

## **Douleur : aspects liés au traumatisme**

*Marie-Claude Defontaine-Catteau*

Les liens entre douleur chronique et traumatisme sont classiques et relèvent d'une relation de causalité entre une atteinte corporelle accidentelle (accident de travail, accident de voie publique, pratique sportive...) et ses séquelles plus ou moins permanentes.

D'un point de vue psychopathologique, les douleurs post-traumatiques présentent des caractéristiques spécifiques liées à leurs causes et intégrées à un mouvement psychologique plus global qui comprend l'ensemble des réactions psychologiques à un traumatisme quel qu'il soit (physique ou psychique).

À cette perspective habituelle peuvent s'ajouter deux axes préalables de compréhension :

- la douleur révèle la fracture traumatique à la fois du point de vue de l'existence mais aussi dans le psychisme du patient douloureux ;
- elle est elle-même un traumatisme pour celui qui la subit et elle se chronicise souvent là où d'autres traumatismes, beaucoup plus anciens, n'ont pu trouver à se résoudre.

### **■ LA DOULEUR CONSIDÉRÉE COMME TRAUMATISME EXISTENTIEL**

Dans une conception plus existentielle que phénoménologique, la douleur est envisagée comme un événement qui s'inscrit sur un axe temporel qui est celui de l'existence : celle-ci est un continuum, elle est basée sur une dynamique temporelle qui peut recevoir des coups d'arrêt, être ponctuée de béances, de ruptures.

La douleur est ainsi évoquée à partir des déchirures, des blessures du corps comme autant d'épreuves qui laissent des traces, des coupures qui vont stigmatiser le temps (Guex, 1986).

Les événements traumatiques de l'existence (maladie, blessure, deuil) sont accompagnés de l'apparition subite ou progressive d'une douleur (physique, morale) qui va modifier la façon "d'être au monde" du sujet devenu douloureux. Ces épreuves constituent des fractures existentielles qui ébranlent l'image idéale de soi et du monde : le propre du traumatisme est que l'image idéale intacte, antérieure, ne peut être restituée et qu'il y aura nécessité de faire émerger un autre soi-même (par changement de l'image idéale).

Certains douloureux résistent à ce type de mutation : les autres, la médecine le plus souvent, sont rendus responsables et sont désespérément sollicités pour contribuer à la restauration de l'image perdue. Pour ces patients, la souffrance s'est inscrite dans le corps et y demeure. C'est autour d'elle que s'articulera désormais toute la conception du temps. Il y aura donc un avant et un après l'apparition de la douleur et leur histoire va désormais se confondre avec l'histoire du symptôme qui devient une nouvelle histoire.

Dans cette perspective existentielle, (Guex, 1987), le maintien de la douleur intacte est compris comme une nécessité absolue pour éviter l'incertitude et les changements introduits par l'événement traumatisant. La douleur intraitable, dorénavant indispensable au trajet existentiel du sujet, peut être comparée à un tatouage : un lieu du corps figé et marqué, "un labyrinthe complexe qui ne sait décider sa tension vers l'interne ou l'externe" (Serres, 1985) et qui s'inscrit à son interface sur le corps lui-même, garantissant ainsi une stabilité, une identité existentielles permanentes. Cette répétition du même, de l'identique étant symptomatiques des séquelles post-traumatiques.

Certains douloureux chroniques, ayant rompu avec leurs origines (familiales, patriotiques...), sont contraints de privilégier leur corps comme force de travail et comme seule richesse. Si une blessure corporelle, une incertitude professionnelle ou un traumatisme surviennent dans leur existence, ils n'ont alors plus d'autre recours que d'offrir leur corps aux rituels de la médecine. S'ils sont à la recherche de rituels dans ces moments de profonde mutation existentielle, c'est que leurs anciennes références n'existent plus. Ils sont "douloureux chroniques" et la douleur constitue une recherche, voire l'acquisition d'une identité, d'un sentiment d'appartenance, qui se situe dans la réalité des services de santé, à défaut de les avoir acquis par les processus de symbolisation.

## ■ LA DOULEUR CONSIDÉRÉE COMME UN TRAUMATISME EN SOI

La psychanalyse est étroitement liée à la notion de traumatisme et l'on sait que la théorie freudienne a posé le traumatisme précoce, de nature sexuelle, comme générateur des constructions névrotiques ultérieures (en particulier la névrose hystérique).

En ce qui concerne la douleur, Freud propose une théorisation originale (1895, 1926) : il la décrit comme une "irruption de tension", responsable pour le psychisme d'une effraction. Elle relève d'un phénomène de rupture des barrières, "lorsque des quantités d'énergie excessives font effraction dans les dispositifs protecteurs" (1895). Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Freud souligne donc l'aspect traumatique de la douleur en ce sens qu'elle provoque une brèche dans les défenses psychiques du sujet (tout comme le traumatisme) ; il s'agit d'une sorte "d'hémorragie" qui aspire toutes les capacités associatives du douloureux.

« La douleur vive, aiguë, provoque d'abord une forme de "sidération", de destruction des systèmes de pensée et de communication habituels du patient » (Pedinielli et al. 1997). L'effraction dans le psychisme du sujet est responsable d'une paralysie des opérations mentales. Le patient se focalise alors sur la zone corporelle algique ; « dans le cas de la douleur corporelle, il se produit un investissement élevé et qu'il faut qualifier de narcissique de l'endroit du corps douloureux, investissement qui ne cesse d'augmenter et qui tend pour ainsi dire à vider le moi » (Freud, 1926).

La douleur provoque donc un double mouvement : une centration sur le corps qui provoque une "hémorragie" psychique et suite à ce surinvestissement narcissique, apparaît un désinvestissement conjoint du monde extérieur et des autres et pour finir de tout ce qui n'est pas la douleur. « Dans la douleur comme dans l'accès d'effroi, ("Schreck"), l'appareil psychique est mis en péril par l'irruption d'une sensation à laquelle le sujet n'était pas préparé » (Pedinielli et al. 1997) : le caractère traumatique de la douleur est ainsi lié à cette absence de préparation et à l'impossibilité pour le sujet à fuir l'expérience douloureuse.

## ■ LA DOULEUR CONSIDÉRÉE COMME MANIFESTATION PSYCHIQUE, CONSÉQUENCE D'UNE FORME DE TRAUMATISME

Une douleur devient chronique lorsque sa durée excède 3 à 6 mois (Agnew et al. 1976). Cette chronicité repose sur deux mécanismes liés au temps : la durée et la répétition de l'identique. La permanence des symptômes douloureux, la persistance d'une douleur devenue "maladie", le jeu d'alternance entre soulagement et crises douloureuses, entre fond douloureux et paroxysmes, font appel à un phénomène de répétition, de reproduction. On retrouve ce phénomène dans d'autres symptomatologies répétitives, en particulier ce que l'on appelle communément "les séquelles post-traumatiques" (au sens psychiatrique du terme "traumatique").

### ▷ Quand y a-t-il traumatisme pour une personne ?

Il y a traumatisme quand l'expérience vécue (accident, blessure, mort, attentat...) déborde les capacités d'élaboration psychique du sujet, c'est-à-dire ses compétences à penser et à donner du sens à ce qu'il vit. Le traumatisme comporte un choc initial lié à l'intensité de l'inattendu, suivi d'une double caractéristique :

- somatique : "l'ébranlement". Le corps est saisi par l'angoisse et la lutte pour la survie ;
- psychique : "l'expérience d'effroi" où le sujet est confronté brutalement à l'étendue des dégâts corporels et à la perspective de la mort pour lui-même ou pour autrui ;

La personne victime d'un traumatisme voit alors une sidération de son fonctionnement psychique ;

Pour les séquelles de ces traumatismes, la nosographie psychiatrique, en particulier anglo-saxonne, propose "l'état de stress post-traumatique", dont la définition est la suivante :

- le sujet a vécu un événement hors du commun qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ;
- l'événement traumatique est constamment revécu (souvenirs, rêves, illusions, etc.) ;
- évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ;
- présence de symptômes persistants traduisant une hyper-activité neurovégétative.

La psychiatrie française, quant à elle, a défini les modalités de la “névrose traumatique” :

- elle est occasionnée par une expérience traumatisante d'une exceptionnelle intensité (avec ou sans traumatisme corporel) ;
- il existe des symptômes post-traumatiques spécifiques centrés par l'effroi (débordement émotionnel, prostration, asthénie et phénomènes de répétition) ;
- certains symptômes sont non spécifiques : fonctionnels, hystériques, phobiques, dépressifs ;
- on observe une réorganisation de la personnalité : régression, somatisation, projection, etc.

Globalement, la symptomatologie post-traumatique est centrée sur le ressassement au travers de ruminations diurnes, de répétitions mentales improductives du traumatisme initial. Ce qui amène à la question de savoir si la douleur pourrait avoir un rôle identique à celui du ressassement ou des rêves répétitifs comme des névroses traumatiques. Au même titre que les autres symptômes post-traumatiques, la douleur, expérience somato-psychique 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.

### ► La position de victime

Il convient de souligner la notion de subjectivité du traumatisme : peu importe la réalité objective de l'événement ou des événements initiaux ; c'est le vécu du sujet qui détermine l'importance du traumatisme. Cela se vérifie lors des entretiens avec les douloureux chroniques qui mettent en exergue leur victimisation dans la narration des faits présents et passés.

Ce positionnement de victime resurgit dans des douleurs chroniques rebelles telles que le sont certaines lombalgies (Defontaine-Catteau, 1993) : la résistance de la douleur aux traitements s'alimente de la conviction d'avoir “trop travaillé”, la plupart du temps dans un contexte professionnel traumatogène (risques, accidents, sentiment d'avoir effectué des tâches trop lourdes et trop précocement). La notion d'avoir été “exploité” est fréquente. Ce sont des douleurs chroniques également souvent associées aux maltraitements corporels ou aux sévices sexuels de l'enfance.

Traitant précisément des relations entre douleur et abus sexuels, (Wood et al., 1990) relèvent chez leurs patients la présence d' "helplessness", d' "hopelessness" et de victimisation alors que ces derniers font constamment la preuve de leur impossibilité à établir un lien avec les traumatismes d'origine.

Les femmes présentant des douleurs pelviennes chroniques relatent fréquemment des histoires d'abus sexuels (Walker et al. 1993) que les auteurs relient à d'autres formes de sévices vécus ; ils donnent l'exemple de la fibromyalgie (1997) dont sont porteurs des patients victimes non seulement de sévices sexuels, mais également de maltraitance, de traumatismes émotionnels violents ou encore de négligence. Dans une autre étude (1995), pratiquant chez 100 femmes une laparoscopie à visée diagnostique (50 % pour douleurs chroniques, 50 % pour évaluation d'infertilité ou ligature des trompes), ils montrent que les patientes douloureuses présentent de façon hautement significative à l'égard de l'autre groupe des histoires d'abus sexuels (de l'enfance, de l'âge adulte). Lampe et al. (2000) trouvent que la relation entre sévices sexuels et développement ultérieur d'une douleur pelvienne chronique est d'autant plus évidente que le passé de victime se situe avant l'âge de 15 ans.

La sphère pelvienne n'est pas exclusive et toutes localisations douloureuses confondues, Wurtele et al. (1990) indiquent que 20 % de leurs 135 patients douloureux évoquent des abus sexuels de l'enfance avec une nette prévalence pour les femmes (39 %) (hommes : 7 %).

## ► Importance de la subjectivité du traumatisme

Ce n'est pas la réalité du traumatisme, c'est-à-dire sa gravité potentielle, qui est significative pour mesurer l'impact des séquelles qu'il engendre. C'est uniquement la façon dont un sujet vit une situation, dont il y réagit (ou non d'ailleurs) qui fait la sévérité du retentissement. La fragilité de la personne, son vécu, la reviviscence possible de situations identiques font le lit du traumatisme tout autant que le poids objectif de ce dernier. À cet égard, une recherche de Raphaël et al. (2001) est illustrative : ils mènent une étude prospective durant six ans chez 676 patients victimes de maltraitances dans l'enfance. Un groupe contrôle de 520 sujets est inclus dans la recherche. Les résultats sont étonnants : en effet, il n'existe pas d'association entre présence de sévices anciens et apparition "attendue" de douleurs inexpliquées de l'adulte.

En revanche, il y a corrélation avec la relation rétrospective par le patient d'un passé de victime, tant dans le groupe patients que dans le groupe contrôle...

## ► Mémoire et archives de la douleur

Cette subjectivité primordiale du vécu traumatique, même passé, suppose qu'il y ait chez les sujets une mémoire de la douleur (Laurent, 1997). Depuis longtemps, la clinique a mis en évidence le rôle considérable que jouent les émotions dans la chronicisation de la douleur et dans la force de sa mémorisation (Katz, 1992). La douleur en mémoire est particulière puisqu'il est difficile, voire impossible de se la remémorer dans ses composantes sensorielles ; son évocation est plutôt du registre émotionnel. En revanche, si une douleur se répète, même à très grande distance temporelle, sa reconnaissance est exacte. Certains auteurs travaillent à souligner, en particulier chez le tout-petit (voire chez le prématuré ou le fœtus), l'existence de ces douleurs précoces, inscrites en mémoire (Fitzgerald, 2001) : leur non soulagement engendre une mémorisation autonome susceptible d'être réactivée lors de douleurs ultérieures et responsable d'une chronicisation rebelle. On comprend que ces douleurs aiguës passées aient pu déborder, en raison de leur précocité, les capacités d'élaboration du petit d'homme qui en fait l'expérience. La neurophysiologie, la neuropsychiatrie appuient ces thèses. Certaines crises d'épilepsie font revivre des expériences douloureuses anciennes, ce qui conforte l'hypothèse d'informations douloureuses stockées en mémoire, inactives et en attente d'être réactivées (par la décharge de la crise, mais aussi par une émotion, par une douleur analogique ?).

Au plan psychopathologique, l'apport de la psychanalyse (Derrida, 1995 ; Cooren, 1998) permet d'envisager le rôle de la mémoire non seulement comme un travail de classement et d'archivage, mais aussi comme un mouvement dynamique permanent de ré-archivage, de reclassement de ce qui l'était déjà. L'archive est vivante et prête à interagir avec ce qui s'archive de façon actuelle et avec l'expérience en train d'être vécue.

Il est clair, dès lors, que dans la douleur-symptôme post-traumatique il y a une défaillance du système de mise en mémoire (impossibilité à abandonner le symptôme). L'archivage est en faillite et échoue à libérer le sujet de sa répétition douloureuse.

## ► Rôle des émotions dans la chronicisation de la douleur post-traumatique : cas clinique

Un patient de 84 ans se présente au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur pour une algohallucinose. Touché par un éclat d'obus durant la seconde guerre mondiale, il néglige son bras presque arraché pour porter secours à ses compagnons mourants. Il est évacué tardivement du front et en raison de la gangrène déclarée, est amputé du bras gauche avec désarticulation au niveau de l'épaule, huit jours après la blessure initiale. À la consultation, il décrit des douleurs neuropathiques et une hallucinose qui lui fait évoquer un bras complet, non télescopé et toujours positionné à l'identique, c'est-à-dire dans la position de la gouttière où il était immobilisé jusqu'à son amputation. Il ressent de surcroît, lors des paroxysmes douloureux, des sensations kinesthésiques dans le bras fantôme, réminiscences des cahots douloureux du trajet d'évacuation en ambulance. L'exactitude de cette mémoire corporelle lui fait évoquer la persistance de la sensation d'un écoulement sanguin au point d'impact de l'éclat d'obus.

L'expression de ce patient est remarquable dans la précision des sensations fantômes. Ce qui est beaucoup plus extraordinaire, c'est que son hallucinose n'a été que peu algique et supportable pendant plus de 40 ans : il ne prenait d'ailleurs aucun traitement à visée antalgique durant cette période. En revanche, l'algohallucinose est devenue insupportable au décours d'un double choc émotionnel chez ce pacifiste notoire : le petit-fils, qu'il avait dû élever, le quittait à 19 ans et il partait pour s'engager dans l'armée..., laissant le vieux couple dans une stupéfaction et un chagrin inconsolable.

Les émotions ont un rôle dans la reviviscence du traumatisme initial : tout se passe comme si un signifiant de l'émotion actuelle (engagement "militaire", deuil de la présence du petit-fils lié à un départ pour l'armée ?) était susceptible de solliciter une expérience émotionnelle passée analogue et donc de provoquer un réveil analogique de la douleur. Hill et al. (1996) soulignent cette possibilité de rappel des traumatismes anciens et de leur charge émotionnelle ; chez un de leurs patients amputé, la douleur pouvait être réactivée dans le membre fantôme par des phénomènes cognitifs et/ou émotionnels et non pas exclusivement sensoriels.

Le traumatisme est bien une expérience corporelle et psychique ; en

méconnaître les composantes émotionnelles expose la victime au ressassement pour tenter de “négocier” la situation traumatique. Le contenu émotionnel du traumatisme peut alors offrir les éléments qui empêcheront toute possibilité d’en surmonter les séquelles et perpétueront la plainte. À ce stade, la douleur peut prendre pour fonction de répéter de façon compulsive ce qui n’a pu être élaboré ni avoir subi de travail de liaison : sa répétition permet non seulement de revivre l’intensité émotionnelle du traumatisme, mais aussi d’exprimer et de communiquer une plainte qui puisse évacuer la charge émotionnelle actuelle et tenter ainsi de maîtriser encore et encore le traumatisme.

### ► **Chronicisation de la douleur : tentatives de maîtrise et leurs échecs**

La chronicisation est liée à l’échec de ces tentatives de maîtrise : il s’établit un cercle vicieux où la présence de la douleur s’oppose à l’élaboration du traumatisme et où la focalisation algique corporelle constitue une entrave à cette élaboration. Par retour pernicieux, l’ancrage organique garantit l’inaccessibilité à un système de représentations (de l’ordre des mots, du langage). La répétition algique peut également être interprétée chez certains douloureux chroniques comme un attachement au traumatisme : la position masochiste n’y est pas étrangère, celle où l’on peut trouver “goût au déplaisir de la douleur” (Freud, 1915) : la résistance au soulagement est présente et il existe un plaisir particulier lié à l’expérience douloureuse, en ce qu’elle reproduit de l’histoire traumatique du patient.

Du point de vue psychanalytique, cet enfermement dans l’identique, la résistance à la guérison, le retour à une position passive, voire régressive stigmatisent les liens qui existent entre répétition douloureuse et pulsion de mort.

Il existe des traces mnésiques traumatiques, des sédiments somatiques d’émotions, des sensations, des images, qui ne peuvent prendre sens : cette vacuité du sens correspond à une impossibilité du sujet face au traumatisme à l’élaborer mentalement, à le mettre en pensées et en mots. Les entraves à l’élaboration mentale sont liées à la gravité (objective, subjective) du traumatisme, à la précocité de l’expérience traumatique, à l’immaturité de l’appareil psychique du sujet ou encore à sa non accession au langage. La névrose traumatique présente un intérêt certain comme modèle de compréhension de la

chronicisation de certaines douleurs : ce modèle permet de concevoir les émotions selon leurs effets de sidération (“off”) ou de réactivation (“on”) de la douleur. Elles empêchent le travail de mémoire en maintenant les symptômes de répétition et dans le même temps, autorisent les retrouvailles et la réactivation des sédiments mnésiques somato-sensoriels et psychiques.

Dans cette perspective, la nécessité d’une prévention s’avère primordiale. Les traumatismes ne sont pas uniquement liés aux mondes du travail ou de la route. La pratique médicale n’est pas exempte de certains renforcements traumatiques. Il s’agit donc de respecter la subjectivité du traumatisme, en particulier dans les domaines des urgences et de la chirurgie ; dès 1990, Katz et Melzack proposaient notamment des recommandations strictes dans la préparation des amputations.

## ► Conclusion

Informer. Communiquer. Écouter. Pour éviter les traumatismes sinon en permettre l’élaboration et donc la résolution.

## *Bibliographie*

- Agnew D.C., Merskey H. : Words of chronic pain, *Pain*, 2, 73-81, 1976.
- Cooren J. : Douleur(s) d’archive(s). L’infâme, bulletin de l’association Patou, bibliothèque freudienne de Lille, n°67, 12-19, Avril 1998.
- Defontaine Catteau M.C. : Approches psychologiques du mal de dos : écoles du dos, autres réponses ? Aspects particuliers de la prise en charge individuelle ; le mal de dos dans l’histoire du douloureux chronique. *Douleur et Analgésie*, 1, 13-14, 1993.
- Derrida J. : Mal d’archive. Galilée, Paris, 1995.
- Fitzgerald M. : La douleur de l’enfance et ses conséquences à long terme. Conférence donnée au Congrès de la Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur, Paris, 22 Juin 2001.
- Freud S. (1895) : Projet de psychologie scientifique. In : La naissance de la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1956.

- Freud S. (1915) : Pulsions et destin des pulsions. In Métapsychologie, Paris, Gallimard, 1988.
- Freud S. : (1926) : Inhibition, symptôme et angoisse. P.U.F, Paris, 1951.
- Guex P. : Douleur chronique et relation médecin-malade (la fonction du symptôme douleur). Revue Médicale de Suisse Romande, 106, 1031-1034, 1986.
- Guex P. : La douleur a-t-elle un sens ? Psychologie Médicale, 19, 7, 1079-1080, 1987.
- Hill A, Niven CA, Knussen C: Pain memories in phantom limbs: a case study. Pain, 66(2-3), 381-384, Aug 1996.
- Katz J : Psycho physiological contributions to phantom limbs. Canadian Journal of psychiatry, 37, 282-297, 1992.
- Katz J, Melzack R: Pain "memories in phantom limbs: review and clinical observations." Pain, 43 (3), 319-336, Dec. 1990.
- Lampe A, Solder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G, Sollner W : Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. Obstetrical Gynecology, 96 (6), 929-933, Dec 2000.
- Laurent B. : Mémoire de la douleur, le point de vue du neurologue. Conférence donnée à l'Association Francophone de Psychologie de la Douleur. Congrès annuel de la Société Française de la Douleur, Paris, Nov. 1997).
- Pedinielli JL et Rouan G : Douleur et traumatisme : lecture psychanalytique. Douleur et Analgésie, 3, 95-100, 1997.
- Raphael KG, Widom CS, Lange G : Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. Pain, 92, 293-293, 2001.
- Serres M. : Les cinq sens. Grasset, Paris, 1985.
- Walker EA, Stenchever MA: Sexual victimization and chronic pelvic pain ? Obstetrical Gynecological Clinic North America, 20 (4), 795-807, Dec 1993.
- Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, Hickok LR, Russo J : Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. Psychosomatics, 36 (6), 531-540, Nov-Dec 1995.
- Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, and Kato WJ: Psychosocial factors in fibromyalgie compared with rheumatoid arthritis. II. Sexual, physical and emotional abuse and neglect, 59 (6), 572-577, Nov-Dec 1997.
- Wood DP, Wiesner MG, and Reiter RC: Psychogenic chronic pelvic pain: diagnosis and management. Clinical Obstetrical Gynecology, 33(1), 179-195, Mar. 1990.
- Wurtele SK, Kaplan GM, Keairnes M: Childhood sexual abuse among chronic pain patients. Clinical Journal of Pain, 6 (2), 110-113, Jun 1990.