

Troubles somatoformes et douleurs chroniques en psychiatrie^{[1]*}

Édouard BELTRAMI

I- L'Importance du psychologique dans le phénomène de la douleur

A) Différence entre la douleur aiguë et la douleur chronique

Lorsqu'il y a douleur aiguë, il y a une destruction tissulaire qui est facilement observable dont on peut définir la cause et l'existence par l'examen médical et les différents tests. Par contre, lorsqu'il y a douleur chronique, souvent l'événement qui a causé la perte tissulaire n'existe plus et la causalité devient plus floue.

Il est important de comprendre des notions nouvelles et plus particulièrement celle de la plasticité neuronale. En effet, les neurones qui ont causé la douleur lors d'une perte tissulaire « ont appris » décharger même quand cela n'est pas nécessaire pour protéger l'organisme. Nous avons là l'exemple du membre fantôme ou un individu souffre d'une douleur du petit orteil de la jambe gauche alors que la jambe gauche n'existe plus, depuis longtemps.

En tant que psychiatre nous pouvons comparer cela au trouble obsessionnel compulsif où l'individu se répète des rituels qui ont perdu toute signification ou souffre d'obsessions que l'individu considère ne pas être réalistes mais il ne peut empêcher d'avoir de l'anxiété à ce sujet. Il s'agit en fait que les neurones ont été facilités pour les circuits (engrammes) de ces comportements. Il revient au prix Nobel Excel d'avoir montré que la mémoire était enracinée d'une manière biologique dans les neurones et qu'un circuit qui est mémorisé voit ses neurones grossir en volume parfois en diversité des terminaisons nerveuses, en vésicules de neurotransmetteurs plus volumineuses et toute la pensée où le stimulus douloureux qui emprunte un réseau de neurones voit ce circuit facilité et parfois les décharges vont avoir lieu sans raison ou avec une très faible stimulation. Que ce soit une idée obsessionnelle qui n'a pas de raison d'être, ou une douleur qui existe même si l'origine de la douleur a disparu depuis un certain temps.

Cette notion de neurostimulation peut faire se comprendre d'une autre manière. Si on considère le cas d'un sportif de haut niveau, il va produire lors de l'effort des endorphines, un produit cérébral semblable à la morphine, stimulé par le sport intense. Des recherches plus récentes ont montré qu'il y a également de l'endocannabis, c'est-à-dire une substance très proche du cannabis mais qui n'en a pas les effets nocifs.

Donc, cet individu très actif aura un seuil de la douleur très élevé, ce qui signifie que cela demandera une douleur très forte pour qu'il la ressente.

Par contre, si on prend l'exemple d'une personne qui a subi une mononucléose et qui est resté alitée pendant longtemps à cause de sa maladie la tolérance à la douleur sera différente. Cette personne, nous le savons, se décalcifie. Ce phénomène est facile à observer, mais il y a d'autres facteurs biologiques et cérébraux, plus difficiles à décoder, qui se détériorent. La décalcification est plus facile à prouver que les autres. Nous savons que même les astronautes ne peuvent pas empêcher cette

décalcification s'ils sont dans cette même situation : s'il y a peu de force qui est appliquée sur les os.

Donc, cette personne va avoir un seuil de la douleur très bas et des petits éléments qui ne causent pas de douleur chez la majorité des gens vont causer des douleurs chroniques ou de la fibromyalgie. Ce qui semble être garant de cette hypothèse est que le seul moyen de retourner des individus qui font de la fibromyalgie à leurs activités habituelles est de leur faire des activités modérées mais de plus en plus intensives.

Donc, les chercheurs dans le domaine de la douleur ont réalisé que plusieurs événements cérébraux peuvent augmenter la douleur. En effet, s'il n'y a pas de compétition avec d'autres sensations, si la personne est isolée ou s'ennuie, la douleur va être plus marquée. Nous savons tous que s'il y a un gain secondaire à ce moment là, la douleur est ressentie comme plus forte.

Dans les recherches montrant l'importance des facteurs psychologiques dans la douleur, que nous avons cité antérieurement dans un congrès de l'Association des Médecins du Travail du Québec (Beltrami, 2002), c'est la recherche de Gary J Macfarle, Isabelle M Hunt et Alan J Silman (2000) qui ont examiné des individus entre 18 et 65 ans avant que les douleurs apparaissent et ont éliminé les individus ayant déjà des douleurs. Ils ont vérifié dans cette étude prospective, 2 ans après, ce qui leur était arrivé. L'étude portait sur près de 2000 individus. Ils se sont aperçus que contrairement à ce qu'ils pensaient, ce n'est pas seulement des douleurs mécaniques qui ont causé des douleurs de l'avant bras mais que les individus ayant des douleurs avaient beaucoup plus de symptômes somatoformes (trouble psychiatrique qui mime une maladie physique) ou même des douleurs chroniques diffuses qui correspondaient aux critères de l'American College of Rheumatology pour la fibromyalgie pour 45 % des cas et ces douleurs n'étaient pas reliées dues à mouvements répétitifs. Ils se sont aperçus également qu'un des critères importants de 50% des causes étaient la détresse psychologique, les aspects comportementaux de santé et des symptômes somatoformes importants.

B) Impact selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) Cette association prône le fait que la douleur est à la fois une expérience sensorielle et émotionnelle. Comme nous l'avons expliqué au début dans une douleur aiguë, celle-ci est proportionnelle à la destruction des tissus et s'y ajoute des facteurs d'un modèle prôné par cette association le modèle « Bio Psycho Social ».

Les facteurs psychologiques peuvent être des émotions comme la peur, la colère, la rage et le sentiment d'injustice ou une douleur comme porte drapeau symbolique d'une injustice subie. Les personnes victimes d'accident, qu'ils trouvent parfois, avec juste raison, totalement injuste, sont souvent enragées contre les personnes qui ont causé cet accident, ils ont une déception des facultés perdues par l'accident, ils sont enragés contre des institutions qui ne peuvent pas leur permettre un retour en arrière complet mais qui peuvent compenser un peu sans leur permettre une « restitutio as integrum ». Plus ces facteurs existent, plus l'individu subit sa douleur longtemps. Cette douleur est même un signe et un porte-drapeau montrant combien les chauffeurs sont brutaux, comment les institutions

sont inadéquates, comment les médecins n'évaluent pas et ne traitent pas d'une manière satisfaisante par la suite.

Néanmoins ce que l'individu ne sait pas c'est qu'en faisant cela, il se nuit à lui-même. Il existe des fausses croyances qui empirent la situation. Cette notion inspirée par la théorie comportementale cognitive montre que certaines croyances erronées peuvent amplifier cette douleur. En effet, si on considère que par une forme de pensée catastrophique que la douleur est un début de cancer ou qu'il y a une détérioration d'un membre, l'individu va souffrir plus. Ces croyances inadéquates, comme le fait de penser que rester coucher va être meilleur que de rester actif peuvent contribuer à amplifier la douleur.

C) Facteurs Temps (Chapman)

Cet auteur montre que pour la douleur dans les premiers 6 mois la réadaptation est facile. Par contre, dans les 24 mois suivant l'adaptation est difficile et plus le temps passe plus l'individu souffrant vu comme invalide par son entourage se fixe dans un portrait de maladie chronique.

L'auteur Gatchel a défini le facteur temporel sur 3 stades.

1) **Réactions normales** comme la peur, l'anxiété, la préoccupation de l'avenir. L'individu pendant ce temps-là a une cessation des sports habituels, des diminutions de loisirs et le sentiment d'être inutile.

2) **Les complications psychologiques** avec perte d'espoir, détresse, dysphorie, colère et somatisation. Ces complications révèlent la fragilité individuelle et parfois font ressortir des troubles de personnalité qui sont dormant jusque là. Le contexte social au travail (s'il y a eu tension) peut l'amplifier.

3) L'individu prend le rôle de **malade installé**, qui a des gains secondaires et il est difficile de le faire sortir de cette situation.

D) Importance d'un traitement précoce

Dès le début, il est important que l'intervention se fasse non seulement sur le plan biologique mais également sur le plan psychologique. La thérapie comportementale cognitive s'est avérée être très importante. Il faut contrer les individus qui disent : « ma douleur n'est pas dans ma tête laissez-moi tranquille, réglez médicalement ma douleur ». Il faut expliquer à ces individus la complexité du phénomène de la douleur.

II- Douleur et classification psychiatrique du DSM

ADSM-III (1980)

Les auteurs font remarquer que même le DSM n'a pas pris en compte d'une manière suffisante la douleur.

D'abord, le DSM-III (1980), considérait qu'il y avait des douleurs psychogènes mais ce n'est pas retenu par la suite car on a réalisé que ça faisait une dichotomie trop forte entre les facteurs organiques et psychogènes. À la rigueur, je considère que le fait de parler de facteurs fonctionnels et organiques pourrait avoir une certaine véracité. Un trouble psychiatrique fonctionnel est un trouble qui n'atteint pas des organes et qui ne peut pas se diagnostiquer sur le plan organique comme un fort battement de cœur comme lorsqu'on fait du jogging. Par contre, ce n'est pas normal quand la personne est au repos et ne fait pas d'effort particulier de retrouver un battement de cœur élevé.

Cela est contraire aux maladies psychosomatiques comme l'angine de poitrine ou la colique ulcéreuse, où les facteurs organiques sont mesurables par les tests et par l'examen clinique mais nous savons que des stress amplifie la condition.

DSM-IV

Plus tard, le DSM-IV parle de trouble douloureux mais pour cela il faut que le psychologique ait un rôle majeur dans le début de la maladie, la sévérité, l'exacerbation et le maintien de la douleur.

1. Le trouble somatoforme

Il faut encore une fois que le côté psychologique joue un rôle majeur dans le début de la maladie, la sévérité, l'exacerbation et le maintien de la douleur. Il faut inscrire le trouble médical sur l'axe I. Le DSM-IV considère que ce trouble est aigu quand il a moins de 6 mois et qu'il est chronique quand il dure plus de 6 mois. Un élément du DSM-IV est le trouble somatoforme qui est un trouble qui fait penser à un trouble médical mais qui est causé par un trouble psychiatrique comme par exemple, l'anxiété. Il faut évidemment que ce soit non volontaire et non conscient. Plusieurs sous éléments font partie du trouble somatoforme.

1) Trouble de somatisation

La somatisation qui est très proche des symptômes que Briquet avait décrits en relation avec l'hystérie qui à l'époque mimait des troubles neurologiques, des pertes de conscience et des convulsions mais le DSM-IV est plus restrictif que le syndrome de Briquet. Cela demande un début avant l'âge de 30 ans, 4 douleurs à des sites différents, dos, articulations, poitrine, rectum, extrémités et organes génitaux, 2 douleurs gastro-intestinales, nausées, vomissements, diarrhée, intolérance alimentaire, 1 symptôme sexuel, 1 symptôme neurologique : du déséquilibre, sensation de boule dans la gorge, rétention urinaire et le tout ne doit pas pouvoir être expliqué d'une manière médicale.

2) Trouble somatoforme indifférencié Il faut qu'il y ait des troubles médicaux de plus de 6 mois sans présenter le trouble somatoforme complet; de la fatigue continue,

des troubles gastro-intestinaux, des troubles génito-urinaire et une perte d'appétit. S'il existe un trouble médical il faut que la dysfonction produite soit dis-proportionnée par rapport à ce que l'on rencontre habituellement pour la même condition médicale.

3) Trouble de conversion

Ici, il n'y a pas uniquement de la douleur mais il y a un déficit moteur et sensoriel. En plus des facteurs psychologiques associés directement, ce n'est pas intentionnel mais plutôt inconscient et ce n'est pas le résultat d'un trouble médical. Ceci amène une difficulté émotionnelle qui limite le fonctionnement.

2- Troubles douloureux d'origine psychiatrique

a) Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques

Le DSM –IV mentionne également la douleur psychogénique, qui est une douleur qui est le symptôme principal de la consultation chez un individu qui a des troubles d'adaptation personnel et social. Il n'y a pas de simulation volontaire et le tout est clairement lié à un psychodynamique explicable.

b) Trouble douloureux associé à des facteurs médicaux

Dans ce cas il faut que la douleur soit principalement la résultante d'une condition médicale avec des facteurs psychologiques concomitants jouant un rôle mineur dans le maintien de la douleur.

3- Troubles factices

Le DSM-IV mentionne également la simulation qui est la production grossière d'une condition médicale, habituellement pour des gains particuliers, pour éviter l'armée, pour éviter la prison ou avoir un gain financier (assurances). Évidemment, cela arrive plus souvent chez des personnes avec une personnalité antisociale qui sont amenés en évaluation directement par un avocat. S'il y a une grande différence entre la plainte et l'examen objectif ou s'il y a un manque de coopération lors de l'évaluation.

Néanmoins, il faut attention de ne pas utiliser ce terme sans raison. C'est un terme dangereux sur le plan légal qui est réservé à la psychiatrie et qui ne peut être utilisé en médecine. Même les psychiatres préfèrent éviter ce terme et parlent plutôt d'un individu qui ne peut pas montrer un tableau complet et congruent.

Un exemple très typique dans notre pratique, c'est un individu qui consulte car son médecin pensait qu'il avait des symptômes psychiatriques rajoutés à ces problèmes médicaux de douleurs lombaires. Cependant, comme nous ne trouvons aucun symptôme psychiatrique, nous lui avons demandé clairement s'il avait de l'anxiété mais quand nous lui demandons dans quelle circonstance, il dit : « quand je me penche ». Quand on lui demande en quoi se pencher lui cause de l'anxiété, il dit que c'est parcequ'il ne sait pas jusqu'où il peut se pencher sans que la CSST lui enlève ses allocations. Il nous dit qu'il sait qu'il est filmé par la CSST et qu'il fait bien attention

pour se pencher que d'une manière insuffisante pour ne pas qu'on lui enlève ses allocations! Il trouve cet exercice très angoissant!

i) Le trouble factice ou le syndrome de Munchausen

Ce syndrome tire son nom du fameux baron Munchausen qui simulait des maladies pour passer d'un hôpital à l'autre et qu'on prenne soin de lui. Ceux qui en souffrent sont des individus qui ont un plaisir inconscient, anormal et psychiatrique d'imiter une pathologie. Ils se font parfois même opérer. Par exemple, dans la douleur abdominale, les symptômes sont flous et vagues et le patient connaît beaucoup la terminologie médicale.

III- Dépression et douleur chronique

A- Comorbidité entre dépression et douleur chronique

Il faut comprendre que la dépression peut être amenée par de la souffrance, de la douleur et le changement de vie comme de diminuer ses sports, ses loisirs et ses plaisirs. Ceci amène une diminution de l'estime de soi et il sent une inquiétude au sujet des gains futurs. D'un autre côté, parallèlement, une douleur chronique peut être exacerbée par une dépression antérieure entre 34% et 57% selon les recherches.

De toute façon quelle que soit l'étiologie la dépression majeure coexiste à 50% dans la douleur chronique à cause des sentiments de démoralisation, dévalorisation et de culpabilisation. Quant à la dysthymie qui serait une dépression mineure, elle existe dans 75% des cas.

B- Hypothèses sur la comorbidité de la dépression

Il serait intéressant de savoir si c'est vraiment la douleur qui cause la dépression ou si c'est la dépression qui empire la douleur chronique. Donc, on considère qu'il peut y avoir plusieurs hypothèses.

Essentiellement, il y a 5 hypothèses de bases.

1) Dépression antécédente à la douleur

Dans ce cas, la dépression aurait existé et elle demeure lors de la douleur, donc il n'y a rien de changé de ce côté -là.

2) **Dépression comme conséquence** Dans ce cas-ci, la dépression serait causée par la douleur et elle n'existait pas avant.

3) **Dépression comme cicatrice** La dépression existait avant mais elle est exacerbée par le phénomène douloureux.

4) Médiation cognitive comportementale

La recherche montre qu'un certain nombre de fausses croyances peuvent non seulement augmenter la dépression mais aussi la douleur.

5) Mécanismes communs aux deux pathologies

Dans ces hypothèses les différents facteurs mentionnés pouvaient jouer un rôle ensemble.

Fishbain a évalué 40 recherches pour savoir quelles sont les hypothèses prouvées

dans ce domaine, D'abord, sur la dépression étant antécédentes à la douleur chronique, rien n'a été prouvé. Ensuite, la dépression comme conséquence à la douleur chronique sans 100% de 15 études pertinentes ont montré la validité de cette hypothèse. Pour l'hypothèse de la dépression comme cicatrice, ils ont trouvé des preuves partielles seulement avec des parents dépressifs. Aussi, la médiation cognitive comportementale, il a trouvé 5 des 6 études comme pertinentes. Enfin, l'hypothèse des mécanismes communs dans les deux pathologies, il y aurait 4 études qui stipulent que celle-ci est probablement vraie.

C- Modèle de la diathèse Stress

1- Étude de Banks et Kerns

On signale que ceci est tout à fait en accord avec la thèse de Fishbain mais en plus on signale qu'il y a des schémas négatifs qui affectent les deux pathologies. Ce sont des attributions internes stables qui amène à « learn helplessness » soit l'incapacité apprise en plus de déficits instrumentaux.

C'est également congruent avec le modèle de Gatchel, où on trouve qu'il y a des facteurs psychologiques prédisposant des désordres (diathèse exacerbée par la lutte contre la douleur).

IV- Douleur chronique et autres troubles psychiatriques

A- Comorbidité entre abus de substance et douleur chronique

Il est à noter que le taux de consommation des patients avec douleur chronique à vie est monte jusqu'à 41% au lieu de 16% dans la population générale. 94% des patients qui consomme à vie le faisaient avant de ressentir de la douleur. Le fait de consommer avant la douleur est un mauvais prédicateur pour le retour au travail. Probablement, que cette population s'auto-médicamentait pour leurs troubles psychologiques antérieurs à leur douleur.

B- Comorbidité entre douleur chronique et anxiété

95% des personnes avaient de l'anxiété avant la douleur. Donc, la diathèse pré-morbide est accentuée par le stress. L'évitement des activités de la personne anxieuse prolonge la douleur et le mélange de l'anxiété avant de reprendre le travail est le scénario le plus fréquent.

C- Comorbidité entre douleur et somatisation

Au début le DSM-IV demandait qu'il n'y ait rien d'organique pour que l'on puisse parler de somatisation mais il était difficile de le démontrer au complet. Cependant le manque d'évidences ne signifie pas qu'il y a une absence de pathologies. Souvent une somatisation peut être amenée par un élément organique au début qui se maintient même quand la cause organique a disparue.

D- Comorbidité entre douleur chronique et trouble de personnalité

Par définition, un trouble de personnalité est stable sur toute la durée de la vie, donc cela est préalable à la douleur. Les personnalités les plus fréquentes dans la douleur chronique sont la personnalité histrionique, dépendante, paranoïde et borderline. Ces données sont assez stables sur le MMPI. On s'aperçoit également que ces traits sont quand même légèrement fluctuants et que s'il y a une amélioration de la douleur, il y a aussi une amélioration dans le trait de personnalité.

V- Traitements

A- Évaluation clinique

Nous considérons qu'il est assez important de connaître l'histoire complète de la personne pour détecter des éléments d'une vie plus ou moins criminalisée (comme des formes de prostitution, des emprisonnements et des détentions) qui n'apparaissent pas si on ne fait pas une évaluation année après année de la vie du patient.

Dans l'histoire, il est important de comparer l'apparence objective avec les plaintes subjectives. Les somatisations se manifestent par une douleur dramatique qui semble omniprésente alors que des personnes qui ont été blessées d'une manière sérieuse se promènent parfois avec une canne et s'appuient dessus mais ne montrent pas un tableau théâtral.

Par contre, il ne faut pas tomber dans le piège de certains psychiatres qui ne voient rien d'objectif et prétendent qu'il n'y a rien. La psychiatrie consiste également à identifier les sentiments des individus mais ces sentiments doivent être congruents avec l'apparence extérieure.

B- Évaluation par tests psychologiques

Certains tests peuvent se faire pour aider l'évaluation, même un médecin de pratique général peut faire passer le test de Beck dans la salle d'attente, qui est un examen objectif qui tient compte de la dépression cachée et qui est un bon indicateur pour référer en psychiatrie et aide à convaincre le client. Un autre test le Hamilton prend plus de temps et l'examineur a un rôle important à jouer.

Le MMPI-II, a l'avantage de contenir des échelles de validité (L= détecte si l'individu se présente sous un jour favorable, F et Fb = détectent si l'individu exagère). Ces échelles mesurent la détresse des individus et il y a une échelle de plus Fp qui mesure 97% des simulateurs qui "scorent" au-dessus d'un certain niveau. L'échelle K fait des corrections et l'échelle de défensivité est utile. Il y a

également des échelles subtiles qui ont été déterminés de manière statistique et les échelles ouvertes qui sont objectives. Si l'individu a des échelles subtiles plus élevées que les échelles ouvertes c'est que l'individu a cherché à nier le contenu de l'échelle comme la dépression. Par contre, si les échelles ouvertes sont plus élevées cela indique que l'individu a tenté d'exagérer sa pathologie dans l'échelle concernée.

Néanmoins, chez des personnes ayant subis des stress post-traumatiques, leur profil a tendance à tout amplifier et cela fait partie intégrale de leur maladie, ce n'est pas de la simulation bien que celle qui y ressemble sur le test. La prudence dans l'interprétation est donc de rigueur.

Dans la douleur chronique, on s'est aperçu que si l'échelle K est plus élevée (individu ouvert à ses problèmes psychologiques), il accepte plus sa condition psychologique liée à la douleur et habituellement la douleur s'améliore plus. Si l'échelle K est basse, il s'agit d'un individu dépendant, évitant et la douleur évolue moins bien.

L'échelle D3 de la dépression qui se manifeste de manière physique, l'échelle Hy3 qui note les troubles fonctionnels celle Hy4 qui détecte les troubles psychosomatiques sont habituellement élevées dans la douleur chronique.

Habituellement, si la dépression est élevée, l'individu souffre et cherche à sortir de sa situation. Si l'échelle h'historisme et d'hypochondrie est élevée, il s'agit plutôt de quelqu'un qui prétend ne pas avoir de problème psychologique et le pronostic est moins bon à long terme. La même chose s'applique si les échelles HEA sont élevées. Si l'échelle WRK (work concerns) est élevée, cela indique que la personne a des problèmes au travail et évidemment que cela va retarder son retour au travail, le pronostic étant moins bon.

C- Traitement de la dépression associé à la douleur chronique

1- La médication psychiatrique

Les antidépresseurs à double action sont préférés quand il y a des troubles somatiques. On entend par double action, un antidépresseur qui agit à la fois sur la noradrénaline et sur la sérotonine comme l'Effexor ou l'Amitriptiline le soir et un ISRS le jour ou Wellbutrin + Paxil. Dans ce cas-ci, on utilise deux médicaments pour avoir le même effet.

Les antidépresseurs agissent sur les douleurs migraineuses, sur les céphalées de tension, sur certaines dystrophie sym pathique réflexe sur les membres fantômes, sur les neuropathies suite à un traumatisme, des névralgies post herpétiques, sur des douleurs centrales et polyneuropathiques.

Les anti-convulsivants comme la Carbamazépine, l'acide Valproïque et le Gabapentin agissent sur les migraines, les douleurs neuropathiques.

Il y a des médicaments qui potentialisent les opiacés comme la Dextroamphétamine et le Methyphenidate.

Le cannabis est très utilisé par les patients mais n'est pas toujours rapporté. Ils prétendent que c'est très efficace, mais à la longue cela les démotive, les troubles de mémoire sont prouvés et les recherches actuelles sur l'endo-cannabis ont trouvé une médication qui a les mêmes effets positifs que le cannabis sans ses effets négatifs.

Quant aux Benzodiazépines, elles sont efficaces mais très addictives et à la longue peuvent diminuer la mémoire et la concentration et détruisent le sommeil. Le sevrage est parfois long et elles sont déconseillées pour les personnes souffrant de toxicomanie.

D- Traitements psychologiques

1- Traitement comportemental cognitif

a) Fausses croyances, idées irrationnelles

Dans ce traitement, ce qui est important c'est de pouvoir faire la chasse aux fausses croyances. Les exemples de fausses croyances sont les suivants :

- Je n'ai pas le contrôle sur ma douleur

- Je ne vais jamais aller bien

- La douleur signifie une maladie dangereuse et chaque fois que j'ai une douleur cela signifie que mon état empire.

- Cela n'aurait jamais dû arriver, c'est la faute de quelqu'un d'autre

- Je ne travaillerai jamais plus

- Je n'aurai jamais plus aucun plaisir

- C'est la faute de.....

- Il faut que je montre à tout le monde combien je suis malade pour qu'on puisse punir celui qui a causé cela

ii) La réparation de ces idées se fait de la manière suivante :

Pour contrer, l'idée que l'individu n'a pas de contrôle sur la douleur, on peut lui faire comprendre que cela vient du cerveau et des neurones et que c'est possible de rééduquer le cerveau.

À celui qui dit qu'il ne va jamais aller bien, on lui rappelle qu'il peut se réajuster à cette nouvelle situation

Quand l'individu pense que c'est la douleur qui est indicatrice d'une maladie grave, on peut expliquer qu'il s'agit plutôt d'apprentissage des neurones qui ont pris de mauvaises habitudes et on lui donne l'exemple du membre fantôme.

À l'individu qui dit qu'il ne travaillera jamais plus, on signale qu'une reprise peu à peu est utile et que la phrase : « le travail c'est la santé » a une grande part de vérité et qu'une réorientation de carrière est possible. Bien des personnes réorientent leur carrière à 50 ans, sans avoir eu de douleur chronique.

À celui qui dit qu'il n'aura plus aucun plaisir, il faut signaler à l'individu qu'il peut avoir des sortes de plaisir dif férent.

À celui qui dit que c'est la faute de..., . Il faut lui faire comprendre que plus on a l'impression que le contrôle de nos actions est à l'extérieur de nous, la personne sera malade. Plus la personne réalise qu'elle a une part importante dans sa maladie, plus elle peut s'en sortir.

À celui qui se croit obligé d'augmenter sa maladie pour que l'on punisse le coupable, il faut lui faire comprendre qu'il se punit d'abord lui-même et que toute maladie qui n'est pas active a tendance à s'améliorer. Lui rappeler qu'il est très rare qu'une maladie ne réponde à aucun traitement.

L'individu peut apprendre à faire le deuil de ce qui est perdu et on peut revoir les deuils antérieurs qui ont été causés par la douleur. Il faut éviter les thérapies trop longues et trop analytiques.

E- Thérapie des troubles de personnalité

1- Personnalité paranoïde

On peut travailler sur certains troubles de la personnalité comme la dépendance par le traitement comportemental cognitif ou les traits paranoïdes par des antipsychotiques comme l'Haldol ou autre antipsychotique. Nous avons vu une patiente avec personnalité paranoïde dire souffrir de fibromyalgie (sans preuve objective par un rhumatologue), qui s'est considérée comme guérie lorsque nous lui avons donné de l'Halopéridol car elle souffrait d'un délire important. Elle était allée dans des groupes de fibromyalgie qui prétendaient que cela ne se guérissait pas et elle nous dit : « vous me donnez un médicament et cela fonctionne contre la douleur de fibromyalgie ». Il est probable que ses douleurs étaient des dysphories corporelles d'allure psychotique mais elle n'est probablement pas la seule avec ce genre de problématique psychiatrique qui une fois traité permet de voir la douleur s'estomper.

2- Personnalité borderline

La personnalité la plus difficile à contrer est la personnalité borderline. Madame Lineham a mis au point une thérapie « *comportementale dialectique* » qui est un mélange de méditation inspirée du bouddhisme Zen et du behaviorisme qui est assez complexe à partir d'équipes de traitements qui répondent aux clients par téléphone, qui sont supervisés d'une manière régulière. Ce format n'est pas tellement pratique dans nos structures mais il est bon de connaître que des formats tout à fait hors du commun peuvent aider d'une manière significative. Il est prouvé scientifiquement que ce traitement améliore significativement la condition des malades souffrant de personnalité limite.

Nous avons nous-mêmes utilisé des antipsychotiques à des doses variables avec ce genre de personnalité (l'Olanzapine, Seroquel) et nous avons eu un certain succès. Une comorbidité de la personnalité borderline sont les troubles dissociatifs qui ne sont pas toujours diagnostiqués facilement en

médecine

générale et qui sont parfois liés à des stress post traumatiques ou un accident a pu réactiver un stress et causer de la douleur. Dans ce cas-là, il faut référer à un professionnel habilité à traiter ce trouble dissociatif comme les membres du « *Montreal Study Group on Dissociation* ». Le traitement consiste à unifier les différentes personnalités. Les nouveaux antipsychotiques peuvent également être utiles dans ces conditions.

3- Troubles bipolaires II et personnalité hypomaniaque

Le fait que j'utilise d'une manière systématique des tests psychologiques m'a permis de détecter beaucoup de trouble bipolaire de catégorie II. Dans ce trouble, l'hypomanie est tellement évidente qu'en importe qui peut s'en apercevoir par contre, le trouble maniaque est limite. Ce que fait l'individu ne cadre pas dans sa situation normale à lui. Il faut une analyse beaucoup plus fine pour réaliser qu'il s'agit d'une hypomanie. Ces personnes ont tendance à vouloir régler leur problème avec

de l'alcool ou de la drogue mais ils sont fortement améliorés par des stabilisateurs de l'humeur parfois à des doses subcliniques.

4- **Personnalité psychosomatique** D'autres techniques sont moins utilisées comme le biofeedback thermal qui traite la douleur migraineuse qui consiste à diminuer la température du front et augmenter la température des mains, cela va diminuer la vascularisation au niveau de la tête et augmenter au niveau des extrémités.

Récemment, un mécanisme mal compris qui est le MEDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing est une technique jugée efficace par un chercheur Servan-Screiber qui permet de régler des traumatismes intenses (utilisé au combat de Kosovo avec des enfants traumatisés) avec de bons résultats.

RÉFÉRENCES

iii) Livres revues de littérature

La douleur chronique, : Le médecin du Québec, volume 38 #6, juin 2003

The chronic pain control workbook: step by step guide for coping and overcoming pain, Mohr, Ellen; Catalano M. A. & Hardin K, N.; New Harbinger publications, Oakland, 1996.

Personality characteristics of patient with pain; Gatchel J.R. & Weisberg J. Editors, American Psychological Association, 2000

Acute and chronic pain conditions, Gatchel R & Oordt, M., in Clinical Health Psychology And Primary Care, American Psychological Association, 2003

Guérir le stress l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse, Servan-Screiber, David, Robert Laffont, Paris 2003.

Chronic Pain And Psychopathology: Research Findings And Theoretical Considerations, Dersh, J; Polantin P.B.; Gatchel, R.J., Psychosomatic Medicine, 64:773-786 (2002).

iv) Articles spécifiques

Adverse Neuropsychiatric Effects of Dopamine Antagonist Medications: Misdiagnosis in the Medical Setting.; Ferrando SJ, Eisendrath SJ.; PSYCHOSOMATICS 1991; 32 (Fall): 426-432

Fluoxetine Management of Chronic Abdominal Pain.; Eisendrath SJ, Kodama KT.; PSYCHOSOMATICS 1992; 33 (Spring): 227-228

Psychiatric Assessment of Chronic Pain.; Tyrer S.; BR J PSYCHIATRY 1992; 160 (June): 733-741

Psychotropic Treatment of Chronic Fatigue Syndrome and Related Disorders.; Goodnick PJ, Sandoval R.; J CLIN PSYCHIATRY 1993; 54 (January): 13-20

Imipramine in Patients With Chest Pain Despite Normal Coronary Angiograms.; Cannon RO III, Quyyumi AA, et al.; N ENGL J MED 1994; 330 (May 19): 1411-1417

The Use of Electroconvulsive Therapy in Pain Patients.; Bloomstein JR, Rummans TA, et al.; PSYCHOSOMATICS 1996; 37 (July/August): 374-379

Psychosocial Assessment and Management of Chronic Pain.; David K. Ahern, PhD; Guest Presentation

Psychologic Factors in Temporomandibular Joint Dysfunction.; Walter Fitzhugh, DMD, MD; Guest Presentation

Management and Pharmacotherapy of Chronic Pain Syndromes Including Opioid Pharmacotherapy.; Greenfield DP, Narcessian E.; CNS Spectrums 1999; 4 (September): 43-52

The Use of Herbal Alternative Medicines in Neuropsychiatry.; LaFrance WC Jr, Lauterbach EC, et al.; J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12 (Spring): 177-192

Chronic Pain Disorder Following Physical Injury.; Streltzer J, Eliashof BA, et al.; Psychosomatics 2000; 41 (May-June): 227-234

Spinal Cord Stimulation in Patients With Chronic Reflex Sympathetic Dystrophy.; Kemler MA, Barendse GAM, et al.; N Engl J Med 2000; 343 (August 31): 618-624

New Treatments for Reflex Sympathetic Dystrophy.; Schwartzman RJ.; N Engl J Med 2000; 343 (August 31): 654-656

Migraine—Current Understanding and Treatment.; Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD.; N Engl J Med 2002; 346 (January 24): 257-270

Validation of a Brief Observation Period for Patients With Cocaine-associated Chest Pain.; Weber JE, Shofer FS, et al; N Engl J Med 2003; 348 (February): 510-517