

# Place du psychiatre dans un Centre de Traitement de la Douleur

## Intégration de la « lésion psychique douloureuse »

B. Robin<sup>1</sup>, J. Nizard<sup>2</sup>, C. Houart<sup>1</sup>, F. Gélugne<sup>1</sup>, R. Bocher<sup>1</sup> et Y. Lajat<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de Psychiatrie V, CHU Nantes

<sup>2</sup> Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nantes

**Résumé** *L'écoute des patients douloureux chroniques, retrouve chez nombre d'entre eux une biographie marquée par des carences affectives précoces voire des traumatismes. Les tentatives de « compensation » du sujet dans un hyperactivisme, ou autre équivalent addictif à valeur de lutte antidépressive, peuvent alors trouver leur point de rupture à travers un incident plus ou moins signifiant qui vient déstabiliser un équilibre individuel et relationnel précaire, auquel succède parfois un hyperinvestissement « toxicophilique » du phénomène douloureux qui tend à protéger (partiellement) le sujet de l'effondrement narcissique.*

*Cette plainte douloureuse résistante va alors suivre un long parcours, souvent marqué par le clivage, la confusion, la souffrance familiale et le contentieux médico-social, avant sa rencontre éventuelle avec une Structure de lutte contre la douleur.*

*Le soin institutionnel, incluant l'abord psychologique, peut permettre au patient, à partir de son vécu présent, d'intégrer cette « lésion psychique douloureuse » dans son histoire de vie, pour offrir à sa conflictualité intra-psychique, clivée et « projetée » dans le corps soigné et soignant, une issue plus réparatrice et constructive que le seul compromis symptomatique douloureux et asthénique, qui répond également à une évolution de société, « la fatigue d'être soi ».*

*Cette co-écriture inclut la famille et s'effectue dans l'interaction dynamique avec une équipe soignante dont l'articulation et la cohésion pluri-professionnelles permettent de « contenir » et de mettre en sens, et non en cause, les mouvements « passionnels » du patient, à travers des processus de « liaisons », et à distance du clivage et du rejet.*

**Mots-clés:** Douleur chronique, carences, dépendance, conflictualité, psychiatrie de « liaison », pluridisciplinarité.

**Summary** *Many patients with chronic pain have a history of early lack of affection or even traumatism. Efforts at « compensation » by a subject suffering from hyperactivity or another equivalent addictive disorder that serves to combat depression can reach a breaking point because of the occurrence of a more or less significant incident that destabilises a precarious individual and relational balance and is sometimes followed by an over-investment in the painful phenomenon itself, which tends to protect the subject partially from narcissistic dejection.*

*This resistant painful condition persists for a long time and is often characterised by cleavage, confusion, familial suffering and medico-social disputes prior to any management by a pain treatment structure.*

*Institutional care, including a psychological approach, can allow the patient to integrate this « painful psychic lesion » into his life history on the basis of present experience. This integration allows the intra-psychic conflict (cleaved and « projected » into the patient's body and onto the nursing team) a more reparative and constructive solution than the painful and asthenic symptomatic compromise alone.*

*This care process includes the family and is performed in dynamic interaction with a nursing team whose multidisciplinary structure and cohesion allow the « passionate » movements of the patient to be « contained » and revealed.*

**Key-words:** Chronic pain, pain center, lack of affection, dependence, conflict, relational psychiatry, multidisciplinary approach.

## Introduction

Avant de rencontrer des patients dans un Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), le psychiatre n'a parfois jamais imaginé autrement que de façon théorique la douleur et le patient douloureux.

Ces Centres permettent au patient (et au psychiatre) de bénéficier d'emblée de toute une culture engrangée

depuis plusieurs années voire décennies par des spécialistes d'horizons divers, qui ont pris le temps d'infléchir leur savoir et leur pratique à l'écoute du sujet douloureux, contre certains a priori mécanistes et autres réflexes interventionnistes.

L'accueil réservé au « psy », avec lesquels ces somaticiens ont pris l'habitude – évidente pour eux – de travailler, facilite d'emblée son intégration dans l'équipe pluridisciplinaire, condition de sa participation active au sein de l'institution pour une mobilisation cohérente et synergique des ressources du patient et des soignants.

*Correspondance:* Dr Benoît Robin, Psychiatre, Service de Psychiatrie V, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, F-44035 Nantes Cedex. E-mail: benoit.robin@chu-nantes.fr

La reconnaissance officielle des « structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle » passe, en France, par la **présence obligatoire d'un psychiatre**, depuis la Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998.

D'entrée, les premiers patients rencontrés réaffirment par leur verbe et dans leur chair la profonde et indiscutable **unité interactive psyché-soma**, en même temps que leur plainte et demande exprimées concernent autant le relationnel que le vécu douloureux.

Dans une première partie, nous essaierons de comprendre la trajectoire douloureuse ancienne des patients en nous aidant de leur biographie, illustrée par quelques histoires cliniques.

Puis nous nous attacherons à décrire les deux temps successifs de l'intervention du psychiatre dans un CETD. Le premier est consacré au patient lui-même qui nous aide à reconstruire son histoire personnelle et familiale en deçà et au-delà de son vécu douloureux, pour envisager résolument son avenir. Le deuxième temps institutionnel représente le partage, avec l'équipe pluri-professionnelle, de notre compréhension dynamique respective du patient et du projet de soin et de vie à établir avec lui.

## Essai de compréhension d'une trajectoire de vie « douloureuse »

### Des parcours douloureux...

Les CETD accueillent le plus souvent des patients ayant derrière eux un parcours douloureux ancien, remontant parfois à plusieurs années et ayant « résisté » aux démarches diagnostiques et thérapeutiques multiples déjà entreprises, parfois invasives ou même iatrogènes.

Ne subsiste alors que le **statut de « douloureux chronique »** quelle qu'en soit l'appellation désignée, lombalgique, fibromyalgique primaire ou secondaire, neuro-algo-dystrophique, etc.

Le dossier déjà épais signifie alors un véritable « parcours du combattant », rempli d'espoirs et de désillusions, d'orages et d'accalmies, de frustrations et de revendications, souvent déplacés du corps soigné au corps soignant, puis au corps social et professionnel.

Cette **quête de reconnaissance**, d'un diagnostic identifiable ou parfois d'une invalidité ou d'un reclassement professionnel, renvoie à une quête identitaire et affective à laquelle nous devons non seulement nous abstenir de résister mais souvent accompagner, du moins provisoirement, pour relancer une dynamique soignante et reconstructrice.

Il est en effet inutile et même dangereux de vouloir résister aux résistances du patient, au risque d'une sur-enchère symétrique d'incompréhension, de frustration et finalement de rejet réciproque.

### ...et des biographies en miroir

Nous sommes en effet frappés avec nos confrères de voir à quel point la biographie de ces patients retrouve de manière insistante et itérative des **carences** de tous ordres quand ce ne sont pas des traumatismes évidents, parfois évoqués pour la première fois au CETD ou lors de la rencontre avec le psychiatre, malgré un parcours médical de plusieurs années.

Il n'est pas nécessaire d'aller chercher une randomisation savante et statistique, aussi préférant nous en

remettre au seul hasard, nous évoquerons tout simplement et brièvement le cas des trois derniers patients écoutés.

- a) **Madame A**, née de père inconnu, abandonnée par sa mère, élevée par son grand-père maternel (décès précoce de la grand-mère maternelle) jusqu'à l'âge de 7 ans où elle est reprise par sa mère lors de son union avec un nouveau compagnon, beau-père qui sera très investi par la patiente... jusqu'à son décès brutal par AVP quand elle a 12 ans, suivi un an plus tard du décès du grand-père maternel, la laissant seule face à une mère dépressive et rejetante, « à qui je reprocherai toute ma vie de m'avoir jamais aimée ».
- Commence alors dès l'adolescence le parcours psychiatrique avec poly-addictions (anorexie-boulimie, scarifications multiples...) motivant de nombreuses hospitalisations psychiatriques, rythmant les conflits d'emprise et de dépendance par rapport à sa mère, jusqu'à son départ à 18 ans avec son futur mari... qui décèdera prématurément d'un cancer, l'abandonnant à 27 ans avec deux enfants en bas âge.
- Nouvelle décompensation anorexique avec placement 9 mois des deux enfants à la DDASS, « parce que personne pouvait les prendre ».
- L'addiction se poursuit dans le travail (ambulancière) et le sport intensifs, avec entre temps naissance d'un troisième enfant suivi d'un divorce, jusqu'à l'apparition des premières douleurs, un rhumatisme non-étiqueté qui rétrocèdera totalement avant l'apparition 3 ans plus tard de rachialgies puis d'un syndrome algique et asthéo-dépressif diagnostiqué « fibromyalgie secondaire »... secondaire, oui, mais à quoi ?
- b) **Monsieur B**, né de père inconnu, élevé par sa mère seule... jusqu'à son décès après 3 ans d'évolution d'un cancer colique, « soignée » par son fils « qui vidait sa poche », entre sa 9<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> année. Il est alors confié à des tuteurs rejetants jusqu'à son émancipation.
- A 19 ans, il effectue des recherches pour retrouver son père qui l'exploitera professionnellement durant 2 ans avant de le rejeter : « après m'être fait enfler par mon père, j'ai dû repartir à zéro et me refaire financièrement et moralement ».
- Dans le même processus addictif professionnel que Mme A, Monsieur B cumule 2 voire 3 emplois simultanés, se marie, donne naissance à 2 enfants, bricole sa maison... « ma femme me crie dessus : tu vas te tuer au travail ».
- En novembre 2000, survient l'accident de travail (accident de la voie publique avec plusieurs tonneaux) avec douleurs lésionnelles séquellaires du membre supérieur gauche. Il décide plus tard de reprendre le travail et refuse de s'arrêter ne serait-ce qu'en mi-temps thérapeutique, comme il lui est proposé, pour effectuer sa rééducation : « ça m'a tout détraqué les cervicales... c'est peut-être aussi ma faute ? ».
- Depuis cet AVP, outre le syndrome post-traumatique (cauchemars, angoisses...), le patient ressent une fatigue physique et psychique extrême (« avant j'étais jamais malade, maintenant j'attrape tout »), qui lui est d'autant plus insupportable qu'elle induit un sevrage forcé de son hyperactivisme antérieur, jusqu'à l'émergence d'idées suicidaires.
- c) **Madame C** évoque un départ brutal de chez ses parents à 18 ans et demi, abandonnant sa famille (rupture totale des liens pendant 10 ans) et son travail, pour partir avec un homme marié de 44 ans (l'âge de son père). Elle n'allèguera en début d'entretien qu'un simple « conflit de génération » avec ses parents... puis très doucement elle parlera de carences d'amour et de protection de la part de sa mère (elle-même rejetée par sa propre mère), notamment vis à vis d'un père alcoolique et violent (voire plus...) à son encontre : « l'ainée essuie les plâtres », ou l'histoire d'un œdipe impossible.
- Sans enfant, elle parlera d'infertilité « d'origine psychologique d'après ma gynécologue », avec la peur plus ou moins consciemment évoquée de reproduire avec sa fille les carences subies par une mère elle-même carencée, et les traumatismes subis par le père...

Comme sa vie entière marquée par la « brutalité » (violence, rupture), les douleurs rachidiennes apparaîtront brutalement à son travail, après un retour de vacances. Elle qui a toujours été autonome et active dès son enfance, se retrouve brutalement dépendante et passive. Elle demande alors un soin « *tout en douceur* ».

Bien sûr, toutes les histoires de vie entendues ne sont pas aussi « parlantes » au premier abord, et ressortent d'un destin individuel et relationnel propre à chaque patient.

## Carences et dépendances

Comme classiquement repéré dans la littérature (4), beaucoup de ces histoires recèlent des **ruptures** ou des **carences affectives précoces** (abandon, placement, éclatement familial, décès, parents dépressifs et/ou douloureux, alcoolisme...) qui peuvent avoir valeur traumatique par leur intensité, leur durée ou leur répétition. Parfois même sont repérables des **traumatismes agis** (maltraitance physique, morale ou sexuelle).

Ces histoires infantiles renvoient aux traits de personnalité retrouvés chez le patient douloureux adulte dans de nombreuses études (2, 11): « 1. vision catastrophique de la vie; 2. activité incessante depuis toujours; 3. alexithymie; 4. besoin d'être soutenu; 5. manque de réactivité et d'autonomie... ».

Il n'est pas rare que ces vécus s'inscrivent dans le **transgénérationnel**, à travers des répétitions mortifères, des identifications pathologiques, des conflits d'emprise et de loyauté, des relations d'objet addictives, etc.

Au niveau individuel, le sujet « souffre-douleur » va devoir survivre face à ce manque d'amour, avec cette dépendance naturelle et structurante aux parents qu'il n'aura pu ni assouvir, ni même parler et encore moins élaborer.

La suite ressemble alors pour certains à un glissement dans la passivité-dépendance, et pour d'autres à une tentative d'autonomisation forcée et virtuelle, marquée là encore par des ruptures successives, cette fois non plus subies par le sujet mais agies par lui, dans une **tentative de déni et de maîtrise ultime de cette dépendance « impensable »**, tel un départ précoce ou précipité de la maison parentale, une instabilité affective et/ou socio-professionnelle itératives...

Ces évolutions souvent longues se font parfois au prix de symptômes, d'expression soit psychique, avec plainte dépressive et/ou névrotique (*1-catastrophising*), soit comportementale, avec conduites addictives, certaines reconnues comme pathologiques (troubles du comportement alimentaire, tentatives de suicide à répétition, abus de substances licites ou non...), d'autres mieux tolérées voire valorisées socialement (addiction au travail, au sport...).

Les patients rencontrés se décrivent en effet souvent comme d'anciens « bourreaux de travail », avec un **profil hyperactif et adaptatif**, tant au niveau de leur vie professionnelle que privée. La fuite dans l'agir, l'affairement et la dispersion (*2-useless anamnestic restless behaviour*) revêt alors pour finalité de remplir les vides affectifs anciens et réprimés, de s'anesthésier pour ne pas ressentir les émotions douloureuses (*3-alexithymia*), de s'étourdir pour ne pas penser les séparations et les manques (*4-need for support*).

Cette **lutte contre la dépressivité sous-jacente** rencontre tôt ou tard son **point de rupture**, parfois insigni-

fiant, représenté par une atteinte corporelle directe (accident de la voie publique, accident de travail, blessure sportive, intervention chirurgicale...) ou un événement de vie intercurrent (décès d'un parent, divorce, déménagement, mutation professionnelle, départ d'un enfant...) ou tout simplement un épuisement final par effet de sommation.

Cet « événement-cassure » vient rompre un équilibre individuel et relationnel précaire, et le sujet bascule alors de l'hyperactivité à l'aréactivité (*5-lack of reactivity*), de la fébrilité à la fatigabilité, de l'autonomie revendiquée à la dépendance (*lack of autonomy*), et de la santé parfois fragile (antécédent somatique plus ou moins algique pour certains patients) à la douleur affichée, avec ou sans substratum organique identifié.

Une fois l'état initial de sidération dépassé, qui vient faire écho et écran aux carences et/ou aux traumatismes primitifs, le combat souterrain reprendra, mais il aura (une nouvelle fois) changé de forme et d'objet, au travers même du **compromis symptomatique douloureux** qui aura pour effet notable de désarçonner les médecins successifs interpellés par le patient.

## Message et destinataire

Pour Lucien Israël (7), « *les symptômes (...) ne se contentent pas de traduire le mauvais fonctionnement d'un organe ou d'un appareil. Ils expriment un message, qui comme tout message s'adresse à un destinataire, même si ce destinataire, et encore moins le contenu du message, ne sont pas connus de l'expéditeur. C'est là une apparente absurdité, qui résiste à toute tentative d'explication simple et claire. L'esprit est obligé de franchir un pas, le pas du sens (...), pour accéder à un nouvel ordre de détermination* ».

Ce message inconnu du sujet répond notamment à sa quête identitaire et affective primordiale.

- Identitaire en ce sens qu'il va demander au médecin d'**identifier son mal** (« *ce que le mal-a-dit* »(9)), de lui donner un nom que le sujet reprendra pour lui-même : « *je suis lombalgique, fibromyalgique...* », et jusqu'à l'identification groupale à travers le possible regroupement en Association.
- Affective aussi, avec cette **demande d'amour, de considération et de réparation**, adressée à un destinataire inconnu, bien souvent le parent défaillant ou blessant, transféré alors sur la personne du soignant.

« **Il n'y a pas de mots de la douleur, elle ne peut que se crier** » (10): cette demande est en effet chargée naturellement de toute l'ambivalence, agressivité, et culpabilité, longtemps silencieuses ou assourdies mais alors autorisées à réémerger au côté de la plainte douloureuse.

Le médecin est ainsi comme cette mère à qui le patient-enfant demanderait apaisement et réconfort, mais ce rêve imaginaire d'une mère toute-puissante et bienfaitrice ne manque pas de renvoyer dans la réalité à la désillusion initiale de sa défaillance. Et même si dans l'histoire primordiale c'est le père qui a manqué par défaut d'amour et de reconnaissance, ou par excès d'emprise (incestuelle), c'est souvent dans la réalité psychique du sujet, la mère qui n'a pas su le protéger du père ou l'introduire comme tel.

Le soignant peut alors être confronté à un autre paradoxe quand le patient lui demande de répondre à une question sans réponse, de le guérir d'un mal qui peut représenter le remède, en ce sens que la « cicatrisation

algique » permet parfois de résoudre, enfouir ou annuler un conflit inélaborable en intra-psychique et alors projeté sur l'environnement social et médical, ainsi que l'exprime *Joyce Mac Dougall* (8) : « *le paradoxe de la demande de ces patients est d'être libérés de leur symptôme, alors qu'en fait la solution algique constitue une tentative d'autoguérisson* ».

## Et la dépression ?

Le vécu dépressif qui accompagne souvent le vécu douloureux chronique (environ 50% des cas dans la plupart des études), quand ce dernier ne permet pas de faire l'économie du premier, est bien sûr **secondaire** au rétrécissement de la vie physique et psychique du sujet, mais **également réémergence** d'une problématique dépressive et d'une dépendance primaires, enfantées dans la douleur actuelle.

Parfois même le patient a une connaissance directe de cette dépression primaire, qu'il a pu expérimenter et vouloir traiter antérieurement. Certains de nos patients nous disent être passés ainsi, après un intervalle libre ou même directement, du divan de leur analyste à celui de leur kinésithérapeute. Ils ajoutent parfois « préférer » cette douleur physique présente à leur ancienne douleur morale, effectuant même consciemment le lien entre le glissement de l'une à l'autre, illustrant ainsi « *la tentative d'autoguérisson* » évoquée par *Joyce Mac Dougall*.

Dans d'autres occurrences, la revendication légitime et inextinguible du patient se déplace dans le champ médico-social et professionnel, qui représente les derniers repères sociaux de code et de ritualisation tangibles, en voie de disparition dans nos sociétés modernes de plus en plus en virtuelles et individualistes (5).

*Ehrenberg* évoque en effet « *un changement dans la règle sociale qui a modifié les modes d'institution de l'individu, à savoir le basculement d'une société se référant à la discipline (...) et à l'interdit, à une société s'appuyant sur l'autonomie, c'est-à-dire sur l'initiative individuelle généralisée et le pluralisme des valeurs...* ».

Les sujets abandonniques et anaclitiques se retrouvent les premiers en souffrance dans ce contexte sociétal de pression à l'individualisme et à l'autonomie, et risquent alors de s'effondrer (« *pathologie de la grandeur* », dépressions narcissiques...) jusque dans la **fatigue-douleur du soi psychique et corporel**, et de se retourner in fine vers la mère-sociale.

Se repèrent ainsi de nombreux contentieux, dans une quête de reconnaissance chiffrée et objective d'un taux d'invalidité ou d'un reclassement professionnel, à l'origine de nouvelles frustrations qui concourent parfois à enfermer le patient et ses interlocuteurs dans une impasse douloureuse.

## Histoires de vie

Bien sûr, ces biographies et développements n'ont pas la prétention de recouvrir exhaustivement tous les cas rencontrés, loin s'en faut, du fait même de la singulière individualité de toute histoire humaine et de la part étiologique organique respective.

A l'inverse du profil hyperactif, nous avons signalé que certains patients « désarmaient » plus précocement, parfois dès la (post-)adolescence, pour glisser dans une passivité et une dépendance à leur entourage que l'avènement douloureux ne fera que renforcer et justifier, corroborant l'impasse vitale et élaborative.

D'autres patients ne décrivent pas les antécédents de carences précoces ou transgénérationnelles évoquées précédemment. Leur destin douloureux leur appartient en propre et peut naître, notamment pour les femmes qui représentent la majorité des consultants, autour des **aléas de leur féminité et/ou maternité**.

Beaucoup de patientes rapportent en effet une enfance sans particularité notable, mais des événements de vie marqués par des souffrances et angoisses de femmes, telles des pathologies du sein ou utéro-ovariennes (cancer, endométriose...), induisant parfois des chirurgies mutilantes. D'autres évoquent des souffrances de mères, à savoir une hypofertilité, des fausses-couches spontanées, des interruptions volontaires ou thérapeutiques de grossesse, des enfants handicapés ou décédés...

A noter que les hommes peuvent être pareillement atteints dans leur virilité et leur paternité, et sur le même mode de la castration, malgré des assises narcissiques apparemment solides.

Dans tous les cas, ces vécus de perte induisent autant de **deuils** à élaborer et à intégrer, et les cas les plus « douloureux » peuvent alors se solder par des cicatrisations algiques et asthéniques.

Parfois nous retrouvons des romans familiaux et individuels très banals chez des patients douloureux sans diagnostic précis, ce qui pourrait même paraître inquiétant du fait que ces sujets n'autorisent pas la moindre mise en sens et en mouvement de leur symptomatologie et évolution, qui restent ainsi parfois figées dans une chronicité stérilisante et mortifère, où le conflit n'aurait pas droit de cité.

## A l'écoute des patients...et des soignants

### L'institution soigne

Il nous faut rappeler en préambule que **le patient apporte avec lui dans l'institution les ressorts de sa problématique psychique individuelle et environnementale**, dont témoignent par exemple les visites et demandes des familles.

Ce mouvement d'importation va lui permettre de « revivre », dans la cure institutionnelle, l'essentiel de sa conflictualité intra et inter-psychique, projetée dans une unité de temps et de lieu. L'enjeu thérapeutique consiste alors à accompagner le patient pour qu'il trouve par lui-même une autre issue à sa conflictualité première que le seul compromis symptomatique douloureux et asthénique.

Le « **contenant** » institutionnel offre l'autre avantage de permettre une écoute et une réponse pluri-professionnelles, avec des transferts latéraux à « géométrie variable ». Ces mouvements transféro-contre-transférentiels divers prennent sens dans l'articulation et la cohésion fonctionnelle de l'équipe soignante, rythmées par les visites quotidiennes au lit du patient et les temps de synthèse programmés.

Ces échanges réguliers évitent ou **réduisent les cliques et les ruptures**, beaucoup plus nombreux et invalidants dans la seule prise en charge ambulatoire, souvent par manque de communication possible entre les différents intervenants. Il n'est pas rare que le patient nous apporte x versions de sa « maladie », véhiculées d'un interlocuteur à l'autre et souvent contradictoires et confusantes.

Dans ce contexte institutionnel, la consultation psychiatrique systématique ne sera pas ressentie comme la marque d'une stigmatisation ou d'un rejet, mais comme un outil supplémentaire mis à la disposition du patient, et nous n'enregistrons d'ailleurs aucun refus, quitte pour le psychiatre à mettre le patient en confiance pour réduire d'éventuelles réticences, afin d'établir l'indispensable alliance thérapeutique.

L'autre impact à ne surtout pas négliger en institution est représenté par la **dynamique de groupe entre patients**. Elle permet à travers le partage de leur vécu douloureux, la relance de processus d'identification éventuellement en souffrance, préalable au travail de différenciation, et participe également au soutien et à la remotivation.

## Avec le patient

Partant du postulat énoncé que le patient apporte avec lui dans l'unité l'essentiel de sa problématique psychique, nous commençons régulièrement l'entretien en l'interrogeant sur son vécu actuel à l'hôpital, ses satisfactions ou frustrations, son amélioration ou aggravation et surtout son mode relationnel d'investissement du soin et des soignants.

Par exemple, Madame A nous dira qu'elle s'angoisse de voir ses symptômes anorexiques réapparaître à mesure que s'éloigne sa douleur, « *car à chaque fois que j'ai eu des troubles alimentaires, c'était un appel au secours...* ».

Monsieur B nous annoncera d'emblée trouver le soin « *pas assez intensif...* ». Après avoir évoqué son histoire personnelle particulièrement « intensive », il effectuera avec humour le parallèle avec sa remarque initiale et comprendra l'intérêt consécutif de « lâcher prise » pour accepter son état présent et privilégier dans un premier temps le soin physique et psychique. Il envisageait même un suivi psychothérapique, « *pour faire le ménage par rapport au passé...* ».

Madame C anticipera que cette hospitalisation ne lui « *apportera rien de plus que les nombreux soins déjà subis par le passé* » et donnera l'impression aux soignants de mettre « délibérément » en échec les soins proposés, en contradiction « apparente » avec sa demande de soulagement douloureux telle qu'énoncée à travers les consultations préalables.

Il faut en effet préciser l'importance décisive de ces **consultations de préparation et de motivation en amont de l'hospitalisation**, et déjà effectuées dans une double contingence somato-psychique, puisque associant successivement un médecin somaticien et la psychologue du Centre, et cherchant à définir **une temporalité et des objectifs accessibles**, autant en terme de soin que de qualité de vie ou de reprise de travail.

A partir de l'étude du vécu institutionnel actuel, nous remonterons tranquillement le fil douloureux jusqu'au contexte ayant présidé à son émergence, cherchant avec le patient d'éventuels facteurs déclenchants ou favorisants, et d'étiopathogénies diverses.

Au passage, nous aurons décrit avec lui les différentes étapes de son parcours soignant déjà étendu. Sa quête d'un diagnostic précis auprès des médecins est souvent à la mesure de ses propres difficultés inverses à accepter le fait même d'être « malade ».

C'est bien que cette douleur, tout autant qu'une marque de reconnaissance à travers une identité (re)trouvée, représente également un **vécu de perte pour le patient**, perte fonctionnelle et objectale en rapport avec

la zone ou le corps douloureux, perte narcissique en lien avec l'altération de l'image de soi, associée aux pertes du rôle social, professionnel et familial, qui alimentent le vécu régressif et dépressif de ces patients.

Ces pertes cumulatives signent en effet un **processus de Deuil**, et ne manquent pas de renvoyer aux deuils successifs et (normalement) structurant du sujet depuis les séparations primordiales de son enfance, heureuses ou malheureuses, qu'il sera alors possible d'explorer avec lui.

Nous serons en effet très souvent surpris par la disponibilité et la curiosité des patients à explorer leur histoire individuelle et familiale, et à établir eux-mêmes des liens de similitude et de répétition, le psychiatre n'étant alors que l'artisan témoin de cette reconstruction.

Le recours par le thérapeute au **langage métaphorique** et à l'humour, très souvent relayé par le patient (déjà dans le descriptif qualitatif très imagé de sa douleur), apaise les tensions, favorise l'introspection et les associations et ouvre souvent des perspectives de soin stratégiques.

Pour illustration, telle patiente souffrant de douleurs et rétractions scapulaires, sourira rétrospectivement de son association d'idées inconsciente : « *toute ma vie je me suis battue sans jamais vouloir baisser les bras... et là je ne peux plus les lever...* ».

Telle autre patiente évoquant les difficultés rencontrées par son chirurgien pour libérer les adhérences tissulaires autour de son rachis multi-opéré, ajoutera en riant : « *c'est encore plus dur pour moi de libérer les adhérences à mon passé...* ».

Cette co-reconstruction du passé ne vise en effet que **l'avenir de vie du patient et le développement de nouveaux projets**, ce qui nécessite quelques étapes en rapport avec les processus de deuil énoncés.

## Les deuils successifs

En premier lieu, le deuil de l'état antérieur à l'apparition de la douleur, état souvent idéalisé (« *avant tout allait bien...* »), à la mesure qu'il permet au sujet de masquer ses difficultés psychologiques pré-existantes. Ce deuil représente une des premières étapes soignantes. Il est à noter que cette acceptation est parfois favorisée par l'adhésion à une association, comme l'indiquent certains patients.

Par ailleurs, ce processus de deuil, avec ses corollaires de pertes, remaniements et réinvestissements, montre bien comment, à l'hyper-investissement d'un objet ou d'un fonctionnement, peut succéder **l'hyper-investissement de la douleur** et/ou de la zone douloureuse, qui devient le point central mais obscur (« la tâche aveugle ») et quasi exclusif de la vie de ces patients : « *son âme va se resserrer au trou étroit de sa molaire* » (Freud (6)).

Le sujet aura besoin d'être accompagné pour effectuer ce deuxième deuil, celui de l'état douloureux, d'autant plus délicat qu'il contient et enfouit le nœud conflictuel ambivalentiel ou clivé (et alors souvent dénié) du patient, et abrite ses résistances au changement.

## La famille

C'est là qu'il est impératif de prendre en considération l'individu dans son environnement social, tant passé que présent, dont la famille représente le premier nucleus et le plus décisif.

Il est en effet évident que **les remaniements propres au sujet interagissent avec ceux de son entourage**, créant de nouveaux modes relationnels, centrés sur la douleur et la dépendance du patient...et de sa famille parfois « dépendante » (du maintien) de la douleur du patient. Ces interactions croisées induisent un nouvel équilibre économique (au sens métapsychologique et même financier), parfois précaire mais néanmoins indispensable à la survie psychique du patient et de son système d'appartenance (1).

L'entourage peut ainsi être pris dans la même spirale d'impuissance, d'agressivité, de culpabilité et de bénéfice secondaire, en miroir du patient.

Le projet doit donc faire référence et inclure l'entourage pour entendre ses attentes et favoriser son évolution, parallèlement à celle du patient. Sinon, le risque d'un déphasage est d'induire une pérennisation de la plainte, ou son déplacement vers d'autres douleurs ou objets de revendication réciproque.

### Perversion du soin

Ici peuvent interférer les logiques « perverses » de mise en échec du soin et des soignants, telles qu'exprimées inconsciemment par Madame C derrière ses demandes apparentes de soulagement et de réparation, en référence au traumatisme, assimilé comme « irréparable », de son enfance.

Cette mise en œuvre perverse n'est pas constitutive du patient, mais répond à des **stratégies adaptatives et défensives** face à « *quelque chose d'insupportable dans son histoire et dont il ne veut absolument rien savoir* » (9), tout en demandant au médecin de l'explicitier, l'impasse élaborative du soigné fusionnant alors avec l'impasse curative du soignant.

Le sado-masochisme peut ici représenter la marque ancienne et profonde d'une fantasmatique (incestuelle) ou d'un traumatisme, avec « l'incorporation » du couple indissociable « victime-bourreau » au sein du patient lui-même. La douleur présentifie alors « *à la fois le signal de la faute et le moyen de la payer* » (3), à savoir que la victime désignée « hérite » à la fois de la faute et du prix de la faute (c'est à dire la culpabilité).

Cette **logique mortifère** risque de se prolonger en écho infini dans la trajectoire de vie et de soin du patient. Son masochisme le conduira à offrir son corps (à son corps défendant) au bistouri « sadique » du chirurgien, ou au **rejet « agressif » du médecin** (jusqu'au médecin conseil), et son sadisme l'amènera parallèlement à le mettre en échec ou à se retourner contre lui, dans un contexte de judiciarisation renvoyant encore à l'impunité de la faute première et à l'agressivité-culpabilité du patient et de son entourage « complices ».

### La douleur des soignants

C'est alors pour les soignants une rude épreuve que de recevoir de plein fouet tant d'agressivité et de culpabilité projetées, mêlées de résistance et de contradiction. D'autant plus que **leur idéal et leur toute-puissance thérapeutiques sont attaqués de front par la toute-puissance de l'incurabilité du patient**, et que les dépenses sans compter des soignants pour atténuer la trace douloureuse n'aboutissent en fait parfois qu'à souligner cette même trace (3).

Il peut alors être salvateur pour le soignant de percevoir que les mouvements passionnels du patient ne sont pas dirigés contre sa personne mais contre sa représentation, le « message » s'adressant en fait à des imago anciennes surgies du passé et concernant autant les morts (voire plus) que les vivants.

Il peut être utile aussi de comprendre que les **résistances du patient** sont conditionnées par une angoisse sans fond à l'idée d'un changement ou d'un décentrage possibles, pris de vertige devant le gouffre dépressif où il risque de s'abîmer sur la voie de ce changement, sans cesse retenu par les voix du passé.

Tous les efforts intensifs déployés par le patient depuis si longtemps visent en effet à le protéger de cet effondrement narcissique ou d'un « retour du refoulé » traumatique, et c'est dans ce sens que nous pouvons lui proposer des outils soignants et relationnels nécessaires à la construction d'une passerelle sécurisante au-dessus de ce gouffre, jusqu'alors comblé par la douleur.

C'est encore une fois en langage métaphorique et parfois cru, que le psychiatre peut entendre et répondre à la plainte douloureuse des soignants, attaqués dans leur identité même, et tenter une **mise en sens qui ne soit pas une mise en cause**, ni du patient ni des soignants (dont le psychiatre fait partie intégrante).

C'est également permette à l'équipe d'intégrer elle aussi certains deuils, à l'instar du patient, et d'**accepter des régressions ou des fixations transitoires** (tel un « échec » thérapeutique momentané ou une invalidité provisoire) qui représenteront pour le patient une reconnaissance effective et une sécurité « sociale », lui permettant de reprendre ultérieurement une marche en avant progressante.

### Le soin physiologique et psychique

a) De la même manière, il est important pour le psychiatre aussi de pouvoir suspendre son inclination naturelle à indiquer un *suivi psychologique*, et de s'en remettre au temps, aux ressources présentes du patient et à son éventuelle motivation ultérieure. D'autant plus que sur un plan stratégique, le patient peut percevoir comme contradictoire l'affirmation positive de ses capacités personnelles... et l'envoi simultané en psychothérapie, avec le risque de renforcer son vécu d'insuffisance.

En cas de demande du patient ou d'indication partagée et comprise, nous avons tendance à proposer en première intention des **thérapies brèves stratégiques à orientation solutionniste ou cognitiviste, et/ou à médiation corporelle ou hypnotique**, sans oublier que le patient « parlant » avec son corps, c'est d'abord au corps qu'il convient de répondre.

En effet, même si notre compréhension clinique s'étaye sur la métapsychologie, la nature et l'expression même des troubles du patient le rendent parfois moins accessible à un travail élaboratif prolongé, à la différence d'une thérapie interactive, contractualisée dans le temps et s'étayant sur des objectifs précis et étagés, avec par exemple prescription de tâches personnalisées centrées sur **la qualité de vie et l'auto-nomisation**, à l'image du soin et de la rééducation physiologiques qui procèdent des mêmes moyens et de la même finalité.

Certains patients ont néanmoins pu nous démontrer le bénéfice retiré d'une **psychothérapie d'inspiration**

**analytique**, soutenue par une motivation et une mobilisation claires, que ce soit en première ou deuxième intention.

b) Il est également capital de rappeler que les *soins somatiques* participent, dans leur essence et leur formulation même, au soin psychique. Pour illustration, le « réentraînement à l'effort » dosé et progressif tend à limiter les effets d'un sevrage prolongé de l'hyperactivisme antérieur et les conséquences d'un glissement dans l'inertie et la passivité-dépendance. Pour certains patients, il s'agira de tempérer leur ardeur à vouloir « acheter » sans compter tous les soins proposés ou leur volonté d'aller trop vite (sur un mode quasi addictif), pour d'autres leur expliquer que le dogme obsolète du « repos total » n'aboutit en fait qu'à renforcer le cercle vicieux de l'asthénie et de la douleur. De même, la prise en considération des activités de loisir et du projet professionnel participe à la **renarcissisation** et à l'autonomisation au quotidien du patient, en même temps qu'elle relance une **anticipation de l'avenir**, obscurcie jusqu'alors par le mur douloureux.

c) Quant à la *chimiothérapie*, beaucoup de patients arrivent au Centre avec un **antidépresseur** sérotoninergique ou tricyclique dans leur arsenal médicamenteux, sans d'ailleurs savoir précisément s'il leur est prescrit à visée antidépressive, antalgique, anxiolytique ou hypnotique, du fait même du positionnement de ces produits sur ces diverses indications. Nous nous permettons alors juste d'éclairer avec eux leur compréhension et leur attente face à cette prescription, que nous indiquons parfois nous-même si le patient en perçoit l'intérêt, condition sine qua non de sa bonne observance. Nous n'évoquerons que brièvement les prescriptions morphiniques souvent « hasardeuses » et leur cortège d'effets secondaires qui conduisent la plupart du temps les médecins du Centre et les patients eux-mêmes à indiquer leur **sevrage**, la finalité du soin restant d'« endormir » la douleur et non le patient : « *Il est aisé d'écrire des ordonnances, mais c'est un travail difficile que de s'entendre avec les gens* » (Frantz Kafka in « Un médecin de campagne »).

## Conclusion

Dans ce contexte soignant de partage pluri-disciplinaire et pluri-professionnel, la place du psychiatre, à l'interface entre le patient et l'équipe soignante, le destine à une **activité de « liaisons » multiples**.

Celles-ci opèrent d'abord auprès du patient, tant au niveau intra-sujetif pour l'aider à lier affect et représentation, soma et psyché, qu'au niveau inter-sujetif dans ses relations avec son entourage familial et médico-social. L'objectif est d'accompagner le patient à (ré)intégrer cette « lésion psychique douloureuse » pour lui trouver une autre issue vitale que les avatars du « narcissisme négatif » (A. Green).

Ces activités de liaisons sont également destinées à nous relier entre soignants **et** avec le patient, pour mieux intégrer et répondre à ses attentes conscientes et inconscientes à notre égard, et mieux pouvoir supporter nos frustrations et apprécier nos avancées thérapeutiques.

Le suivi ambulatoire en amont et en aval ressort du même intérêt évident à favoriser le travail en lien et en **réseau**.

## Bibliographie

1. Bioy A. et Nègre I. : Prise en charge graduée du syndrome douloureux chronique. *Douleur et Analgésie* 3, 169-174, 2001.
2. Benezech J.-P. : Quelques traits de la personnalité du patient douloureux chronique à intégrer dans nos pratiques. *Douleurs* 3, 3, 2002.
3. Bocher R. : *La solution lombalgique*. Cahier de kinésithérapie. Ed. Masson, Paris, 1996.
4. Burloux G. : Aspects psychanalytiques en rhumatologie. *Rhumatologie* 37, 4, 21-24, 1985.
5. Ehrenberg A. : *La Fatigue d'être soi – Dépression et société*. Ed. Odile Jacob, Paris, 1998.
6. Freud S. : *Pour introduire le narcissisme*. In « La vie sexuelle ». Ed. PUF, Paris, 1969.
7. Israël L. : *Boiter n'est pas pécher*. Ed. Denoël, Paris, 1989.
8. Mac Dougall J. : *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Ed. Gallimard, Paris, 1978.
9. Michaud A. et Triol I. : La douleur, le patient et le médecin : logique perverse dans les cas de douleurs chroniques. *Douleurs* 3, 4, 2002.
10. Pontalis J.-B. : *Entre le rêve et la douleur*. Ed. Gallimard, Paris, 1977.
11. Zoppi M. : Original observations on fibromyalgia. *The Pain Clinic* 12, 3, 177-9, 2000.

Page 168  
Blanche