

Est-il vrai

- qu'une douleur puisse ne venir que *de la tête* ?
- qu'une douleur puisse être liée à une dépression ?
- que mon mode de vie puisse influencer ma douleur ?

La douleur, ça se passe dans ma tête ?

Une maladie dépressive peut s'exprimer uniquement sur un mode douloureux (migraines ou lombalgies). L'anxiété, surtout lorsqu'elle survient sous forme de crise, entraîne très souvent des manifestations douloureuses. Néanmoins, qualifier une douleur de psychogène ne peut pas être un diagnostic par défaut. Il convient d'étayer ce diagnostic sur des arguments psycho-pathologiques. L'aspect psychogène d'une douleur ne préjuge en rien de sa perception par la personne malade. La douleur psychogène appelle

une prise en charge identique à celle de n'importe quelle autre douleur. Quelle que soit l'étiologie d'une douleur, même d'origine psychologique (deuil, traumatisme, séparation) elle est vécue par la personne comme n'importe quelle autre douleur.

Pour soigner ma douleur, le médecin m'oriente vers un psychologue ou un psychiatre, qu'en conclure ?

L'état psychique influence fortement la perception de la douleur. La douleur est plus difficile à supporter si la personne est déprimée ou anxieuse. De nombreuses douleurs chroniques se rencontrent dans les problématiques de *pathologies du lien* (divorce, licenciement, retraite, décès, abus sexuel). Alors qu'une douleur qui persiste sans être prise au sérieux peut provoquer un tableau dépressif, une maladie dépressive peut s'exprimer uniquement sur le mode douloureux (migraines ou lombalgies). L'anxiété, surtout sous forme de crise, se manifeste par des signes variés qui touchent le corps et peuvent être douloureux. Autant de raisons pour proposer des prises en charge de type psychothérapique, psychocorporel, cognitivo-comportemental...

Si je dis que je suis déprimé, va-t-on attribuer ma douleur à cet état dépressif ?

La douleur chronique est fréquemment responsable d'un état dépressif : cet état n'a rien de « honteux » ni de péjoratif pour la reconnaissance de la douleur. Être déprimé en réaction à une douleur chronique



doit être considéré comme *légitime* et mériter un traitement. La souffrance psychologique se surajoute à la douleur et en augmente la perception. Il faut sortir du cercle vicieux : douleur-dépression-douleur. Un traitement uniquement fondé sur les médicaments antalgiques ne fera pas disparaître la dépression.

N'a-t-on pas tendance à qualifier de « psychosomatique » une douleur dont on ne trouve pas la cause ?

Le terme de *somatisation* est à utiliser avec prudence. Lorsque le bilan somatique est normal, il est courant d'appliquer à tort et à travers les termes de somatization, maladie fonctionnelle, hystérie... Ces mots sont perçus comme disqualifiants et insultants, ils peuvent renforcer le symptôme qui n'a pas été reconnu et pousser la personne à rechercher d'autres solutions (nomadisme médical...). Le diagnostic d'hystérie requiert l'avis d'un psychiatre, car il est souvent surestimé, certains traits de personnalité ne constituant pas un diagnostic. La suspicion de simulation qui entoure les malades hystériques conduit les soignants à les exclure du système de soin. Le risque iatrogène est majeur. Or leur souffrance est bien réelle. Dans le domaine de la douleur, la simulation reste exceptionnelle.

La douleur m'empêche de vivre, que faire ?

Avoir mal longtemps entraîne des changements de comportement. Les personnes s'enferment dans

La douleur psychogène

Elle doit être prise en charge, avec la même rigueur que toutes les autres douleurs.

■ Ne pas oublier que les codes culturels influencent largement l'expression de la douleur et la perception qu'en ont les soignants. Selon la personne, la manifestation de la douleur peut être totalement différente : déferlement ou rétention des émotions. L'expression de la douleur ne préjuge en rien de son intensité. L'incompréhension entraîne bien souvent un déni de la douleur de la part des soignants.

leur douleur. Les relations avec les autres se modifient. Souvent, la personne malade est découragée, désespérée, se sent isolée. Il est donc nécessaire de faire intervenir un professionnel pour identifier avec elle quels sont les attitudes, les comportements, les représentations (catastrophisme, absence de projet, isolement, limitation de l'activité) qui renforcent et pérennisent le tableau douloureux. La stratégie thérapeutique doit intégrer obligatoirement tous ces éléments.

■ La dépression

C'est l'état psychologique le plus souvent associé à la douleur chronique (au-delà de 50 % des cas). La spirale d'auto-entretien *douleur-dépression-douleur* mérite toujours des explications détaillées.