

DÉPRESSION ET DOULEUR, DÉPERSONNALISATION ET RE-PERSONNALISATION

M. MUSALEK

I. INTRODUZIONE

di Arnaldo Ballerini

Sono lieto dell'opportunità che *COMPRENDRE* mi offre di premettere qualche riga al testo di Musalek, e non solo per il caldo affetto e la profonda stima che mi legano all'Autore, ma perché egli qui ci propone un punto cruciale per ogni psicopatologia: il senso del corpo. E lo fa attraverso un approccio empirico al legame fra dolore fisico ed esperienze depressive, e al rapporto con il sentimento del Sé.

L'avere e l'essere un corpo, i diversi modi dell'esperienza del corpo, la sua significatività ed assieme la sua opacità, sono così profondamente costitutive della presenza umana in tutte le sue declinazioni, che non vi è psicopatologo che non si sia occupato del tema della corporeità. Ed io dico "corporeità", traducendo così il termine *Leiblichkeit*, perché mi riferisco non al corpo dell'anatomia o anche della neurofisiologia, per importante che sia per la psichiatria questo ambito della ricerca empirica, ma ad un piano – quello della psicopatologia fenomenologica – nel quale la stessa distinzione fra "psiche" e "corpo", se si vuole la cartesiana separazione fra *rex cogitans* e *rex extensa*, non ha corso perché ci si riferisce al corpo vissuto come correlativo ai modi di essere, «alla maniera con cui la presenza si progetta corporalmente», scriveva D. Cargnello (1966).

Non si può, credo, avvicinarci al tema del vissuto del proprio corpo

in psicopatologia, dalle modificazioni più atmosferiche alla massiccia negazione del corpo nella sindrome che J. Cotard descrisse nel 1880, senza qualche considerazione sull'aspetto di ambiguità del corpo, come Enzo Agresti ed io si puntualizzava (1968).

In effetti non si può affermare che i ricchissimi studi fenomenologici sul tema del corpo abbiano esaustivamente chiarito gli aspetti costitutivi della corporeità.

Certo, la funzione sensoriale è il ponte fra la nostra intenzionalità e il mondo intenzionato, fra "noesi" e "noema". Il corpo è allora lo psichico che si materializza: poiché la coscienza è in realtà un continuo esser proteso verso il mondo, un inerire alla cosa attraverso la mediazione del corpo: il corpo diviene un mezzo, non un soggetto né un oggetto.

Ho ricordato come ci sia sembrato un errore metodologico in psicopatologia accettare l'"ambiguità" del corpo sulla base di una rigida distinzione dicotomica fra corpo-oggetto e corpo-soggetto. Esiste cioè un "corpo unico" che può essere esplicitato secondo varie prospettive: in psicologia e psicopatologia non potrà mai esistere un corpo che sia del tutto "oggetto" o del tutto "soggetto".

Invero in ogni momento ci troviamo a dover fare i conti con il nostro corpo, con la sua limitatezza, con la sua fragilità, con le pulsioni istintuali che ne derivano. In ogni momento, consciamente o inconsciamente, dobbiamo lottare con esso o sottometterci ad esso: sempre dobbiamo in qualche modo subire quanto dalla materialità "nostra" ci proviene e che siamo costretti ad "essere".

Il corpo è l'idea limite, ma è anche il limite insuperabile dell'idea. Forse la psicopatologia del vissuto corporeo va anche vista in questa prospettiva; il corpo è l'espressione della nostra limitatezza, in quelle circostanze nelle quali ci troviamo: esso le esprime, le caratterizza, le significa. Noi ci troviamo, più spesso di quanto si possa supporre, di fronte al simbolo materiale della nostra esistenza, e quando questa in qualche modo fallisce, il corpo è il veicolo di questo fallimento.

Così nella patologia le anomalie del vissuto corporeo, e anche il dolore fisico, possono essere un modo di esprimere, di vivere e di manifestare quel particolare significato psicotico. In questo senso il corpo è sempre qualcosa di psichico, e lo è tanto più quanto lo psichico si manifesta nei suoi aspetti negativi, perché già in partenza la materialità corporea è limitazione, ostacolo e, spesso, necessità irrazionale.

II. DÉPRESSION ET DOULEUR, DÉPERSONNALISATION ET RE-PERSONNALISATION

L'examen des éventuelles relations existant entre dépression et douleur nous amène à poser trois questions cruciales: dépression et douleur apparaissent-elles ensemble (plutôt que tout simplement par hasard) plus souvent qu'on ne le supposerait? S'il existe en effet un rapport étroit entre les deux, reste à savoir laquelle apparaît la première: la dépression est-elle une conséquence ou bien au contraire un agent provocateur de la douleur? Et dans ce cas, la troisième question sera de savoir quels sont les mécanismes psychopathologiques responsables de l'apparition de syndromes douloureux durant des états dépressifs.

Sur la base de données empiriques, la pratique médicale démontre qu'on observe fréquemment des états douloureux chez des patients dépressifs, le syndrome douloureux dominant le tableau clinique ou l'accompagnant seulement (Corruble, Guelfi ; Furst, Manning). Il est bien évident que la douleur constitue une expérience négative et que, par conséquent, il est tout à fait possible que les syndromes dépressifs résultent de syndromes douloureux chroniques. Il s'agit cependant de voir si, en revanche, des syndromes dépressifs peuvent être à la base de la douleur (Blackburn-Munro G. et R.E.). Pour les psychiatres, les concepts «somatisation», «troubles somatoformes» et «dépression larvée», qui se manifestent sous forme de douleur, sont bien connus (Birket-Smith). Ces concepts se basent sur l'hypothèse selon laquelle un processus dépressif sous-jacent (n'étant pas reconnu comme tel, ou bien non reconnaissable) peut entraîner un syndrome douloureux chronique.

Contrairement au nombre important de considérations théoriques, on ne dispose pratiquement pas d'études empiriques sur la fréquence des dépressions, en particulier sur les syndromes dépressifs majeurs dans le cadre du syndrome douloureux chronique. Cela pourrait s'expliquer par le fait que des patients ayant des douleurs chroniques consultent en premier lieu des médecins non psychiatres, comme des spécialistes de médecine interne, des anesthésistes, chirurgiens, dermatologues ou gynécologues. Il ne faut en effet pas oublier que le syndrome dépressif appartient au groupe de maladies les plus méconnues ou faussement diagnostiquées en médecine générale. Par contre, les psychiatres susceptibles de faire des études sur la dépression et la douleur sont consultés principalement par des patients hautement sélectionnés présentant des syndromes douloureux, mais également d'autres symptômes de maladies mentales ou des problèmes interactionnels majeurs.

Cette situation insatisfaisante a été le point de départ de nos études empiriques menées auprès des patients souffrant de syndromes doulou-

reux chroniques, qui ont été transférés dans notre service de psychodermatologie au Département de dermatologie à l'université de Vienne (Musalek, 2002; Musalek *et al.*, 2001 et 2002). Il s'agit ici d'un service de liaison psychiatrie-dermatologie où les dermatologues envoient des patients souffrant de différentes formes de syndromes douloureux chroniques *sine materia*, tels que la glossodynie (sensation douloureuse sur la pointe ou les bords de la langue), la vulvodynie (dans la région génitale de la femme), la scrotodynie (dans la région génitale de l'homme) ou l'anodynie (dans la région anale). Dans ce service, les malades sont vus initialement à la fois par un psychiatre et un dermatologue, tous deux aussi psychothérapeutes (Musalek, 2002). Les patients ne sont pas transférés en raison de la symptomatologie psychiatrique – qui reste le plus souvent méconnue –, mais parce que les dermatologues ne sont pas en mesure d'expliquer la douleur chronique.

Dans toutes nos études, une nette prépondérance des états dépressifs a pu être constatée chez des patients souffrant de douleurs chroniques: 80% environ présentaient un symptôme dépressif typique et plus de 30% des signes d'une dépression majeure (Zoghلامي *et al.*). Des résultats comparables ont pu être obtenus chez des patients souffrant d'un prurit chronique (qui peut être considéré comme un syndrome douloureux de faible intensité) : les deux tiers environ des patients examinés souffraient d'une dépression majeure (Musalek *et al.*, 1999 ; Musalek *et al.*, 2002). Ces résultats confirment ceux d'autres équipes de recherche qui ont également trouvé une relation entre dépression et douleur (Kuck; Wilson *et al.*).

Le haut pourcentage de syndromes dépressifs constatés chez des patients souffrant d'une douleur chronique ne renseigne pas sur la chronologie dans l'apparition des symptômes. Ce sont avant tout des études thérapeutiques, au cours desquelles les patients souffrant de douleurs sont traités par antidépresseurs, qui peuvent élucider ce problème. Si la symptomatologie, non seulement dépressive mais aussi douloureuse, diminue, il est possible d'en conclure avec quelque certitude que la symptomatologie dépressive n'est pas seulement une réaction au syndrome douloureux mais également un facteur préalable à l'apparition de ce symptôme. De telles études doivent cependant être interprétées avec circonspection, étant donné que la plupart des antidépresseurs ont aussi un effet analgésique (Verma, Gallagher). C'est la raison pour laquelle nous n'avons inclus, dans nos propres études thérapeutiques, que des patients continuant à souffrir de douleurs, même sous une thérapie analgésique adéquate. Étant donné que l'effet analgésique des antidépresseurs peut être considéré comme plus faible que celui des analgésiques classiques, une réaction positive à la thérapie antidépres-

sive ne peut pas être seulement imputée à leur effet analgésique. Dans toutes nos études thérapeutiques, une réponse positive des antidépresseurs à la symptomatique à la fois dépressive et douloureuse a pu être observée, ce qui permet de conclure que la dépression peut être considérée comme une maladie préalable à l'apparition de ce syndrome douloureux (Zoghalmi *et al.*).

Tous les résultats des études mentionnées ont montré assez clairement que, premièrement, il existait une étroite relation entre la douleur et la dépression et que, deuxièmement, la dépression n'était pas seulement une conséquence de la douleur mais pouvait aussi être à la base de celle-ci. La troisième question est alors justifiée, à savoir quelles sont les explications possibles ou bien quels sont les mécanismes psychopathologiques responsables de l'effet provocateur de la douleur? Il n'existe pas de données empiriques permettant d'expliquer que la dépression peut produire la douleur, cependant, l'expérience clinique démontre clairement que la dépression peut avoir un effet sur la douleur, l'intensifiant et la catalysant (Marazziti *et al.*). Les ouvrages traitant des syndromes douloureux mentionnent seulement un nombre réduit de facteurs susceptibles d'augmenter la douleur, dont l'un est le foyer d'attention: plus le sujet se concentre sur la douleur, plus la douleur devient intense. Il existe bien sûr une relation étroite entre le fait que la douleur devienne de plus en plus intense et l'intensité de la lésion elle-même. Dans ce contexte, il faut souligner que des facteurs chroniques de stress et le manque d'habitude peuvent accroître la douleur – et tout particulièrement le manque de mécanismes adéquats de *coping* (ou bien l'existence de mécanismes inadéquats). Traiter tous les facteurs pouvant expliquer comment une dépression intensifie et catalyse la douleur dépasserait le cadre de cet article. C'est pourquoi seul l'un de ces mécanismes inadéquats de *coping* pouvant jouer un rôle dans la genèse des syndromes douloureux chroniques fera l'objet des considérations ci-dessous.

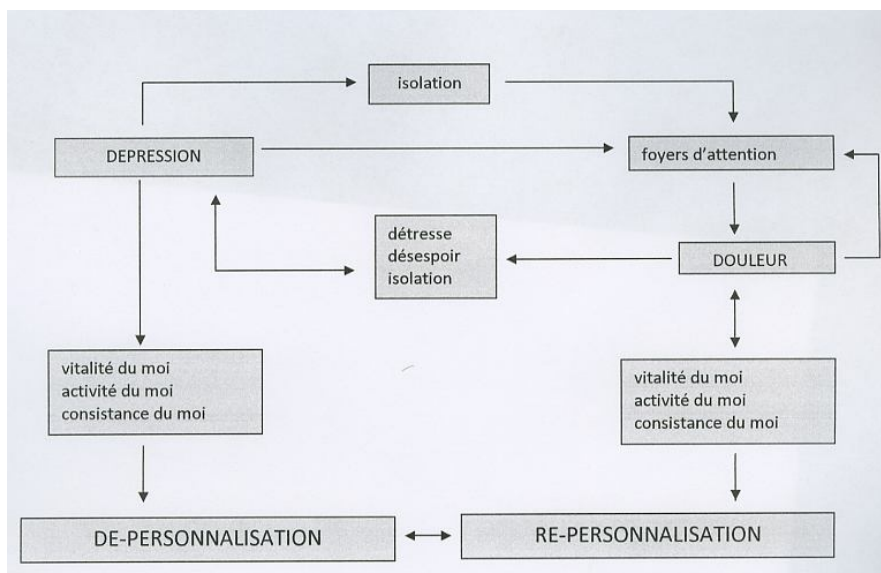
À côté des syndromes douloureux, il existe encore un autre phénomène souvent associé à des états dépressifs, à savoir le phénomène psychopathologique de la dépersonnalisation (Aderibigbe *et al.*; Lambert *et al.*). La dépression peut diminuer la conscience de la personnalité, ce qui conduit à des multiples phénomènes de dépersonnalisation. Suivant la définition d'Ayd, la dépersonnalisation constitue un syndrome non spécifique, où la perception ou l'expérience du moi se voit modifiée de telle sorte que le malade a l'impression d'avoir perdu son identité et que son corps lui devient différent et irréel. Scharfetter distingue sept dimensions de dépersonnalisation différentes, les principales étant la perte ou la diminution de la «vitalité du moi» (*Ich-Vitalität*),

de l'«activité du moi» (*Ich-Aktivität*) et de la «consistance du moi» (*Ich-Konsistenz*). «Vitalité du moi» signifie «être conscient d'exister», ce que Jaspers appelait *Daseins Bewusstsein*. C'est justement ce sentiment que perdent les patients qui souffrent d'une sévère dépression présentant des caractéristiques nihilistes. Ils se croient inexistantes, ils se sentent morts. C'est la forme la plus sévère de dépersonnalisation. La perte ou trouble de l'activité du moi constitue une forme moins grave de la dépersonnalisation. Par «activité du moi», nous entendons le fait d'être conscient de faire quelque chose, de sentir quelque chose. (C'est bien moi qui parle, qui écrit ou qui bouge.) Le concept de Scharfetter relatif aux troubles de «l'activité du moi» (*Störungen der Icli-Aktivität*) ressemble à celui de Jaspers (*Störungen des Vollzugsbewusstseins*) et à celui de Kurt Schneider (*Störungen der Meinhaftigkeit*). La troisième dimension ou «consistance du moi» (*Idr-Konsistenz*), ce sont les expériences qui font que nous sommes conscients de former une unité avec toutes nos parties. Nos bras sont bien nos bras, éléments constitutifs de notre unité. Sous un point de vue cellulaire, nous ne sommes pas un assemblage de cellules mais ce sont nos cellules qui nous constituent comme unité.

Toutes ces formes de dépersonnalisation peuvent être la conséquence d'une dépression, et elles correspondent à la sévérité de cette dépression. Des dépressions d'un degré faible ou modéré ne peuvent entraîner que des troubles de la «consistance du moi», celles d'un degré modéré ou sévère des troubles de l'«activité du moi» et, dans des cas très sévères, des troubles de la «vitalité du moi» peuvent même apparaître. Le plus souvent, ces phénomènes ne sont pas évidents et les patients n'en parlent pas. C'est pourquoi une exploration et un diagnostic différentiel s'imposent afin de pouvoir reconnaître tous les phénomènes de la dépersonnalisation.

Quelles sont donc les relations possibles entre dépression, douleur et dépersonnalisation? Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, la dépression ne produit certainement pas la douleur en soi. Un syndrome douloureux ou une forme de douleur doit donc exister au départ. D'une certaine manière, nous éprouvons toujours de la douleur ou bien nous sentons quelque chose dans le corps. D'habitude, nous n'y prêtons pas attention, d'autres choses étant plus importantes à ce moment-là. Si cependant nous nous concentrons sur ce phénomène, la douleur devient dominante, ce qui est le cas spécialement dans des phases dépressives (Bernier; Janzarik). L'intérêt porté à l'environnement diminue dans la mesure où l'attention donnée au corps et aux sensations corporelles augmente, ce que Kurt Schneider appelait «rejet sur son propre corps» (*Zurück Geworfenheit auf die eigene Dryer Lichkeit*). Ce sont également l'isolation sociale et l'aliénation, observées très souvent chez

des dépressifs, qui provoquent un détournement de l'attention et une concentration accrue sur leur propre corps. Les patients qui sont socialement isolés se concentrent en effet de plus en plus sur leur corps (Musalek, 1991; Leclero, Musalek), ce qui fait que leur sentiment de douleur augmente. Étant donné que la douleur nous rend désespérés et sans espoir, la symptomatologie dépressive se voit accrue. Cette aggravation renforce l'isolation sociale et l'aliénation, ce qui à son tour fait augmenter la douleur. De cette façon un cercle vicieux s'établit (figure ci-dessous).



D'autre part, la douleur améliore également le sentiment de vitalité du moi, de l'activité du moi et de consistance du moi. La douleur aide les patients à mieux sentir leurs propres corps, à se vivre eux-mêmes. Rappelons ici les patients souffrant de maladies mentales chroniques qui se blessent eux-mêmes afin de retrouver la sensation de leur corps, de sortir de leur état de dépersonnalisation et de revenir dans la réalité. La douleur entraîne une re-personnalisation et compense la dépersonnalisation causée par la dépression. Cela pourrait expliquer pourquoi de nombreux patients souffrant de douleurs *sine materia* semblent lutter pour que leur douleur persiste et donnent l'impression de ne pas vouloir la perdre. Ainsi, l'idée du «gain par la maladie» (*Krankheitsgewinn*) (Faust), souvent invoquée à propos de malades souffrant d'une douleur chronique, acquiert une nouvelle importance. Ce gain par la maladie

n'est pas seulement dû au fait que le malade obtient plus d'affection de la part de son environnement en raison de sa souffrance, mais, surtout, à la compensation des expériences de dépersonnalisation déclenchées par la dépression. La douleur devient alors un instrument de lutte contre la perte menaçante du moi, une force permettant de combattre la dépersonnalisation et d'amener une re-personnalisation (figure ci-dessus). La douleur garde le dépressif dans sa réalité du moi et, si cela s'avère nécessaire, le reconduit. Plus la douleur augmente, plus la dépersonnalisation diminue: dans la mesure où la dépression et les phénomènes accompagnant la dépersonnalisation s'intensifient, la douleur doit aussi s'intensifier aussi comme moyen de compensation à cette re-personnalisation. Cela n'est pourtant vrai que pour certains degrés de dépression. S'il s'agit de dépressions sévères s'accompagnant en général de signes prononcés de dépersonnalisation, on observe rarement des syndromes douloureux – souvent, les patients rapportent ne plus pouvoir rien sentir, ils restent également insensibles aux douleurs infligées. Dans les cas de dépression aussi sévères, c'est évidemment tout le système de contre-régulation qui décompense. Il n'est plus possible de tenter une re-personnalisation par l'expérience du corps, parce que celui-ci n'est plus perçu comme tel. Cela pourrait également expliquer que les phénomènes de somatisation allant jusqu'à l'hypocondrie et au délire hypocondriaque s'observent seulement dans le cas de dépressions d'un faible degré ou degré modéré (qui, souvent, à leur tour, ne sont pas diagnostiquées par le non-spécialiste) (Janzarik, 1959; Musalek, 1989; Berner, Musalek). S'il s'agit par contre de dépressions sévères, les mécanismes de compensation ne semblent plus fonctionner, ce qui conduit à l'abandon du propre moi.

En conclusion, on peut dire que dans la pratique clinique, on observe une interaction complexe entre douleur et dépression, dépersonnalisation et re-personnalisation. Quant aux trois questions posées en guise d'introduction, il convient de répondre à la première par l'affirmative; dépression et douleur sont en effet en étroite relation. Naturellement, la dépression peut constituer une réaction à la douleur mais elle peut également être le point de départ du syndrome douloureux en renforçant celui-ci. En règle générale, c'est une action réciproque que l'on peut observer entre douleur et dépression. Il aurait alors fallu poser la deuxième question d'une autre manière – à savoir, quelle interaction? La troisième question enfin concernait les mécanismes psychopathologiques responsables de l'interaction entre les symptômes dépressifs et douloureux. L'un de ces mécanismes, auquel il faut attribuer une importance particulière, est évidemment la dichotomie dépersonnalisation/re-personnalisation.

BIBLIOGRAPHIE

- Aderibigbe Y.A., Bloch R.M., Waiker W.R.: *Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population*. SOC PSYCHIATRY PSYCHIATR. EPIDEMIOL., 2001, 36(2): 63-69
- Ayd J.-R.F.: *Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995
- Berner P.: *Psychiatrie und Systematik*. Huber, Bern, 1982
- Berner P., Musalek M.: *Schizophrenie und Wahnkrankheiten*, in Platt D. (hrsg.): *Handbuch der Gerontologie*, Bd. 4. Gustav Fischer, Stuttgart, 1989.
- Blackburn-Munro G., Blackburn-Munro R.E.: *Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence?*. JOURNAL OF NEUROEND., 2001, XIII, 12: 1009-1023
- Birket-Smith M.: *Somatization and chronic pain*. ACTA ANAESTHESIOL., 2001, XLV, 9: 1114-1120
- Corruble E., Guelfi J.D.: *Pain complaints in depressed inpatients*. PSYCHOPATHOLOGY, 2000, 33, 6: 307-309
- Kuch K.: *Psychological factors and the development of chronic pain*. THE CLIN. J. OF PAIN, 2001, 17: 33-38
- Faust V.: *Psychiatrie*. Gustav Fischer, Stuttgart, 1995
- Furst D.E., Manning D.C.: *Future directions in pain management*. CLIN. EXP. RHEUMATOL., 2001, 19 (6 Suppl. 25): 71-76
- Janzarik W.: *Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Springer, Berlin, 1959
- ... : *Schizophrene Verläufe*. Springer, Berlin, 1968
- Jaspers K.: *Allgemeine Psychopathologie*, 9 Auflage. Springer, Berlin, 1973
- Lambert M.L., Senior C., Phillips M.L., Sierra M., Hunter E., David A.S.: *Visual Imagery and Depersonalisation*. PSYCHOPATHOLOGY, 2001, 34: 259-264
- Leclero M., Musalek M.: *Délires d'infestation: Entomophobie, Acarophobie, Dermatophobie parasitaire*. *Psychopathologie et Thérapeutique*. REVUE MEDICALE DE LIEGE, 1992, 47: 305-313
- Marazziti D., Castrogiovanni P., Ross A., Rosa C., Ghione S., Di Muro A., Panattoni E., Cassano G.B.: *Pain threshold is reduced in depression*. LAER. J. NEUROPSYCHOPHARMACOL., 1998, 1: 45-48
- Musalek M.: *Les indicateurs psychopathologiques et biologiques pour la thérapeutique des délires chroniques*. PSYCHOMEDIA, 1989, 21: 1355-1359
- ... : *Der Dermatozoen-Wahn*. Thieme, Stuttgart, 1991
- ... : *Delusional parasitosis*, in J.Y.M. Koo and C.S. Lee (eds.): *Psychocutaneous Medicine*. M. Dekker Inc., New York, 2002
- Musalek M., Hobl B., Mossbacher, U.: *Diagnostics in psychodermatology*. DERMATOL. PSYCHOSOM., 2001, 2:110-115
- ... : *Diagnostico y clasificacion en psichodematologia*, in Grima F. et

M. Musalek

- Cotterill J.A. (eds.): *Dermatologia y psiquiatria*. Grupo Auzia Medica, S.A, 2002
- Musalek M., Mossbacher U., Hobl B., Zoghiami A.: *Psychopathology of pruritus*, EADV, 1999, 12 (suppl. 2): 26-27
- Scharfetter C.: *Allgemeine Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart, 1991
- Schneider K.: *Klinische Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart, 1980
- Verma S., Gallagher A.M.: *The psychopharmacologic treatment of depression and anxiety in the context of chronic pains*. CURR. PAIN HEADACHE, 2002, 6(1): 30-39
- Wilson K.G., Mikail S.F., D'Edon J.L., Milans J.E.: *Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain*. PAIN, 2001, 91 (3): 227-234
- Zoghiami A., Hobl B., Moosbacher U., Wolff K., Musalek M.: *Glossodynia and burning mouth syndrome at the liaison Outpatient Clinic for Psychodermatological Disorders – Urodynia, Vulvodinia and Anodynia at the Liaison Out-Patient Clinic for Psychodermatological Disorders*. DERMATOL PSYCHOSOM 1, 2000, 1:42

M.D. Prof. Musalek Michael
Karl Scheiwhofer - Gasse 8/2/20
A-1070 Vienna
AUSTRIA