



Traumatisme et douleur chronique : échos et amplifications des souffrances physiques et psychiques

Rev Med Suisse 2015; 11: 1395-9

C. Delli Noci
C. Berna

Trauma and chronic pain: echoes and amplifications of physical and emotional suffering

Chronic pain often presents following a traumatic event, or alternatively, patients attribute pain to a trauma, whether this link is established or not. The psychological impact of trauma can significantly complicate the treatment of chronic pain. This article aims to review the known interactions between trauma and chronic pain. Following this review, it discusses therapeutic avenues suited to these complex situations, underlining the specific contributions of the different members of a multidisciplinary team.

Fréquemment, les douleurs chroniques s'installent à la suite d'un traumatisme, ou sont attribuées par le patient à un événement traumatique, que ce lien soit établi ou non. Un contexte traumatique peut avoir un impact psychologique compliquant la prise en charge de la douleur. Cet article propose de revoir les interactions connues entre traumatisme et douleur chronique, ainsi que des considérations thérapeutiques particulières à ces situations complexes, en soulignant les apports spécifiques des différents membres d'une équipe multidisciplinaire.

INTRODUCTION

Cas clinique

Monsieur Z. est un jeune homme de 27 ans, sans antécédents médicaux marquants, qui suite à un accident du travail il y a deux ans, a subi une amputation partielle du pied.

Depuis, il se plaint de douleurs, d'abord localisées dans le pied amputé, puis diffuses, migrantes (tête, bras, jambes, dos, etc.) et peu différenciées. De multiples investigations et traitements s'ensuivent, sans aucune amélioration appréciable. Le patient manifeste progressivement une souffrance psychique réactionnelle caractérisée par des sentiments de tristesse, de désespoir, de colère et d'impuissance. Avant son accident, Monsieur Z. était un jeune homme en pleine forme physique, actif professionnellement et plein de projets d'avenir. A ce stade, l'équipe médicale perd patience et espoir.

Une réalité fréquente dans le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques est illustrée par cette brève vignette clinique : la douleur peut commencer suite à un traumatisme, ou être attribuée par le sujet à un événement traumatique (tableau 1), que ce lien soit établi ou non. Au-delà de séquelles physiques, un événement traumatique peut avoir un impact psychologique compliquant la prise en charge de la douleur.¹ Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) en est la conséquence psychologique extrême, heureusement seulement présent chez une minorité des patients exposés à ce type d'événement. Cependant, tous ont vécu une réaction psychobiologique de stress impliquant des cascades neuro-humorales et des défenses psychologiques qui peuvent laisser des séquelles.

Dans cet article intégrant les visions complémentaires d'un psychiatre-psychothérapeute et d'une algologue neuroscientifique, nous proposons de revoir les interactions connues entre traumatisme et douleur chronique. La présentation de découvertes récentes du champ neurocognitif sera suivie par des considérations psychothérapeutiques d'inspiration psychodynamique. Finalement, des approches thérapeutiques spécifiques à ces situations complexes sont suggérées par les deux auteurs.

STRESS, TRAUMATISME, DOULEUR ET MÉMOIRE

Le stress peut avoir des effets délétères sur la santé au travers de la pression qu'il place sur les capacités adaptatives des sujets. En effet, lorsque le stress se



Tableau 1. Définitions

Événements traumatiques

Un événement qui peut être majeur, de sorte que la personne craint pour sa vie ou son intégrité physique, ou relativement mineur, comme un accident ou une procédure chirurgicale considérée comme banale par le corps médical. L'essentiel est la portée subjective de l'expérience dans la vie du sujet, comment l'événement s'inscrit dans sa construction psychique. Ceci peut être amplifié, par exemple par un effet de rappel d'un traumatisme antérieur peu élaboré ou par une sensation intense de perte de contrôle et d'impuissance durant l'événement²¹

Résumé des critères de l'état de stress post-traumatique (ICD-10 F43.2)

- Réponse différée/prolongée (symptômes de détresse) à une situation/ un événement stressant de courte ou longue durée survenant dans les six mois suivant l'événement stressant
- Intrusions envahissantes et angoissantes, cauchemars répétitifs
- Evitement en pensées ou en actions de rappels de l'événement traumatique
- *Hyperactivation neurovégétative*: irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, insomnie
- *Emotions*: colère, anxiété, dépression

Syndrome douloureux somatoforme persistant ICD-10 F45.4

La plainte essentielle concerne une douleur intense et persistant depuis plus de six mois, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble

Charge allostatique

Résultat des efforts investis pour faire face à différentes contraintes (stress) et permettant de maintenir un système dans un état d'homéostasie, c'est-à-dire d'équilibre physiologique

Rôle de «Moi auxiliaire»

Initialement décrit dans le contexte de la psychothérapie, ce concept transpose certains aspects de la fonction maternelle sur le soignant, accompagnant le patient dans une prise de conscience progressive de son fonctionnement psychique. Ce rôle inclut les aspects de *holding* et de *mentalisation*²²

Holding

Entend un accompagnement bienveillant du patient, centré sur comprendre et répondre à ses besoins, et maintenu constant sur le long terme, envers et contre tout²²

Mentalisation

Prise de conscience ou représentation intellectuelle de phénomènes, par exemple de perceptions physiques ou d'émotions²²

Alexithymique

Relatif à la difficulté à exprimer ses sentiments, ses émotions²⁶

prolonge ou se répète, ces mécanismes adaptatifs, nécessaires à la survie dans une situation de crise aiguë, ont un coût pour l'individu, aussi appelé charge allostatique, qui peut prédisposer à des pathologies somatiques (tableau 1).² Ainsi, le stress intense et/ou persistant semble prédisposer à la douleur chronique,³⁻⁵ voire à des syndromes douloureux spécifiques comme la fibromyalgie.⁶ Dans cette perspective, PTSD et douleur chronique sont joints par un terrain de charge allostatique élevée. Une vulnérabilité individuelle avec une réponse exagérée au stress, en lien avec des composantes génétiques, développementales ou environnementales, pourrait y être associée.⁷ Du point de vue psychique, l'épisode traumatique et la confrontation à des moments de détresse prolongés agiraient comme un *trigger*, déclenchant avec la maladie une bascule vers l'impossibilité du patient à répondre à des situations de stress subséquentes, d'où une capacité d'adaptation irrémédiablement compromise.

Structures cérébrales au centre de la chronicisation de la douleur et de la pérennisation du traumatisme

Des processus altérés de mémorisation semblent contribuer tant au PTSD qu'à la chronicisation de la douleur⁸ et pourraient avoir un rôle-clé dans l'interaction des deux pathologies. Le PTSD est marqué par une réponse exagérée de l'amygdale, sous-tendant une acquisition excessive d'associations et de réponses à la peur; une dysfonction du cortex frontal qui empêcherait l'extinction de la mémoire de la peur (c'est-à-dire l'effacement – normal – de la réponse conditionnée à un stimulus effrayant par un nouvel apprentissage); et par une dysfonction de l'hippocampe qui pourrait expliquer un défaut d'évaluation de contextes de sécurité.¹ L'amygdale, le cortex préfrontal et l'hippocampe sont des aires cérébrales fortement impliquées dans la composante émotionnelle de la douleur (nociception et modulation).⁹ De plus, et similairement aux intrusions et flashbacks du PTSD, la présence de pensées intrusives sous forme d'images liées à la douleur a été décrite chez des patients souffrant de douleurs chroniques.¹⁰

Interactions entre traumatisme et douleur, observations cliniques

Une forte comorbidité entre PTSD et douleur chronique a été relevée par de nombreuses études.¹ Par ailleurs, lors d'un PTSD, la prévalence de troubles de somatisation (tableau 1) est élevée.¹¹ Une interaction saisissante des deux problématiques a été identifiée lorsque les flashbacks du PTSD se manifestent sous forme de sensations douloureuses, décrites en particulier à la suite de réveils peropératoires ou chez une victime d'attentat terroriste.^{12,13}

Une fois installés, certains signes et symptômes du PTSD, comme l'hyperactivation neurovégétative, les comportements d'évitement, les biais d'attention et l'émoussement affectif pourraient participer à maintenir la douleur en diminuant le seuil nociceptif, en favorisant l'inactivité, ou en augmentant les tensions musculaires.^{14,15} D'autre part, la douleur elle-même peut mener à une hypervigilance, des pensées catastrophisantes, des comportements d'évitement qui participeront aux symptômes du PTSD.^{16,17}

Interactions entre traumatisme et douleur, complexité diagnostique

Le spectre diagnostique psychiatrique qui en résulte n'est pas facile à reconnaître car il existe un chevauchement entre les manifestations cliniques du PTSD, du syndrome douloureux somatoforme persistant, mais aussi de l'état dépressif (qui représente par ailleurs une des comorbidités les plus fréquentes).¹⁸ Bien qu'il soit fondamental de distinguer avec rigueur et précision entre ces différentes catégories diagnostiques, il est aussi très important pour le soignant de comprendre ce qui les relie dans la dimension clinique: la place de l'expérience traumatique chez le sujet et sa façon d'y faire face. Douleur et traumatisme constituent deux expressions interchangeable témoignant de la dimension existentielle du symptôme et spécifiant la relation de l'individu avec le monde.¹⁹ Dans ce sens, «j'ai mal partout» devient l'expression d'une douleur qui est représentative d'«être mal» plutôt que d'«avoir mal»: le sujet introduit



souvent la dimension traumatique de la perte de soi. On observe chez les patients une certaine pétrification de leur capacité à donner un sens (autre que la douleur) à l'expérience traumatique, ainsi que de l'aspect temporel (temps éternel), avec des modifications très lentes au cours du temps.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES LORSQUE TRAUMA ET DOULEUR INTERAGISSENT

Que peuvent faire les somaticiens?

Une tentation fréquente devant la complexité est de vouloir diviser: prendre en charge la douleur chronique et laisser tout aspect psychologique au psychiatre. Or, le praticien qui veut se limiter à la prise en charge des aspects somatiques d'une douleur chronique se réfère à une séparation corps-esprit dualiste, qui rendra difficile la compréhension globale de la souffrance du patient, et notamment des interactions entre les différents aspects de celle-ci.²⁰

Il est important de favoriser la création d'une alliance thérapeutique, fondée sur une reconnaissance de la plainte somatique et une écoute respectueuse de celle-ci. La pratique de cette reconnaissance ne peut pas se limiter à être un exercice rhétorique de la part du médecin: elle doit se baser sur une compréhension profonde de la souffrance du sujet. Dans ce contexte, d'éventuelles attributions de la douleur à un événement traumatique peuvent être explorées et légitimées en tenant compte de l'aspect subjectif du traumatisme.²¹ Dans certains cas, cette discussion permettra au patient de progressivement identifier des distorsions cognitives et de les corriger à travers, par exemple, de la lecture commune et participative du dossier médical. Dans d'autres cas, grâce à cette relation de confiance, un travail de mentalisation plus lent et complexe du trauma pourra prendre place, permettant au patient de donner un sens à son expérience.

Au sein d'une telle relation thérapeutique, qui a entre autres la fonction de «tenir» le sujet (*holding*) au cours du temps, le patient pourra se focaliser moins sur un langage du corps, et trouver des mots pour les différents aspects et enjeux de sa souffrance. L'intervention d'un psychiatre, souvent refusée initialement (surtout si comprise comme une alternative définitive à une prise en charge somatique), pourra s'inscrire dans une perspective de compréhension globale de la plainte. En parallèle, le patient pourra être accompagné au travers de réminiscences et de nouveaux événements qui auraient le potentiel d'être vécus comme des répétitions traumatiques: exacerbations douloureuses – spontanées ou liées à des gestes interventionnels –, interactions conflictuelles avec le système de soins, événements de vie. Dans cette perspective, le somaticien assurera le rôle de «Moi auxiliaire», soit un rôle parental rassurant et structurant, gardant constamment une attention bienveillante et respectueuse aux besoins du patient.²²

Maintenir cette relation bienveillante à long terme et garder la juste distance avec le symptôme (inclus, mais sans focalisation) sont les difficultés centrales pour les praticiens, qui peuvent être mis à rude épreuve par de fortes sensations d'impuissance et des interactions parfois tendues.²²

Une formulation structurée du cas, incluant les facteurs prédisposants, précipitants, perpétuants et protecteurs, associée à l'établissement d'objectifs concrets (par exemple, amélioration de la condition physique à travers de la physiothérapie, apprentissage de nouvelles techniques de gestion du stress via la méditation) peuvent aider le praticien à garder le cap.¹⁷

Que peuvent faire les psychiatres?

Le patient affecté par une symptomatologie douloureuse exprime souvent initialement son incompréhension par rapport à une consultation psychiatrique, car la souffrance «est dans le corps, dans un nerf coincé» et pas dans «la tête». Comme s'il soulignait de «n'être pas fou», que cette plainte est là pour des raisons concrètes, servant à le protéger d'une dérive de plus vaste proportion. Le patient a raison de se défendre d'une telle manière, qui surgit surtout quand le lien vers la consultation psychiatrique n'a pas été suffisamment travaillé.

Le psychiatre doit donc prêter une grande attention à la dimension corporelle de la plainte, aux mots qui la déclinent et aux signes qui l'accompagnent. Il s'agit, au cabinet du psychiatre, d'une clinique du réel, du corps qui parle et qui porte les traces physiques et psychiques du traumatisme dont la douleur devient en quelque manière l'expression identitaire principale et la «monnaie d'échange».²³ Il s'agit par exemple de l'impossibilité à dire, à penser, à associer. Ceci configure la sidération alexithymique du traumatisme.²⁴ Qu'il s'agisse de la douleur inexplicable ou de l'effraction chronique du trauma, dans les deux cas, c'est aussi le réel en tant que corps qui est en jeu et qui oriente la prise en charge psychothérapeutique.

Un des objectifs principaux de la prise en charge psychiatrique est de bien identifier cette modalité défensive du sujet qui l'oblige à garder un rapport inconditionné et absolu avec la «vérité». Cette position est souvent soutenue par une science porteuse d'une rhétorique de promesse résolutive, attendue par le patient comme un Godot qui n'arrivera jamais. Puis, il s'agit de comprendre et de favoriser la mobilisation de ces défenses, restituant une dignité à un discours, celui du patient, qui nécessite un espace relationnel pour être «reconstruit, suturé». Il s'agira alors d'identifier et d'opérer avec le patient des sutures non seulement du corps, mais autant que possible de favoriser aussi l'instauration de liens, d'aider le sujet dans l'écriture de son discours qui par définition est fragmenté, coupé, traumatisé.²⁵

Rôle de la multidisciplinarité

En général, la prise en charge de la douleur bénéficie d'une approche multidisciplinaire,^{20,22} et ceci est particulièrement important dans un contexte de vécu traumatique. Comme pour la reconnaissance de la plainte, la multidisciplinarité ne peut être limitée à une rhétorique, un réel partage des diverses compétences doit avoir lieu. A travers des colloques interdisciplinaires et des consultations conjointes (d'investigation et de restitution au patient), une réflexion commune et une convergence vers une vision holistique du patient et de la plainte peuvent prendre place. Ceci permettra non seulement d'évaluer et de proposer des options



psychothérapeutiques, pharmacologiques, de physiothérapie, en groupe, etc., mais aussi de symboliser une alternative au clivage somato-psychique qui conditionne la souffrance du patient et qui reste souvent un réflexe de la pratique médicale.

Discussion de l'évolution du cas clinique

Nous avons pu mettre en place une prise en charge psychiatrique intégrée aux soins du corps, avec des séances conjointes somaticien-psychiatre à différents moments-clés. Au cours de l'investigation, le patient a été diagnostiqué avec un PTSD et un trouble dépressif moyen. Le discours du patient, marqué par la persistance de la symptomatologie douloureuse et focalisé sur l'accident initial, témoigne d'une pétrification temporelle. Cette douleur évoque le drame d'un deuil impossible, d'une insondable perte de soi, d'une immobilité physique et psychique. En même temps, elle devient aussi l'instrument relationnel principal et le substitut d'une identité déjà fragile. La maladie s'installe chez un patient confronté depuis son enfance à la privation, à des carences importantes dans les relations fondamentales et à une expérience difficile de migration qui ont eu un impact majeur sur la fibre narcissique du sujet et sur ses capacités à faire face au réel et plus spécifiquement aux sources de stress.

Au fil du temps, une alliance thérapeutique efficace a pu prendre place. Le patient a pu investir un lieu de soins, lui permettant dans un premier temps de reconnaître sa condition existentielle avec ses répercussions sociales, puis aussi de construire des ponts et restituer sens à l'expérience et à la fonction du symptôme. Actuellement, à quatre ans du traumatisme, la douleur est toujours présente, mais le patient a constaté la réapparition de désirs et d'un plus grand degré de liberté de choix, faisant aussi preuve d'une compréhension plus profonde et intime de sa douleur.

Remerciements

Les auteurs remercient les Prs Isabelle Décosterd, Anne-Françoise Allaz et Frédéric Stiefel pour leur relecture attentive et leurs précieux commentaires.

Conflit d'intérêts

Chantal Berna est au bénéfice d'une bourse Advanced Post-doc Mobility du Fonds national suisse de la recherche scientifique (P3SMP3-151710/1). Le second auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > Lorsque des douleurs chroniques ont commencé dans un contexte traumatique ou sont attribuées à un traumatisme, il est important de considérer d'éventuelles répercussions psychologiques de ce traumatisme et leurs possibles interférences avec le traitement de la douleur
- > Des événements d'allure anodine peuvent être traumatisants. Le traumatisme est un vécu subjectif qui ne peut être banalisé
- > Les somaticiens ont le rôle important de créer et maintenir une relation à long terme, servant de «Moi auxiliaire» pour le patient et pouvant contribuer à rendre l'intervention d'un psychiatre acceptable
- > Les psychiatres viseront à identifier, comprendre et mobiliser les défenses du patient, favorisant l'établissement de liens de sens dans une histoire fracturée
- > L'approche interdisciplinaire avec des colloques et des consultations conjointes sera favorisée

Adresses

Dr Carlo Delli Noci et Chantal Berna
Centre d'antalgie
Service d'anesthésiologie
Service de psychiatrie de liaison (CDN)
Département de psychiatrie
CHUV, 1011 Lausanne
carlo.delli-noci@chuv.ch
chantal.berna-renella@chuv.ch

Martinos Center for Biomedical Imaging (CB)
Department of Psychiatry
Massachusetts General Hospital
Harvard Medical School, Boston, MA USA
Cberna-renella@mgh.harvard.edu

Bibliographie

- 1 McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry* 2010;9:3-10.
- 2 McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med* 1993; 153:2093-101.
- 3 Van Houdenhove B, Luyten P. Beyond dualism: The role of life stress in chronic pain. *Pain* 2005;113:238-9; discussion 240-2.
- 4 Van Houdenhove B. Psychosocial stress and chronic pain. *Eur J Pain* 2000;4:225-8.
- 5 McFarlane AC. Stress-related musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:549-65.
- 6 Van Houdenhove B, Egle UT. Fibromyalgia: A stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychother Psychosom* 2004;73:267-75.
- 7 Stam R. PTSD and stress sensitisation: A tale of brain and body Part I: human studies. *Neurosci Bio-behav Rev* 2007;31:530-57.
- 8 Apkarian AV, Baliki MN, Geha PY. Towards a theory of chronic pain. *Prog Neurobiol* 2009;87:81-97.
- 9 * Berna C, Desmeules J. Modulation cognitive et émotionnelle de la douleur: mécanismes de certaines approches cliniques révélés par les neurosciences. *Rev Med Suisse* 2009;5:1352-5.
- 10 Berna C, Tracey I, Holmes EA. How a better understanding of spontaneous mental imagery linked to pain could enhance imagery-based therapy in chronic pain. *J Exp Psychopathol* 2012;3:258-73.
- 11 van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996;153(Suppl. 7):83-93.
- 12 Whalley MG, Farmer E, Brewin CR. Pain flashbacks following the July 7th 2005 London bombings. *Pain* 2007;132:332-6.
- 13 Salomons TV, Osterman JE, Gagliese L, et al. Pain flashbacks in posttraumatic stress disorder. *Clin J Pain* 2004;20:83-7.
- 14 Asmundson GJG, Coons MJ, Taylor S, et al. PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry* 2002;47:930-7.
- 15 Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clin Psychol Rev* 2001;21:857-77.
- 16 Liedl A, O'Donnell M, Creamer M, et al. Support for the mutual maintenance of pain and post-traumatic stress disorder symptoms. *Psychol Med* 2010;40:1215-23.
- 17 Asmundson GJG, Hadjistavropoulos HD. Addressing shared vulnerability for comorbid PTSD and chronic pain: A cognitive-behavioral perspective. *Cogn Behav Pract* 2006;13:8-16.
- 18 Reme SE, Lie SA, Eriksen HR. Are 2 questions



enough to screen for depression and anxiety in patients with chronic low back pain? Spine 2014;39:E455-62.

19 Le Breton D. Some relations between pain and identity. Rev Med Suisse Romande 1999;119:259-64.

20 ** Allaz AF, Piguat V, Desmeules J, et al. Bénéfices d'une approche conjointe somaticien-psychiatre dans une consultation de la douleur. Doual Analg 1998;11:87-90.

21 * Allaz AF, Luthy C, Piguat V, et al. Douleurs rebelles et ébranlements traumatiques. Doual Analg 2004;17:

67-9.

22 ** Verdu B, Ludwig G, Rousselle I, et al. La fonction de Moi auxiliaire dans la prise en charge des douloureux chroniques. Rev Med Suisse 2009;5:356-9.

23 Breton DL. Anthropologie de la douleur. Paris: Métailié, 2006.

24 Yehuda R, Steiner A, Kahana B, et al. Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. J Trauma Stress 1997;10:93-100.

25 * Delli Noci C, Barras V, Stiefel F. De l'invalide à

l'adunatos: 1 réflexions sur l'invalidité et le trouble somatoforme douloureux. Rev Med Suisse 2013;9:365-8.

26 Nemiah J, Sifneos P. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill OW, ed. Modern trends in psychosomatic medicine. Boston: Butterworth, 1970:126.

* **à lire**

** **à lire absolument**