Enjeux conscients/préconscients

Apparaît sous la forme de bénéfices secondaires :

- Enjeux / entourage (affection, régression)
- Enjeux médico-légaux (conflit et recherche de réparation)
- Enjeux socio-professionnels (satisfaction/ reconnaissance)
- Enjeux transférentiels (étayage, mise en échec déplacée)



Fonctions de la la douleur chronique

La douleur dans l'économie psychique du sujet

- Un message de détresse, l'expression d'un débordement des capacités à faire face
- Un mécanisme de déplacement d'une problématique autrement plus angoissante
- Une fonction d'assise narcissique, de repère dans le sentiment d'exister, témoin d'un ultime désir de relation aux autres
- Un point d'ancrage identitaire / organisation du rapport au monde
- Une garantie de la relation au milieu médical, de non abandon

La douleur dans l'économie psychique du sujet

- Un refuge ultime d'une souffrance psychologique insurmontable, une douleur qui n'en finit plus telle un deuil compliqué
- La lutte contre un effondrement dépressif
- Une fonction d'écran à une conflictualité intra-psychique (conversion hystérique, hypocondrie....)
- L'écho à un trauma ancien non élaboré, douleur comme retour du refoulé
- Compromis au débordement de l'angoisse :
 - protège d'une décompensation psychopathologique sous jacente
 - témoigne d'une décompensation psychopathologique



Comment aborder le vécu du patient douloureux

Place de l'Evaluation

Du côté soignant :

- Croire le patient et le lui montrer ;
- Avoir un repère objectivable et utiliser ce support pour le travail d'alliance ;
- Organiser et fixer des objectifs communs : devenir partenaire ;
- Parvenir à discriminer / prioriser les difficultés.

Du côté patient :

- C'est être pris au sérieux ;
- Croire en la réalité de sa douleur ;
- Doser ses attentes, travailler ses déceptions, définir les efforts à fournir ;

**Pour au final créer un climat de confiance et d'alliance et
l'ouvrir vers des possibles**

L'Évaluation psychologique

- **Approche pluridisciplinaire d'où l'intégration et la prise en compte du « substrat » psychologique dans la prise en charge du patient**
- **L'interprétation psychopathologique est reliée à la plainte douloureuse du patient**
- **Le but premier des entretiens psychologiques : aider le patient à établir des liens**

Enjeux dans la rencontre : le symptôme douloureux chronique

- Entendre la douleur du sujet dans sa légitimité sans la juger
- Pouvoir identifier les réactions engendrées par le comportement du patient chez le soignant : mise à l'épreuve de la vocation première qui est de soigner le malade !
- Plainte ancienne et répétitive qui use la relation : risque dans le contre-transfert de passage à l'acte !!!
- Patient à soutenir dans le décodage de sa plainte douloureuse au travers du processus d'élaboration et à décrypter dans le lien transférentiel aux soins
- Risque de négliger le sens de cette plainte dans une priorisation intempestive de soulagement au risque de faire disparaître le symptôme et de le voir réapparaître

Conclusion

« *Ce n'est pas le corps qui souffre, mais l'individu en son entier. La douleur est d'abord un fait d'existence* » D. Lebreton

Langage de la douleur à écouter sur un mode verbal et non verbal

Dimension relationnelle / mode d'interpellation / adressé à qui ?

Plainte douloureuse à entendre comme un phénomène intrasubjectif et intersubjectif

Travail pluridisciplinaire de longue haleine et de décloisonnement des partenaires associés qui jalonnent le parcours de soin