

Douleurs et approches comportementales : autour du patient douloureux chronique ...

Valérie Lemaire, Psychologue, CMTDC, CHC-Espérance



La prise en charge de la douleur chez l'adulte



PLAN :

- La douleur chronique : de quoi parle-t-on ?
- La plainte
- Le patient douloureux
- Objectifs de prise en charge (TCC)
- Rôle du psychologue
- Conclusions



La douleur chronique de quoi parle-t-on ?



La prise en charge de la douleur chez l'adulte



- La douleur combine à la fois la *sphère somatique* (symptôme physique) et la *sphère psychique - la souffrance* (rapport au sens, au questionnement sur soi).
 - La douleur génère de la souffrance, de la détresse.
 - La douleur est le résultat d'une souffrance qui ne s'est pas exprimée.
- *parler de « douleur » signifie se référer en même temps à la composante psychique et à la composante somatique, indissociables l'une de l'autre.*



- La douleur est une *rupture dans le corps*.
- La douleur introduit une *rupture dans le temps subjectif*.
- La douleur provoque une *distorsion temporelle* : on passe de la linéarité à la circularité : « les choses tournent en rond ».



- La douleur est une **effraction** dans la vie du sujet et peut « faire traumatisme »:
 - Elle est irruptive, imprévisible.
 - Elle représente une situation de « non sens ».
 - Le sujet ne peut s'y soustraire, il la revit sans cesse : la douleur est dans le registre de la répétition.



La plainte



La prise en charge de la douleur chez l'adulte



- *La plainte* articule la douleur et la souffrance :
 - Elle exprime le besoin de savoir et de comprendre du patient.
 - Elle est sous-tendue par les expériences antérieures.
 - Elle nous parle de beaucoup de choses ...
 - Souvent insistante, lancinante, répétitive.



- *La plainte s'adresse toujours à quelqu'un, elle a une fonction d'interpellation :*
 - Elle peut varier en fonction de l'interlocuteur et du temps.
 - Elle s'adresse à l'autre qui est supposé savoir et sauver.
 - Elle permet la rencontre avec l'autre.
 - Elle permet de restaurer des liens.
 - L'absence de plainte marque le début d'un renoncement.



Paradoxe de la demande :

- Ce qu'on entend : « faites taire la douleur ».
- Ce qu'il faut aussi entendre : l'appel de la souffrance.

→ introduit le rôle du psychologue.



Le patient douloureux



La prise en charge de la douleur chez l'adulte



Pour le patient : douleur = dysfonctionnements perceptifs

- Symptômes = ennemis à abattre
- Symptômes gèrent le quotidien
- Cherchent le pourquoi, la cause
- Hyperfocalisation sur le corps



Pour le patient : douleur = dysfonctionnements cognitifs

- Patients se définissent par un symptôme : *identification*.
- Discours globalisant, *généralisateur*.
- Veulent tout maîtriser : importance de la notion de *contrôle*.



- Comparaison perpétuelle à l'état antérieur
- Pensées erronées au niveau de leurs attributions
- représentations qu'ils se font à propos de leurs d+.
- Catastrophisme.
- Kinésiophobie.



- *Impuissance apprise (Selingman) :*

Aucune action possible, pas de possibilités de s'en sortir.

à Déficit motivationnel.

à Déficit cognitif (attention, mémorisation).

à Déficit émotionnel (habitué à subir des émotions négatives, tendance à la peur, l'anxiété, la dépression.



Pour le patient : douleur = dysfonctionnements comportementaux

- Suractivité.
- Passivité, déconditionnement.
- Copings (stratégies d'adaptation adaptées ou non).



La courbe des émotions du patient douloureux



« La douleur, de la souffrance au mieux-être » M. J. RUARD, 2012



Objectifs de prise en charge



La prise en charge de la douleur chez l'adulte



- Le patient est « figé » dans sa problématique de douleur, il s'agit de « *le remettre en mouvement* ».
- Le travail thérapeutique fait appel à ses *capacités d'adaptation*.
- Le but est d'agir sur le *vécu*, la *perception* de la douleur plutôt que son intensité.



Modèle cognitivo-comportemental :

Des facteurs cognitifs, émotionnels et comportementaux jouent un rôle dans le développement, le maintien et l'adaptation à la douleur.



La prise en charge de la douleur chez l'adulte



ACT (3^è vague TCC)

- *Les évitements* comportementaux et cognitifs contribuent au maintien des douleurs (Monestes).
- Le but de la thérapie est l'acceptation : apprendre à vivre avec les choses que l'on ne peut changer.



L'acceptation implique :

- Un désengagement par rapport à la bataille contre la douleur.
- Une manière différente de concevoir la douleur.
- Un engagement dans des activités constructives au quotidien.
- Le patient ne va pas attendre que la douleur soit résolue pour reprendre le cours de sa vie.
- L'acceptation implique une réflexion de type « qu'est ce qui compte pour moi? », « comment atteindre de façon adaptée mes objectifs de vie » ?



L'acceptation n'est pas :

- Abandonner.
- Se résigner.
- Être passif.
- Dire que la douleur est une bonne chose.
- Une façon plus efficace de réduire la douleur.



Rôle du psychologue



La prise en charge de la douleur chez l'adulte



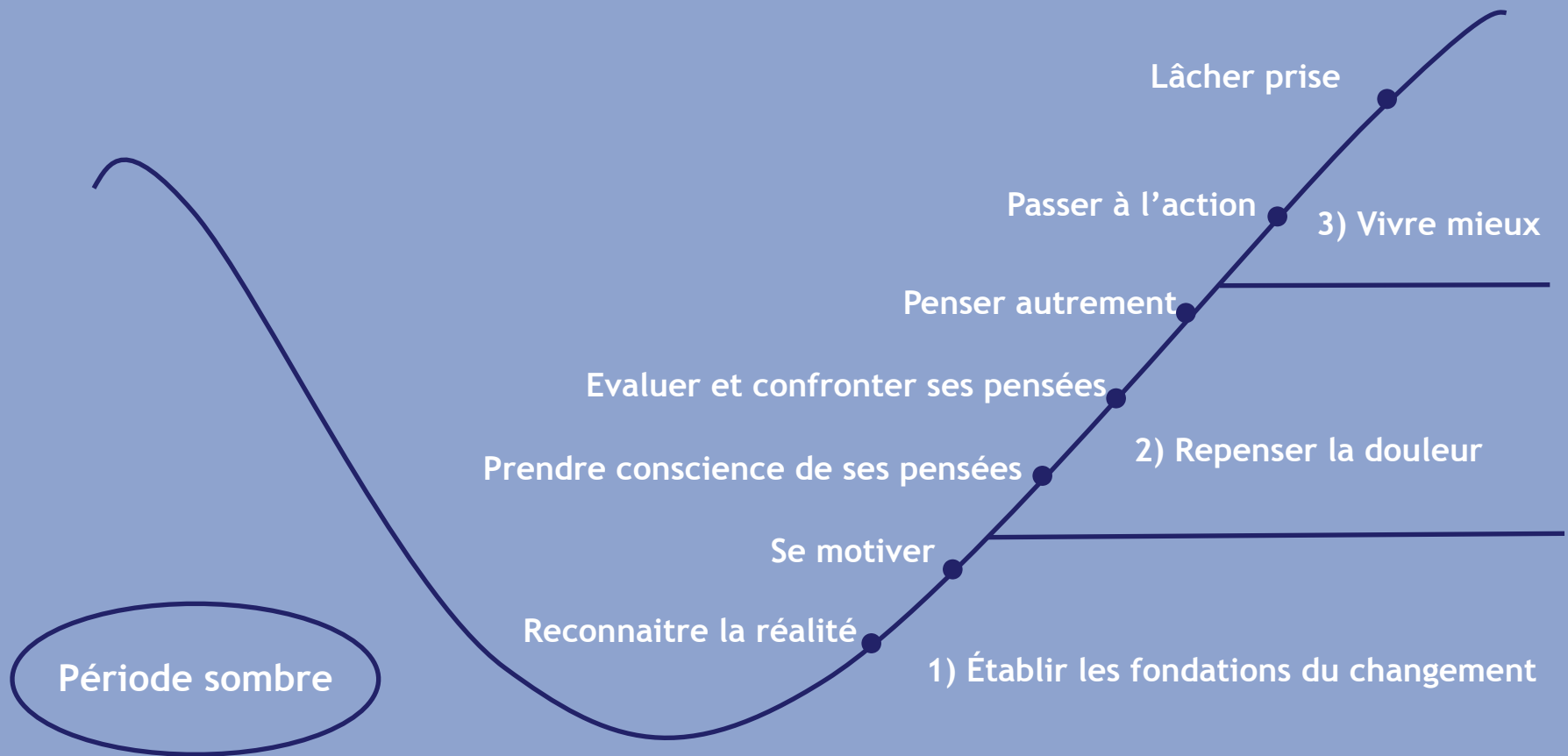
- Aider la personne à affronter la réalité, les deuils à faire.
- Evaluer les comorbidités psychopathologiques.
- Soutenir la personne pour qu'elle ne bascule pas dans la dévalorisation.



- Rendre possible l'expression de la révolte, de la colère, de l'injustice ou de tout autre émotion qui devra être intégrée afin de pouvoir réinvestir un projet de vie.
- Faire émerger les copings.
- Restructuration cognitive.
- Apprentissage de techniques de relaxation, méditation.



Courbe des émotions (suite)



CONCLUSIONS



La prise en charge de la douleur chez l'adulte



- La dimension psychologique de la douleur ne peut être assimilée à une origine psychogène.
- Tout symptôme possède une dimension psychologique.
- Croire le patient : respecter la plainte et le mode d'expression de la souffrance.
- Elargir la plainte et intégrer un modèle multidimensionnel le plus rapidement possible.



- Changer de paradigme de soins: introduire la notion de durée.
- Considérer autrement le rapport entre cause et conséquences des symptômes: envisager des causalités circulaires et non linéaires.
- Travailler avec le patient, et à son rythme, à trouver ses ressources.
- Etre conscient, nous soignant, de l'effet iatrogène de notre discours (« mots malheureux ») et de notre non verbal.

