

Quand la douleur est un traumatisme en soi

N.houhat psychiatre CHU Mustapha

T.Benatmane chef de service de psychiatrie
CHU Mustapha

Introduction



LES PATIENTS DOULOUREUX
CHRONIQUES QUI ONT SOLlicitÉ
NOTRE AIDE POUR LES SOULAGER DE
LEUR SOUFFRANCE, NOUS ONT
PERMIS À TRAVERS LEUR PRISE EN
CHARGE DE DÉCOUVRIR QUE LES
LIENS ENTRE TRAUMATISME ET
DOULEUR CHRONIQUE SONT
CLASSIQUES.

INTRODUCTION



- Bien entendu cette clinique est largement confirmée par la littérature :
- La chronicité de la douleur chronique repose sur 2 mécanismes :
- la durée et la répétition de l'identique.
- le jeu d'alternance entre soulagement et crise douloureuse, entre fond douloureux et paroxysmes qui font appel à un phénomène de répétition.
- On retrouve ce phénomène dans d'autres symptomatologies répétitives comme le PTSD

introduction2



- Dans ce cas la douleur peut révéler à la fois la fracture traumatique du point de vue de l'existence du patient mais également dans le psychisme de ce dernier.
- Enfin la **douleur** peut être elle-même **un traumatisme** pour celui qui la subit et devient chronique là où les **traumatismes anciens ne se sont pas résolus** comme c'est largement illustré à travers les deux cas cliniques que nous avons choisi de vous présenter.

1^{ER} CAS CLINIQUE



- Mr O souffre de douleur chronique au niveau de l'abdomen, douleur diffuse très mal localisée. Elle concerne le colon et parfois d'autres organes.
- pendant une bonne période un traitement dans ce sens est poursuivi dument jusqu'à ce qu'un autre symptôme d'un autre ordre apparaisse, crampes gastriques brulures œsophagiennes etc..
- Sa biographie nous a révéler que le début de la douleur remonte à l'adolescence.
- A l'âge de 14 ans, adossé sur le balcon, toute la famille a quitté la table de la salle à manger ou le repas était servi déjà, alarmé par des coups de feu tiré en l'air. Nous sommes en 1965, c'est le renversement de l'ancien gouvernement par les forces de l'armée.



- Mr O est écroulé par terre, immobilisé par le corps de son frère cadet, atteint par une balle perdue, tirée par le 2eme soldat pour effrayer la foule ; bien sur faisant fi des nombreux voisins tassés sur leurs balcons
- Plus de 20ans sont passées ,ayant tant bien que mal réussi à s'adapter sur le plan socio professionnel croyant que son histoire appartenait au passé, se débrouillant comme il peut et en silence avec son mal être (automédication, alcool...) fier d'avoir réussi ses enfants qui ne connaissent rien de ce sujet tabou.



- Plus de 20 ans après ,voilà qu'il est debout à côté de son meilleur ami ,dans le magasin de ce dernier, qui va recevoir dans quelques secondes une balle en plein thorax ,tiré par un terroriste qui avait pour mission de l'abattre.
- Mr O va recevoir encore une fois , contre lui le corps de son ami mort.
- Et des douleurs abdominales reviennent comme dans le passé perturbant ses nuits.

2eme cas clinique



- Mr x est adressé au pavillon d'urgence de CHU Mustapha le lendemain après l'enterrement de ses 3 amis intimes succombés suite à la déflagration de la bombe du palais du gouvernement.
- Il se plaignait de céphalées intenses et par moment perdait connaissance (tombait mort !).



- Les explorations biologiques et radiologiques faites au P.U sont revenues normales
- Nous entamons avec lui un entretien basé surtout sur l'écoute.
- le discours est centré sur le chagrin inconsolable concernant la perte de ses amis mais surtout le corps déchiqueté d'un de ses copain qu'il a dû lui-même identifier et enterrer.



- Comme il n'a pas dormi depuis plusieurs nuits, nous décidons de le mettre sous sédatif léger, avec des RDV de consultation fixés à des intervalles réguliers et rapprochés.



- Quelques semaines après le patient revient à la consultation se plaignant toujours de **céphalées**, mais aussi d'**évitement** et de **cauchemars** en rapport avec les corps déchiquetés, l'odeur des fumées émanant de la déflagration de la bombe.



- Je rajoute de la sertraline à raison d'un CP /j le patient se sent mieux : diminution des cauchemars, il est toujours en état d'alerte ,se mêle difficilement à la foule,il voit des bombes partout .
- mais surtout il ressent une attaque de panique dès qu'il se rapproche d'un barrage de gendarmerie.
- A ma grande surprise, il me relate un événement plus traumatisant qu'il a subi plusieurs années avant la déflagration de la bombe .



- Devant ce barrage de gendarme ,notre patient a tenté de rentrer en conversation avec l'un d'eux mais la réplique des gendarmes est inattendue, il se retrouve soudain la proie de quatre sanguinaires qui vont lui tabasser le crâne et la face à coup de poing et les cross de leur pistolet.il fut ramassé comme une loque et transporté à l'hopital
- Il reprend son travail difficilement mais ilest très dérangé par son nez car il respirait mal, une prise en charge en ORL va régler le problème.
- Et pourtant c'est à la tête qu'il avait mal quand on lui cognait avec le cross.



- C'est après plus de 10ans qu'il commence à avoir mal au crane, après le second sentiment d'effroi et de peur lui rappelant la douleur sans nom qu'il a endurée par la violence des gendarmes.
- Douleur qu'il va enfouir au plus profond de sa mémoire, un archivage qui va agir comme il peut, c'est le propre du traumatisme et de la douleur qui en ressort

Le lien entre traumatisme et douleur



- Entre 1906 et 1926 Freud propose une théorie de la douleur, comme une irruption de tension responsable pour le psychisme d'une effraction, c'est le phénomène de rupture de la barrière qui survient lorsque des quantités d'énergie excessives font effraction dans les dispositifs protecteurs.



- Dès la fin du IX siècle, Freud souligne **l'aspect traumatique de la douleur** en ce sens qu'elle provoque une brèche dans les défenses du sujet . tout comme le traumatisme; c'une sorte d'hémorragie qui aspire toutes les capacités associatives du sujet



- L'effraction dans le psychisme est responsable d'une paralysie des opérations mentales:
- toute l'attention est focalisée sur la **zone algique** et conjointement il apparaît
- un désinvestissement du monde extérieur pour finir par désinvestir tout ce qui n'est **pas douleur**



- Tout comme l'accès d'effroi ,**le caractère traumatique de la douleur est lié à l'absence de préparation et à l'impossibilité pour le sujet de fuir l'expérience douloureuse***
- Globalement, la symptomatologie post traumatique est centrée sur le ressassement au travers de ruminations diurnes de réitération mentales improductives du traumatisme initial.
- Ce qui amène à la question de savoir **si la douleur pourrait avoir un rôle identique à celui des rêves répétitifs comme dans la névrose traumatique**



- Au même titre que les autres symptômes post traumatiques, **la douleur somatopsychique** pourrait être la répétition, le renouvellement d'une expérience initiale ayant débordé les capacités d'élaboration psychique du patient ;
- **La répétition** se jouerait alors au niveau du **corps**
- Le sujet devenu douloureux chronique va modifier sa façon d'être au monde.



- C'est autour de la restauration de cette image idéale perdue et cette souffrance qui habite maintenant le corps que va s'articuler toute la conception du temps.
- Le maintien de la douleur intacte est compris comme une nécessité absolue pour éviter les changements introduits par l'évènement traumatisant

conclusion



- La particularité du traumatisme est qu'il est impossible de restituer l'image idéale antérieure.
- le changement de cette image idéale par l'impact du traumatisme va faire émerger un autre soi même.
- Pour ceux dont les anciennes références n'existent plus (famille, patrie appartenance , qui sont à la recherche de cette image idéale perdue...ils deviennent douloureux chroniques et la douleur constitue la recherche d'une autre identité, d'un sentiment d'appartenance qui se situent souvent dans les services de médecine.