

Pierre Burri

# La douleur du corps et la révolte de l'esprit (1<sup>ère</sup> partie)<sup>1</sup>

«Il y a plus de larmes sur la Terre qu'il n'y a d'eau dans l'océan.» (Bouddha)

**Les douleurs somatoformes posent le problème de leur origine, par définition méconnue, et demandent, tant de la part du patient que de celle du médecin, une explication pour l'approche thérapeutique. En effet, la persistance de ces douleurs entraîne souvent une addiction médicamenteuse tout autant délétère que le mal lui-même et qui pourrait être évitée grâce à la thérapie cognitivo-comportementale. Dans une première partie, nous discutons le cas d'une patiente de 50 ans souffrant de douleurs chroniques, dont l'origine n'a pu être déterminée sur le plan somatique et du traitement de celles-ci par une approche cognitivo-comportementale et l'analyse transactionnelle. Dans une deuxième partie, nous abordons la douleur sur le plan symbolique en relation avec la pensée mythologique, dont la logique quaternaire semble être identique à celle de nos sentiments. La compréhension des mécanismes de notre pensée symbolique permet de trouver des outils psychodynamiques pour essayer d'appivoiser les douleurs somatoformes, en leur donnant un sens dans notre «mythologie» personnelle tout en permettant d'en diminuer la souffrance, comme nous l'avons constaté.**

## Cas de Madame M.

Le mari de M. se présente un jour inquiet au sujet de son épouse: il nous demande d'urgence de la consulter, car elle n'en peut plus de supporter des douleurs depuis de si nombreuses années! M. se présente donc comme prévu le lendemain. Elle nous tend une feuille imprimée d'environ une page, dont voici un extrait: «aujourd'hui je ne suis que douleurs. Je n'ai plus de vie et le niveau de douleur peut être tel que je ne sais plus comment la supporter. J'adore la vie, je suis quelqu'un qui aime être active, je n'ai jamais baissé les bras face à «la maladie» mais je suis au bout de mes limites. Ce que je souhaite, c'est que le niveau de douleur et d'épuisement puisse baisser et que les éprouvants «malaises» nocturnes disparaissent.»

L'anamnèse actuelle nous révèle que les douleurs sont souvent nocturnes et apparues il y a 23 ans! La première fois et à la veille du mariage d'une connaissance: M. s'est réveillée avec des douleurs dans toutes les articulations de ses membres. Douze ans plus tard et après avoir consulté de nombreux médecins et subi de nombreux examens sanguins et radiologiques ainsi que scanner cérébral et thérapies antalgiques diverses, le diagnostic de fibromyalgie est évoqué. Les symptômes sont de deux ordres. Il y a d'abord des sensations de paralysies nocturnes avec impression de ne plus pouvoir respirer et qu'une «dalle de béton» l'écrase et

l'épuise; ensuite M. énonce des douleurs qui peuvent être localisées ou généralisées sous forme de spasme ou d'arthralgies, alors que le statut neurologique et articulaire est normal.

La patiente est mère de deux enfants en bonne santé. Le premier accouchement a été très difficile bien que non compliqué mais ressenti comme très douloureux et épuisant. Il n'y a pas de maladie particulière ou accident pouvant être à l'origine de douleurs mais lorsqu'on évoque avec elle un éventuel problème avec son mari, M. fond en larmes. En effet, son mari souffre d'éjaculation précoce dont il a toujours refusé, par honte, d'en parler; ce problème est aussi très frustrant pour M., car elle n'a jamais osé en parler jusqu'à ce jour, de peur de contrarier son époux qu'elle veut «protéger»! Son mari est plutôt casanier et peu loquace alors qu'elle se dit entreprenante et communicative; M. se réfugie souvent dans son atelier de peinture.

Son père est décrit comme une personnalité autoritaire et agressive qui préfère son frère, voire sa belle-sœur à qui il pardonne tout alors qu'il est intolérant envers sa propre fille, sans que jamais M. ne songe à se rebiffer. Il semble que l'agressivité de son père envers elle a surgi lors de son mariage et qu'elle interprète comme une jalousie de son père envers son mari!

Le traitement actuel est léger puisque M. ne prend qu'un petit dosage de benzodiazépine avec parfois du paracétamol. Elle aimerait savoir d'où proviennent ses douleurs et comment les atténuer.

## Évolution et thérapie cognitivo-comportementale

L'examen clinique et la description des douleurs confirment le diagnostic de douleurs somatoformes persistantes<sup>2</sup> [1] mais aussi de paralysies du sommeil se manifestant lors de la phase de sommeil rapide et qui peuvent être très angoissantes.

Nous expliquons dans un premier temps que les phénomènes anxieux ressentis par notre patiente sont bien réels et physiologiques. L'anxiété a une origine anatomique dans son système limbique dont elle ne peut pas contrôler l'évolution désagréable; toutefois, comme elle pourra le constater, celle-ci a tendance à s'effacer spontanément. Nous lui apprenons à faire face à l'émotion sans la combattre. En attendant la résolution des symptômes, M. doit respirer lentement et profondément et se concentrer sur les mouvements de ses poumons. Par ailleurs, lors d'apparition de spasmes douloureux ressentis dans ses muscles, nous lui montrons comment contracter d'abord les muscles pendant 20 secondes avant de les relâcher en respirant, selon la méthode décrite par Jacobson [2].

La thérapie comportementale surprend M. En effet, l'idée qu'un comportement puisse induire un changement du circuit cognitif automatique provoquant douleur et anxiété est paradoxal, un peu comme si on proposait à M. de «mettre la charrue devant les bœufs»! Par ailleurs il faut un certain courage pour oser contracter un muscle déjà douloureux. Il est donc important d'insister sur le fait qu'il faut commencer très lentement mais régulièrement, progressivement et surtout constamment, même s'il y a rechute. Le

<sup>1</sup> La 2<sup>ème</sup> partie sera publiée dans le prochain numéro de PrimaryCare.

<sup>2</sup> CIM-10 Syndrome douloureux somatoforme persistant, F 45.4; DSM-IV. Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques 307.80.

médecin risque parfois d'être le premier à se décourager, surtout si sa patiente ou son patient est impatient de guérir vite et sans douleurs!

Le système limbique [3] a la mémoire longue des événements émotionnels vécus et ravive les sensations perçues autrefois lors de nouvelles émotions dans une situation similaire, à la manière d'un réflexe conditionné. Les idées fixées et élaborées secondairement dans le cortex préfrontal sont appelés sentiments (voir lexicque), sorte de mémoires symboliques pouvant aussi réactiver les émotions. Par exemple, la douleur vécue lors de l'accouchement peut être réactivée par une émotion nouvelle dans une circonstance similaire, tel un lit, un mariage, mais aussi par le symbole de conflit que ces images peuvent représenter: le sentiment de souffrance, de frustration ou de malheur.

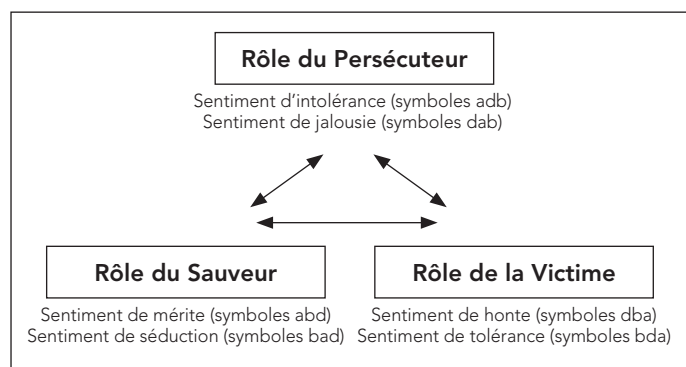
### Évaluation visuelle analogique (EVA) de la douleur

Après plusieurs séances d'exercices et sans rechercher au début de cause à l'origine des douleurs, M. se familiarise petit à petit avec les symptômes dont elle comprend le système indépendant de sa volonté mais qu'elle apprivoise avec succès: le score EVA de la douleur passe de 10/10 à 3/10 en 9 séances. M. est rassurée par le diagnostic et les premiers résultats du traitement. Nous cherchons maintenant avec elle une éventuelle cause conflictuelle dans le couple.

### Le couple prisonnier du triangle de Karpman

Jamais le mari de M. n'a voulu discuter de son problème sexuel; la frustration de M. est non seulement sur le plan physique mais encore à cause de l'attitude introvertie de son mari: en effet, lorsque M. aborde ce sujet tabou, le mari devient agacé et agressif, et se sentant honteux, adopte ensuite l'attitude de «victime» et fait endosser à M. la responsabilité de son agressivité, en tant que «persécutrice», culpabilisante; pour retrouver son mérite, M. est poussée à esquiver le débat pour «sauver» son mari du désarroi dans lequel elle l'a conduit. D'autres fois, c'est le mari «sauveur» qui mène son épouse «victime» des douleurs chez le médecin! On peut toutefois imaginer qu'il n'est pas facile pour le mari de vivre la situation de M., et que les douleurs de son épouse peuvent être «persécutantes» pour lui! Cette situation d'inversion de rôles co-dépendants entre partenaires, crée un mal-être à cause des sentiments sous-jacents ambivalents nés d'une double contrainte psychologique: le sentiment d'être honteux alors qu'on veut être méritant et de devoir tolérer ce qu'on ne tolère pas. Des conflits répétitifs sont engendrés par l'ignorance de l'interaction perverse de ces rôles, qui peuvent être «joués» à deux ou à trois et dont la particularité fait qu'ils sont interchangeables chez la même personne, comme l'a démontré Karpman [4–6]. En évitant ces rôles, on se libère des sentiments sous-jacents (fig. 1)!

M. a rapidement constaté qu'en ne «jouant» plus son rôle de «sauveur», lorsque son mari devenait agressif et culpabilisant, cela soulageait ses douleurs. Lorsque son père, en revanche, se montrait agressif et «persécuteur», les douleurs s'intensifiaient. M. a trouvé le lien entre ses douleurs et ses frustrations: les douleurs sont chez elle non seulement le baromètre de conflits familiaux, mais encore une révolte du corps, ne pouvant s'exprimer verbalement. En affrontant de manière «adulte» les situations conflictuelles, sans chercher à justifier ses idées pour séduire et obtenir du mérite, M.



**Figure 1**

Anatomie du triangle dramatique de Karpman. Le triangle montre les rôles et les sentiments sous-jacents (représentés par un triplet de symboles, par ex. abd) interchangeable chez une même personne en relation avec deux ou trois protagonistes dans un système fermé. Les rôles et les sentiments sous-jacents sont à la fois inverses et complémentaires entre eux.

constate que les périodes asymptomatiques durent plus longtemps. En acceptant d'exprimer ses sentiments sans craindre la critique, M. se sent libérée: elle a quitté les rôles du triangle dramatique de Karpman (fig. 1) qui l'empêchaient d'être elle-même et d'exprimer ses besoins.

### Léxicque: Triangle dramatique de Karpman

Steven Karpman a découvert par l'analyse transactionnelle [4–6] que l'interaction des rôles entre trois protagonistes peut créer un drame vicieux et délétère lorsqu'un Persécuteur trouve une Victime qui elle-même cherche un Sauveur au lieu de chercher une solution par elle-même en Adulte. L'intérêt de cette découverte réside dans le fait que chaque protagoniste peut «jouer» inconsciemment les trois rôles alternativement avec son partenaire. Par exemple, le Persécuteur peut devenir Victime lorsqu'il est contesté et renverser les rôles en stimulant le besoin de mérite de son partenaire de manière à ce que celui-ci devienne son Sauveur. Derrière ces rôles inversables et complémentaires se cachent donc des sentiments ambivalents voire «trivalents» également inversables et complémentaires chez une même personne, pouvant créer un mal-être (fig. 1).

### Références

- 1 Fauchère P-A. Douleur somatoforme. Genève: Médecine et Hygiène; 2007.
- 2 Edmund Jacobson; Internet: [www.progressiverelaxation.org](http://www.progressiverelaxation.org)
- 3 Andreasen NC. Brave new Brain. Oxford University Press; 2001. pp. 278–314.
- 4 Berne E. Des jeux et des hommes. Paris: Éditions Stock; 1975.
- 5 Lenhardt V. L'analyse transactionnelle. Paris: Éditions Retz; 1980.
- 6 Triangle dramatique. Wikipedia. Internet: [fr.wikipedia.org/wiki/Triangle\\_dramatique](http://fr.wikipedia.org/wiki/Triangle_dramatique).

### Correspondance:

Dr Pierre Burri  
Médecine interne générale FMH,  
médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP  
Rue de Lausanne 10  
1950 Sion  
[pierreburri\[at\]bluewin.ch](mailto:pierreburri[at]bluewin.ch)