

La douleur, point de vue d'un psy !

Pr Zouhair EL HECHMI

INTRODUCTION

La douleur est à la fois un phénomène commun et complexe. Commun, en ce sens que chacun de nous a vécu une certaine expérience d'une douleur plus ou moins prolongée et qui aurait nécessité parfois le recours à une aide médicalisée. Complexe parce que la douleur comporte quatre composantes. La composante sensorielle : la douleur proprement dite, la composante cognitive, intellectuelle qui permet de prendre conscience, comprendre et interpréter la sensation en tant que douleur, la composante affective ou émotionnelle qui charge le vécu de sa tonalité désagréable et la composante comportementale qui constitue l'ensemble des comportements, gestes, attitudes en rapport avec cette douleur. Les trois dernières composantes relèvent de l'aspect psycho-intellectuelle de la personne souffrante.

La douleur est constamment renouvelée dans son intensité et son expression et, n'est pratiquement jamais la même pour deux personnes qui sont supposées avoir les mêmes lésions causales. A y faire attention, cette douleur serait même changeante d'un instant à l'autre chez la même personne et se répète toujours différente et multiple dans ses différentes composantes. Elle confirme par cet aspect caméléon toute la difficulté de son évaluation et de son traitement.

La douleur s'inscrit dans l'unité somatopsychique de l'homme en associant les versants somatiques et psychiques. Ces deux versants sont intimement interdépendants. C'est une forme de communication primitive, une expression du corps souffrant à travers un langage qui précède la parole, un proto-langage. Cette alarme traduit une demande d'aide formulée à quelqu'un et exprime une détresse.

L'expression de cette détresse est nécessairement subjective en ce qu'elle est une expression d'une souffrance corporelle intime. Cette subjectivité dépend de l'âge, elle est plus importante et expressive chez l'enfant, particulièrement anxiogène chez la personne âgée, par exemple. La femme est plus sensible, l'homme moins tolérant. Cette subjectivité dépend du caractère de la personne souffrante mais aussi des expériences antérieures et du contenu d'une mémoire algique. Le contexte psycho-affectif est également déterminant et, une douleur sur le champ de bataille ne ressemble pas nécessairement à la douleur d'un accident de la voie publique.

Face à cette subjectivité, l'approche médicale en tant qu'elle se veut objective, cherche à délimiter l'espace de la douleur, à la visualiser s'il le faut, à chercher la lésion causale et à traiter cause et effets.

Pour le malade, la douleur est expression intime qui renvoie à une compréhension culturelle. Elle est souvent, sous nos cieux, une douleur – persécution, un mauvais œil, une magie de jaloux et d'envieux. Dans la culture judéo-chrétienne elle prend parfois sens dans la faute et la culpabilité. Elle est alors punition. Pour les méditerranéens, elle est un grand appel d'aide à la famille voire à la communauté, conçue dans un spectacle quelques fois théâtral.

Par contre, la douleur est bannie du vocabulaire des Baribas, ces habitants du Nord du Bénin et du Nigéria. Un pur Bariba n'a jamais de douleur, même dans l'enfantement.

Cette douleur va du versant le plus psychique au versant presque exclusivement somatique. Elle s'échelonne de la douleur psychogène, à la fibromyalgie puis à la douleur somatique qui comporte un versant psychique plus ou moins important.

1. La douleur morale

La douleur morale est une souffrance intérieure aussi violente que la douleur somatique la plus vive et, nombre de mélancoliques préfèrent, s'ils avaient le choix, avoir une douleur somatique, même violente. Cette douleur s'accompagne de tristesse et de culpabilité dont, parfois, la seule issue n'est retrouvée que dans le suicide.

2. La douleur psychogène : le trouble douloureux

La douleur est nécessairement au centre du tableau clinique du trouble douloureux selon la classification américaine. Cette douleur est assez intense et nécessite un examen somatique voire des avis spécialisés et exploratoires. C'est une douleur qui altère toujours le fonctionnement social, professionnel et personnel de la personne malade.

Cette douleur est réelle. Les patients insistent pour convaincre certains thérapeutes récalcitrants. En réalité, cette douleur est telle qu'elle altère de manière significative le fonctionnement du malade.

Dans le trouble douloureux, les facteurs psychologiques jouent un rôle dans le déclenchement de la symptomatologie, dans son intensité et son aggravation ainsi que dans sa persistance.

Le trouble psychogène renvoie à des étiologies psychiatriques multiples. Dans la névrose hystérique, la douleur constitue une conversion, c'est-à-dire un mauvais compromis d'un conflit inconscient qui s'exprime dans l'apparent du symptôme. La douleur dans les névroses post-traumatiques, faisant suite à des accidents de toutes sortes, inscrit dans le corps douloureux la trace mnésique indélébile de l'événement qui a menacé l'existence. Elle cherche à être reconnue et indemnisée. La douleur dans les obsessions, elle-même obsédante, se fixe et se ritualise faisant corps avec la névrose. La douleur phobique, en tant que peur anticipatoire de la douleur, survient avant même son apparition. La douleur accompagne également les attaques de panique comme pour entretenir l'angoisse aiguë. La douleur chez le paranoïaque est une douleur habituellement prolongée, est très souvent raison de revendication. Le persécuteur, un médecin ou un chirurgien quelques fois, est accusé et est objet de procès ou de menaces plus sévères...délirantes.

Parmi ces étiologies, les états dépressifs occupent une place de choix. Quand on ne connaît pas les mots qui expriment la souffrance, la dépression s'exprime sous le masque de la douleur. Ces dépressions masquées sont de moins en moins fréquentes probablement à cause d'une meilleure verbalisation notamment chez les jeunes qui ont eu accès à l'enseignement et à une plus grande liberté d'expression de leurs affects. Les tableaux cliniques comportent une note endogène suspectée par l'aggravation matinale des signes.

3. La fibromyalgie

La fibromyalgie est une douleur musculo-tendineuse assez fréquente (prévalence de 2%) notamment chez la femme. Le tableau clinique comporte également des manifestations somatoformes multiples fort évocatrices de la composante anxieuse. L'aggravation de la symptomatologie est dépendante de facteurs psychologiques et climatiques (humidité, température). Les psychothérapies apportent peu de satisfaction et restent limitées dans beaucoup de cas aux relaxations.

4. La douleur somatique

La co-morbidité entre douleurs somatiques et troubles psychiques est très fréquente. L'anxiété accompagne pratiquement toutes les douleurs aiguës. Il est quelques fois difficile de faire le diagnostic entre une attaque de panique et un authentique infarctus du myocarde ou un début de dissection aortique. La douleur a ici une fonction d'alarme et est salvatrice.

La douleur prolongée s'accompagne dans près de la moitié des cas d'un état dépressif. Cette douleur a perdu sa fonction d'alarme et évolue, en quelque sorte, pour son propre compte.

L'évaluation de la composante anxio-dépressive des douleurs somatiques durables est obligatoire. Elle se fait sur l'échelle « hospital anxiety and depression scale » qui a été validée en langue française mais qui n'a pas été encore validée en population tunisienne. Il importe également d'évaluer le retentissement de la douleur sur le comportement du patient, son adaptation à la vie socio-familiale et de fixer ainsi le degré de handicap résultant de la douleur. La douleur prolongée agit comme un facteur de stress épuisant et déclenche la dépression. La dépression est non seulement fréquente dans ces cas, mais elle établit, en plus, un cercle vicieux avec la douleur. Ainsi douleur et dépression s'entretiennent l'une l'autre en s'aggravant mutuellement au fil du temps.

Ailleurs, dans certains cas, le terrain dépressif précède et fait le lit de la douleur durable. Ce sont, en quelque sorte, des « dépressions couvées » qui évoluent à bas bruit dans un contexte de pathologies du lien (décès, divorce, retraite, départ ...) et dont le deuil n'a pas été résolu.

La douleur physique vient démasquer alors la dépression. Douleur et dépression entrent ensuite dans un processus qui évolue pour son propre compte, quasi indépendamment de la lésion causale initiale, recréant le cercle vicieux.

LES PSYCHOTHERAPIES

Les psychothérapies constituent un des éléments de l'arsenal thérapeutique.

Selon les documents de référence de l'American Psychiatric Association toutes les psychothérapies relèvent en définitive de deux grandes théories : la théorie psychodynamique et la théorie de l'apprentissage.

L'utilisation de plusieurs techniques simultanément est habituelle dans le traitement de la douleur (approche éclectique). La multiplicité des techniques traduit les difficultés à traiter la douleur.

Les psychothérapies utilisent plusieurs moyens : la relaxation musculaire, la défocalisation pour décentrer du symptôme douloureux, l'élaboration d'un comportement de coping pour « faire face » à la douleur et « faire avec » la douleur, la résolution des fausses idées (cognitions défavorables), l'analyse des conflits en aidant à la résolution des problèmes, et soutenir le travail de deuil. Les psychothérapies sont individuelles, peuvent se faire en groupe sans jamais oublier d'impliquer l'entourage du patient.

Les deux principales techniques utilisées sont les techniques de relaxation et les thérapies cognitivo-comportementales. Les psychothérapies psychanalytiques sont limitées à des indications restreintes tandis que les psychothérapies de soutien et l'information sont utilisées dans tous les cas et leur apport est loin d'être négligeable. L'hypnose nécessite l'adhésion totale du patient alors que l'art thérapie et les thérapies systémiques sont peu utilisés dans la pratique des traitements des douleurs.

Quelques règles générales sont utilisées de manière éclectique. L'information du patient est importante parce qu'elle ferme la voie aux craintes « catastrophiques » en rapport avec le mauvais pronostic imaginé par certains patients. Il faudrait également favoriser l'auto-observation du patient qui lui permet de découvrir et prendre conscience des facteurs psychiques et environnementaux qui augmentent ou diminuent sa douleur. Il est également utile de diriger l'attention sur les perceptions agréables et sur les activités qui font plaisir et notamment les activités physiques.

Pour qu'une psychothérapie, quelle que soit sa technique, ait des chances d'aboutir, deux conditions sont nécessaires. Le patient doit adhérer à cette psychothérapie et doit participer activement aux soins.

Le thérapeute, lui, doit disposer d'assez de temps et de disponibilité pour entamer cette prise en charge. Il doit disposer également de certaines qualités personnelles comme la capacité d'empathie et de compréhension, une abnégation et une certaine humilité qui lui

permettent de renoncer à un « idéal guérisseur ». Il doit se garder de tout affrontement avec le syndrome douloureux pour ne pas tout perdre d'avance.

1. Les thérapies psycho-dynamiques

Elles sont limitées habituellement aux névroses et en particulier aux névroses hystériques. La douleur en tant que conversion d'un conflit psychique en un symptôme somatique est abordée dans le sens d'un mauvais compromis des conflits. La thérapie, par la prise de conscience qu'elle permet, favorise la résolution des conflits. Reste que la douleur s'inscrit beaucoup plus souvent dans des organisations psychosomatiques qui sont plus archaïques que les névroses. La « relation blanche », traduction du fonctionnement opératoire, ne permet pas l'accès à la métaphore et aux expressions symboliques qui sont habituellement nécessaires aux thérapies psychodynamiques.

2. La relaxation

La relaxation est la plus utilisée et la plus facile des techniques. Elle donne de relatifs bons résultats sauf, peut être, dans les douleurs aiguës. Elle est bien acceptée par les patients qui refusent, pour des raisons multiples, une aide psychologique. La relaxation inhibe l'anxiété et permet une détente musculaire qui réduit la douleur de tension. Trois techniques sont utilisées : la méthode de Jackobson, le training autogène de Schultz et le biofeedback

3. L'hypnose

L'hypnose nécessite l'adhésion du patient. Elle crée un état de conscience modifié et transitoire au cours duquel les suggestions thérapeutiques sont faites. Pour certains patients, l'apprentissage de l'autohypnose est possible ce qui leur permet de continuer la thérapie avec une certaine autonomie.

4. Les thérapies cognitivo-comportementales

Au fait, les vrais progrès ont été apportés par les thérapies cognitivo-comportementales qui améliorent le vécu de la douleur, l'adaptation cognitive et l'expression comportementale de la douleur.

Il faut rappeler qu'elles n'améliorent pas la douleur elle-même et qu'elles n'agissent que sur les composantes psycho-affectives et comportementales.

Il a été démontré qu'elles sont plus efficaces que d'autres psychothérapies comme la relaxation ou les thérapies comportementales simples.

Cependant, elles sont limitées aux patients non évitants, ceux qui ne sont pas « passifs » face à la douleur et ceux qui pensent que la solution ne peut être apportée que de « l'extérieur » (médecins, médicaments, chirurgie etc.). Les meilleurs résultats sont obtenus avec les patients qui acceptent le statut de douloureux chronique et dont le degré de handicap n'est pas lié nécessairement à l'intensité ou à la gravité de la douleur.

Une partie essentielle de cette thérapie concerne le traitement des distorsions cognitives qui sont au fait des « erreurs » d'appréciation et de raisonnement. Ce sont des inquiétudes, une dramatisation avec amplification ou une résignation avec un sentiment d'impuissance et une conviction d'être « malade ». Ces patients ont souvent des difficultés pour comprendre et interpréter les faits et les idées qui concernent la douleur.

Ils entretiennent ainsi des convictions erronées comme dans le renforcement négatif « quand j'ai mal, les mauvaises choses n'arrivent pas alors qu'elles arriveraient autrement » ou dans le renforcement positif « les bonnes choses arrivent quand j'ai mal et n'arrivent pas autrement »

Les objectifs de la thérapie cognitivo-comportementale sont de permettre une meilleure affirmation de soi, de modifier de manière positive les comportements en favorisant

les activités, de modifier les pensées négatives et erronées, et d'augmenter les capacités de résolutions des problèmes.

CONCLUSION

L'apport psychothérapeutique dans le traitement des douleurs s'inscrit nécessairement dans un travail d'équipe médicale pluridisciplinaire. Cet apport, bien que important, reste actuellement limité essentiellement à la modification des composantes affectives, cognitives et comportementales. Ces psychothérapies utilisent plusieurs techniques dans une approche qui se veut éclectique, traduisant les difficultés à gérer le symptôme le plus subjectif de tous les symptômes somatiques.

Hippocrate disait, il y a bien longtemps, que « soulager la douleur est une chose divine ». Hippocrate voulait dire que la douleur était l'affaire des dieux. Heureusement que certains de ses élèves l'ont mal compris et, qu'ils ont continué à traiter la douleur en pensant qu'ils étaient divins.