

Douleurs physiques et douleurs psychiques : liens et approches thérapeutiques

MD- PhD Carlo Delli Noci
Médecin associé
Service de Psychiatrie de Liaison -
Centre d'antalgie - CHUV -

Lausanne 17.11.2022

Schéma de la présentation

- les différents aspects de la douleur/anthropologie de la douleur
- Les définitions
- les enjeux de la prise en charge du patient souffrant de douleurs chroniques en oncologie
- une démarche clinique basée sur la complexité
- élaboration une stratégie diagnostique et thérapeutique

L'univers de la douleur



« Pathos » et
« Algos »
« Odyné »

Douleur, souffrance,
épreuve, douleur
aigue

la douleur..dans l'hystoire..

Tradition classique (gréco-romaine): la douleur est une forme particulière de l'émotion.

Depuis Descartes: la douleur est une sensation produite par la machinerie corporelle.

Significations de la douleur...

- initiation et sacrifice
- douleur « physiologique »
- douleur infligée
- douleur sportive
- douleur érotisée
- douleur éducatrice

Initiation et sacrifice



Douleur « physiologique »



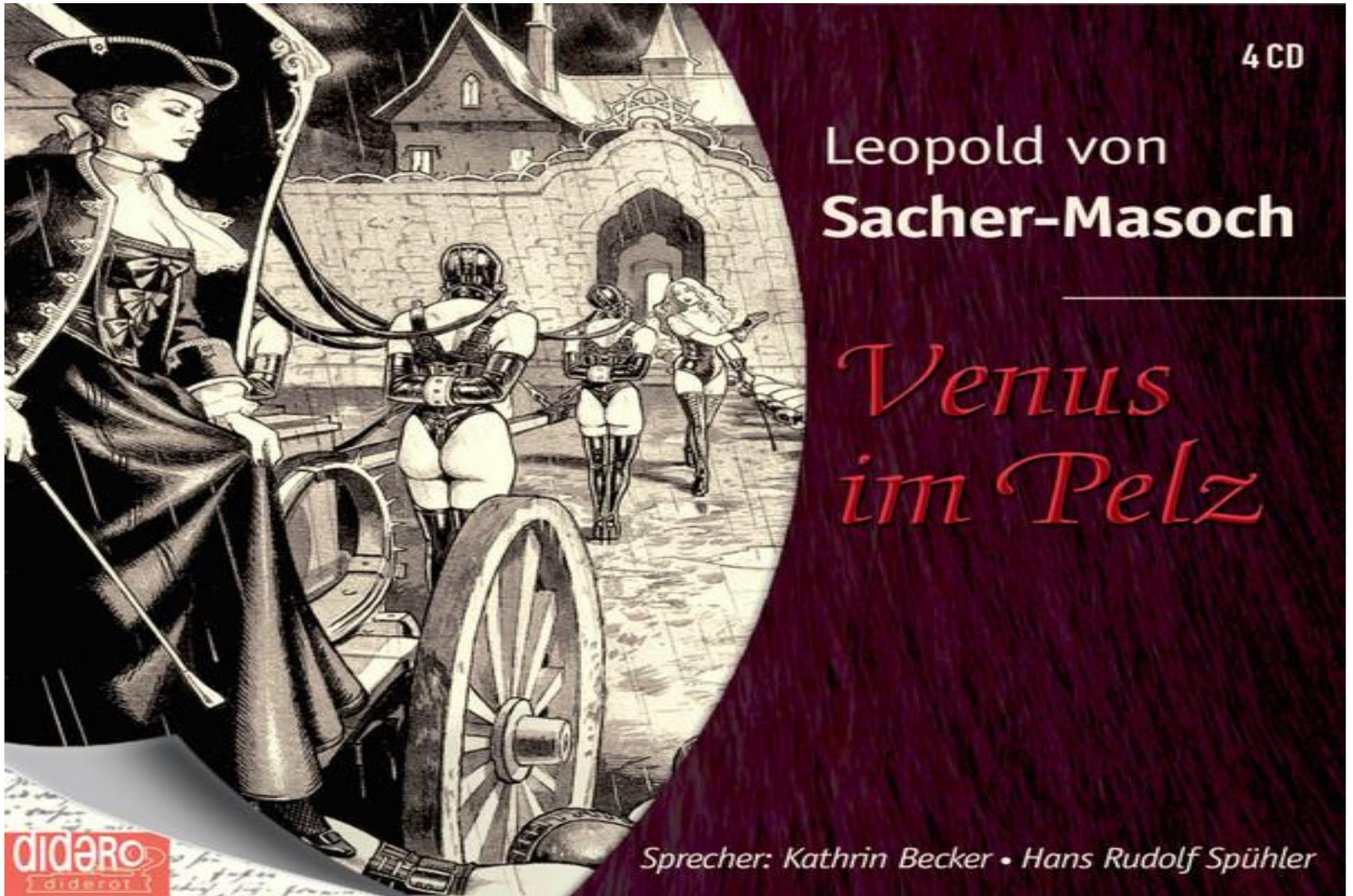
Douleur infligée



douleur sportive



Douleur erotisée



4 CD

Leopold von
Sacher-Masoch

*Venus
im Pelz*

Sprecher: Kathrin Becker • Hans Rudolf Spühler

didero
diderot

douleur éducatrice



Définition de la douleur

« Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou non à des lésions réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions »

IASP (INSTITUT D'ÉTUDE SUR LA DOULEUR, 1994)

Troubles psychiatriques et symptômes physiques

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles psychotiques
- Troubles somatoformes
- Troubles liés à une substance
- Troubles factices
- Troubles dissociatifs
- Troubles des conduites alimentaires

Définitions

Selon CIM-10 les **troubles somatoformes** sont «caractérisés par des symptômes physiques associés à des demandes d'investigation médicale, persistant malgré des bilans négatifs répétés. La présence avérée d'un trouble physique authentique ne permet pas de rendre compte de la nature ni de la gravité des symptômes du patient. Le patient s'oppose à toute hypothèse psychologique pouvant expliquer ses troubles, même quand le contexte l'évoque ou qu'il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes

Douleur chronique

- La douleur est dite chronique lorsque de manière persistante ou récurrente, elle se prolonge **au delà de 3 mois.**
- **Transformations neurobiologiques** du système nociceptif lorsqu' il est activé par un stimulus intense et prolongé.
- **Importance des facteurs psychosociaux**, comme facteurs étio-logiques favorisants ou jouant un rôle dans le maintien de la plainte.

Aspects épidémiologiques

- About one fourth of all patients seeking treatment in primary care are reported to suffer from a somatoform disorder. (*P. Fink, et al, Psychosomatics 1999; 40: 330-338*)
- étude européenne (*Breivik H et al., 2005*):
 - 19% de la pop. adulte douleurs > 6 mois
 - 2/3 intensité modérée, 1/3 intensité sévère
 - 1/3 composante neuropathique (*Bouhassira D et al.2005*)
 - 21% diagnostic de dépression
 - 3% reçoit un ttt antidépresseur

Trouble douloureux somatoforme persistant

- Etiologie inconnue
- Nosologie complexe et discutée (tr. fonctionnels, fibromyalgie, etc..)
- Prévalence élevée
 - 17% de la population générale
 - 25% des patients médecine première recours
- Elevé degré d'invalidité/impuissance
- Utilisation élevée du système de soins
- Coûts importants de la santé
- Efficacité thérapeutique moyenne

Aspects individuels

Engel (1959)

la douleur n' a pas seulement une origine périphérique, il intègre la participation, la causalité psychique.

Il s'intéresse au profil de ces patients et mets en évidence un «besoin inconscient de souffrir (solution) en réponse à une perte vécue ou fantasmée ou à une honte liée à des pulsions agressives ou interdites».

pain prone patient: type de patient prédisposé à la douleur; éléments de maltraitance, abus, carences.

Douleur et traumatisme

Passé traumatique

Abus sexuels ou maltraitance.

Traumatisme récent (accident, opération)

Discours centré sur l' événement fait écran au passé traumatique;

Vécus traumatiques non élaborés

Développement de douleurs chroniques.

Douleur chronique et PTSD

- Un patient sur cinq affectés par PTSD développe un trouble douloureux chronique
- Corrélation biunivoque:
 - Augmentation prévalence de tr. douloureux chronique chez patients PTSD
 - Augmentation prévalence PTSD chez patients souffrant de tr douloureux chronique

Stam R, Neurosci Biobehav Rev. 2007;31(4):530-57)

Repaires psychanalytiques

Freud (1914):

Hypocondrie: pas d'élaboration de d'excitation sexuelle somatique → angoisse sans objet

Hystérie: angoisse fixée sur objet substitutif

Marty (1963):

Pensée Opératoire: un pensée dans laquelle la parole n'implique aucune élaboration ni association; pensée prise dans le factuel dans le concret; repliement narcissique, relation blanche, absence de libido

Vie Opératoire: pensée + conduite → dépression sans objet (des-affectivité) comme solution

Somatisation

« L'expression d'un mal-être d'origine psychosociale sous la forme de plainte somatiques médicalement inexplicquée peut être fondamentalement définie comme un conflit d'attribution entre le patient (qui vit ses troubles comme de nature organique), et les soignants (qui les interprètent comme des symptômes de détresse psychologique) »

Cathébras, P. (2006). *Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexplicqués*. Paris: Masson

Modèles théorique de la somatisation

- 4 modèles théoriques articulés sur trois éléments fondamentaux :
- les symptômes fonctionnels
- la souffrance psychologique
- les recours aux systèmes de soins

4 modèles théoriques de la somatisations

- « Décompensation » somatique
- Amplification somatique
- Détresse psychologique
- Système de soins

Alexithymie Sifneos (1964)

- Alexithymie primaire et secondaire (Freyberger 1977)
- Différents degrés d'alexithymie
- L'impact sur la relation médecin-malade

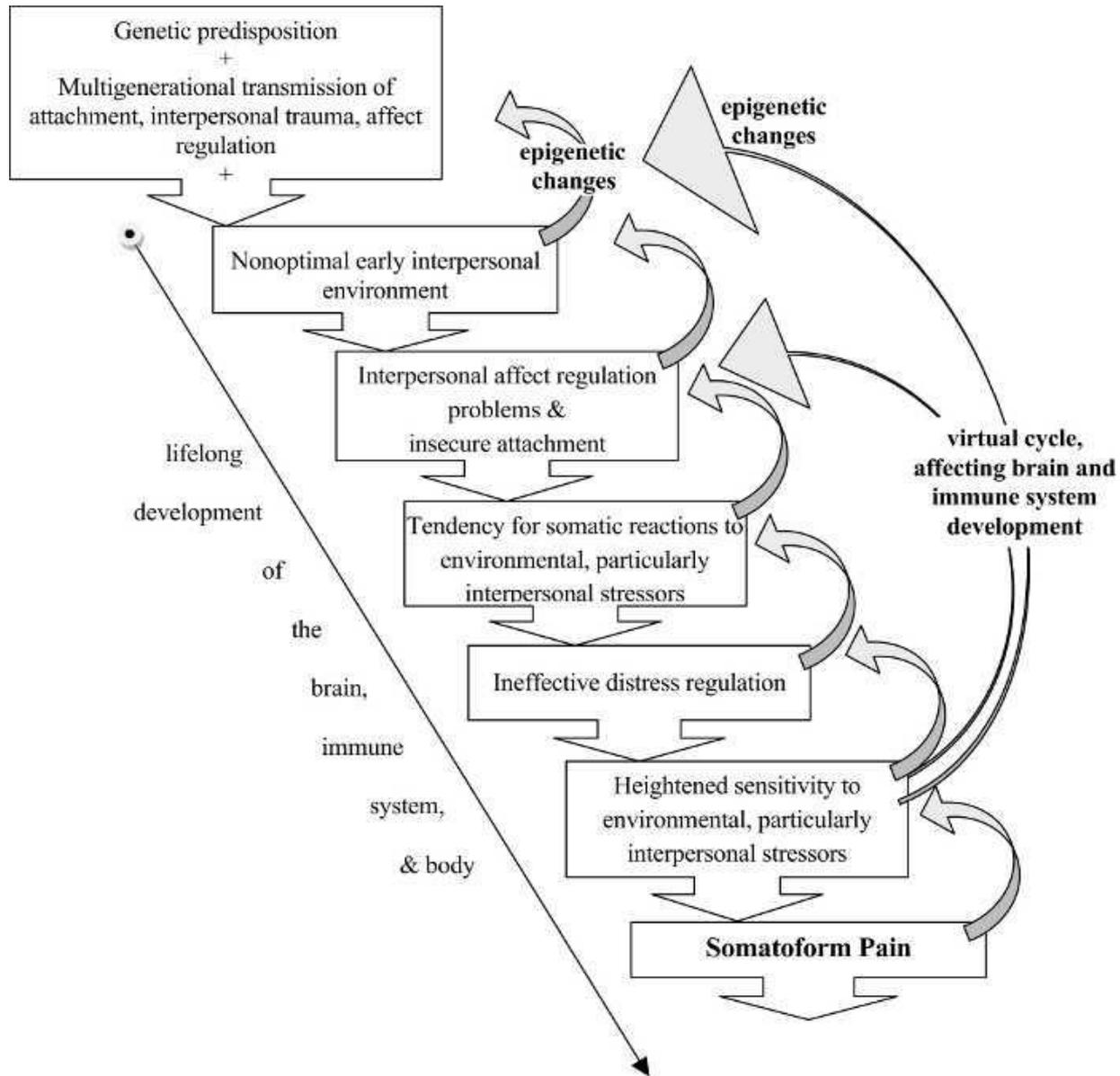
Modèles théoriques

- Soins primaires carencés/attachement non optimale chez l'enfant (voir Winnicott)
- Prédisposition génétique
- Maturation neuronale discontinue



- Persistance chez l'adulte à développer des réactions somatiques inefficace aux stressors

Eisenberg et Coll, Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain, 2004



Landa et Coll, Somatoforme Pain: A Developmental Theory and Translation Research Rewiew, 2012

nels »). Quelques conséquences de cette théorie me semblent importantes. Certains types de carence de la part de la mère, en particulier un comportement désordonné, produisent une hyper-activité du fonctionnement mental. Dans ce cas, cette hyper-croissance de la fonction mentale, en réaction à des soins maternels désordonnés, peut faire apparaître une opposition entre l'esprit et le psyché-soma. En effet, par réaction à cet état anormal de l'environnement, la fonction mentale de l'individu commence à prendre la relève et à organiser les soins du psyché-soma, alors qu'à l'opposé dans la santé, l'intellect n'usurpe pas la fonction de l'environnement, mais facilite la compréhension et se sert éventuellement de sa carence relative.

Aspects Individuels

- Discours monotone
- Fixation sur aspects médicaux
- Corps traité comme objet (clivage)
- Le sujet est présent mais vide
- Affects présents mais neutralisée: alexythimie
- Le discours « double » la réalité
- Pas de chaine associative
- La vie fantasmatique réduite
- Ennui, agacement,, impuissance chez le soignant
- Plaintes (souvent) atypiques
- Difficulté à cerner le type de douleur
- Pas sous le control de la volonté

Aspects familiaux:

- Existence de familles de douloureux chroniques avec **transmission de comportements douloureux. (VIOLON, 1984)**
- Délaissement du rôle parental et du partenaire, suscitant un fort sentiment d'échec, d'incapacité et de honte chez le patient. Sentiment d'impuissance et de désespoir chez les proches.
- La douleur chronique devient **un puissant élément de cohésion** du groupe familial. Tendance dans ces familles à **éviter les conflits.**
- **Manque de reconnaissance du partenaire** qui a une prévalence augmentée de souffrir de dépression. **(FLOR, 1987)**
- ➔ Dans les thérapies de la douleur, l'engagement actif du partenaire permet de meilleurs résultats. **(KEEFE, 1999)**
- ➔ Favoriser des entretiens avec les proches pour leur offrir aussi écoute et reconnaissance

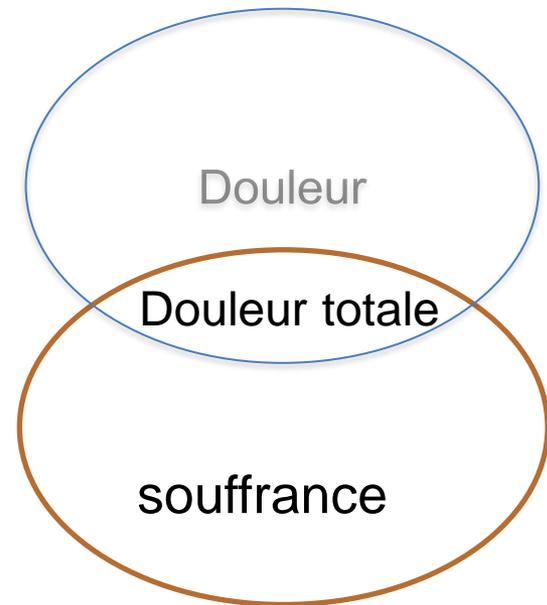
Contexte socio-professionnel

- Investissement professionnel très important «avant»
- Reconnaissance professionnelle pour combler un manque d'estime de soi
- Impossibilité de retourner au travail pour diverses raisons (hypothèse: blessure narcissique insurmontable)
- Importance de l'anamnèse professionnelle lors du suivi de ces patients afin de comprendre ce qui a pu se jouer au travail au moment de l'apparition des douleurs (insatisfaction de l'employeur, rivalité avec un nouveau collègue, changement de chef...)
- Dans l'idéal, ouvrir le dialogue avec employeur et assurance via une AS

Douleur en oncologie

- Douleur totale: dimensions de la souffrance

- Somatique
- Psychologique
- Spirituelle
- Sociale/familiale



Douleur en oncologie

- Mécanisme de défense psychologiques:
 - Le déni (dénégation de la réalité)
 - L'intellectualisation (excès de rationalisation)
 - La projection (le tort extériorisé à l'autrui, par ex mise en échec des stratégies thérapeutique)

Co-morbidités psychiatriques

DÉPRESSION

très fréquente, prévalence **entre 20 et 50%** degré de dépression corrélé à la sévérité ou à la durée d'évolution de la plainte douloureuse

TROUBLE ANXIEUX

association significative

anxiété généralisée, attaque de panique, PTSD

ABUS DE SUBSTANCES

de 3 à 19% (*Fishbain, 1992*)

PTSD

■ Que communique le patient?

- Mise en avant exclusive du corps
- Difficulté à exprimer les émotions
- Souffrance sous-jacente d' une autre nature

■ Que communique le médecin?

Répond à la demande explicite du patient

Tendance à garder une position bio-médicale

Risque de communiquer ses contre-attitudes (agacement...)

Difficultés dans la prise en charge

■ Position du patient:

- Croyance dans une médecine toute puissante
- Difficulté à supporter la déception
- Mise sous pression socioprofessionnelle

■ Position du médecin:

- Difficulté à poser un diagnostic
- Mise sous pression
- Submergé par les plaintes
- Sentiment d'impuissance et d'échec thérapeutique

Difficultés dans la prise en charge: réactions du médecin et conséquences (*)

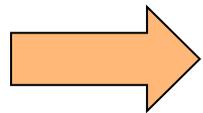
- Banalisation: refus d'entrer en matière, de continuité (consultation d'urgence)
- Manque de curiosité: manque de soins
- Détachement: « fixation somatique »
- Incompréhension: nihilisme ou acharnement thérapeutique (antalgie)
- Irritation: « psychiatrisation », introduction de tiers, rupture du lien
- Tristesse: gestion des limites, position réflexive, empathie durable, réalisme (objectifs)

En résumé

- **Influence réciproque** de la douleur et des «facteurs psychosociaux»
- Approche holistique indispensable, **tant pour l'évaluation que pour la prise en charge**
- Évaluation des facteurs psychosociaux comprend:
 - l'histoire personnelle
 - le contexte familial
 - le contexte professionnel
 - les croyances et comportement associés
 - le type de stratégies pour faire face
 - la présence de co-morbidités psychiatriques

Prise en charge non pharmacologique

- Suivi somatique régulier
- Physio/ergo-thérapie
- Intégrer la famille au suivi
- Bilan social
- Suivi psychiatrique si co-morbidité ou selon désir du patient



Travail de réseau indispensable

Place du psychiatre de liaison

- Évaluation psychiatrique en cas de suspicion d' un trouble Ψ
- Aide à une compréhension globale du patient
- Offrir une expérience de discussion «non stigmatisant»
→ favorise suivi psy ultérieur
- Conseil médicamenteux: exp. AD
- participation active à la consultation d' antalgie ambulatoire



Le Moi Auxiliaire comme outil thérapeutique

- Rôle particulier du thérapeute proche de la fonction de la mère avec son bébé
- Regroupe la fonction de ***holding*** et de ***mentalisation***
- Permet de renforcer le sentiment d'unité identitaire et de continuité défailant chez certains patients

Le holding

- Une façon juste **de porter** son bébé **physiquement** mais aussi **psychiquement** (la capacité de la mère à penser son enfant, à réagir intuitivement à ses besoins)
- Offre au bébé un sentiment de sécurité dans la phase de « dépendance absolue »
- Permet au bébé de développer un sentiment de confiance dans son entourage et en lui
- Indispensable à un développement psychoaffectif harmonieux

La mentalisation

- Capacité à **nommer** et à **mettre du sens** sur des contenus psychiques et des perceptions sensorielles brutes, trop intenses et désordonnés

Implications cliniques de l'holding et la mentalisation

- La fonction de holding est basée sur l' **attention et le respect portés aux besoins du patient**, maintenus avec **constance** tout au long du suivi malgré les différentes manifestations physiques ou psychiques du patient souvent difficiles à supporter
- La mentalisation permet **l'intégration des perceptions physiques au niveau psychique**. Le thérapeute met son appareil psychique au service du patient pour lui permettre d' étoffer ses représentations et investir son monde intérieur

Traitements pharmacologiques

- **Antidépresseurs**
 - **SNRI :**
 - Duloxetine (1ere choix) à partir de 30 mg/j
 - Venlafaxine à partir de 37,5 mg/j
 - **Tricycliques:**
 - amitriptyline (25 mg/j)
- **Anesthésique injectable/antidépresseur**
(psychiatrie psychédélique)
 - **Kétamine**

Vademecum

- Reconnaître la douleur (intersubjectivité)
- Eviter le clivage somatopsychique
- Eviter les discours qui soulignent une causalité (psychique ou somatiques)
- S'intéresser au discours du patient à son histoire.
- Ne rester pas seule! (débriefing, Balint, supervision etc..)

