

La somato- psychopédagogie appliquée à la douleur

LA RELATION D'AIDE AUX
PERSONNES QUI SOUFFRENT
DE DOULEURS PHYSIQUES

SOMATOLOGIE

- ◆ Prise en charge des douleurs somatiques par la médiation corporelle : thérapie manuelle de relation et symptomatique, thérapie gestuelle lente, globale et intériorisée

PSYCHOLOGIE

- ◆ Prise en charge des troubles psychiques et comportementaux liés aux douleurs : prise en charge de l'émotionnel, de l'affectif, des humeurs, des motivations...par la médiation de l'entretien tissulaire, verbal, sur la base du ressenti corporel

PEDAGOGIE

- ◆ Prise en charge des troubles cognitifs : Attention, tonus, mémorisation douloureuse, perception, désensorialisation à travers un cadre d'expérimentation kinesthésique

- ◆ Dans les prodromes des psychopathologies il y a toujours trois niveaux d'atteinte :
somatique, cognitif et comportemental.
- ◆ Les gens atteints de névrose ont :
 - des troubles cognitifs par exemple trouble de la mobilisation attentionnelle, troubles de l'auto conscience, troubles de l'empathie. Dans tous les phénomènes douloureux, l'attention est primordiale; + on porte l'attention sur sa douleur +elle est flagrante
 - Des troubles moteurs
 - Des troubles comportementaux
 - Des troubles somatiques

- ◆ Dans les psychopathologies de mal-être, état dépressif, état de stress permanent, les 3 niveaux sont atteints :

cognitif, somatique et comportemental.

- ◆ La douleur peut avoir une cause mécanique que l'on ira chercher.
- ◆ On est dans une unité pathologique.

UNITE PATHOLOGIQUE

- ◆ « Rien autant qu'une douleur physique ne brise l'homme dans son corps et dans son âme. »

Buytendijk

- ◆ Dans pathologie psychosomatique il y a :
Une souffrance psychique qui génère des Souffrances physiques qui génèrent des Troubles comportementaux
- ◆ On est dans un autre cas de figure :
Douleurs physiques (avec cause mécanique ou organique fonctionnelle ou structurelle) qui génère une Souffrance psychique et des Troubles comportementaux

- ◆ La douleur peut avoir une cause physique ou psychique et il faut avoir une action sur *la réalité nociceptive* autant que sur le *rapport, la perception* que la personne a avec sa douleur.
- ◆ La douleur aiguë donne plutôt de l'anxiété tandis que la douleur chronique donne plutôt un caractère dépressif.
- ◆ La douleur génère des modifications comportementales.

LES 7 NIVEAUX
D'INDICATIONS DE LA
SOMATO-
PSYCHOPEDAGOGIE
APPLIQUEE A LA DOULEUR

1. Douleurs somatiques

Douleurs aiguës, chroniques, d'origine :

- ◆ Traumatiques
- ◆ post opératoires (sciatalgie...)
- ◆ neurovégétatives très fréquentes par lésion mécanique (c'est un trouble local)

ex: ganglion cervical inférieur qui subit un attrapement vasculaire va créer des troubles de douleurs neurovégétatifs

- ◆ syndromes douloureux réactionnels d'entrappement vasculo-nerveux, c'est à dire toutes les compressions, les névropathie d'emprisonnement vasculaire et nerveux syndrome douloureux réactionnel.
- ◆ Les douleurs vasomotrices

Cas particulier de la douleur neurovégétative

- ◆ Toute excitation du système sympathique peut générer une douleur neurovégétative
- ◆ Expérimentation du professeur Leriche :
La stimulation du ganglion stellaire après séparation de la moelle épinière produit des douleurs diverses selon le point d'excitation.
 - ✓ douleur mammaire gauche
 - ✓ douleur à la partie interne et supérieure du bras
 - ✓ douleur scapulaire
 - ✓ douleur de la mâchoire inférieure et des dents
- ◆ Ces types de douleurs se rencontrent parfois dans un attrapement vasculo-nerveux dû à des blocages mécaniques de la 1ère côte, des vertèbres cervicales basses et dorsales hautes et du détroit supérieur du thorax.

2. Troubles somatoformes, psychosomatiques et psychogènes

- ✓ Douleurs réelles non révélées par une investigation médicale.
- ✓ Absence d'explication du trouble comportemental avec la nature objective de la douleur

2-1 Troubles somatoformes (DSM IV):

- La classification des troubles somatoformes exclue la donnée psychanalytique de la problématique
- Le tableau clinique de l'ensemble des symptômes associés est une référence. On considère :
 - ✓ *Un certain nombre de symptôme qui ont*
 - ✓ *Une durée*
 - ✓ *Une intensité*
 - ✓ *Une fréquence*

Il n'y a jamais de cause biologique, physiologique à la douleur.

La personne n'est pas comprise dans l'analyse
- Hypothèse de départ : « Il y a peut-être une cause mécanique d'un trouble somatoforme ». Par exemple : les troubles de Somatisation réunion de 4 associations de troubles; la compression du nerf vague donne exactement le même tableau des troubles de somatisation

Données communes à tous les troubles somatoformes

1. Les troubles ne sont pas feints (non factices)
2. Les troubles doivent se manifester pendant une période définie.
 - ✓ Somatisations : plusieurs années
 - ✓ Hypochondrie : au moins 6 mois
 - ✓ Troubles somatoformes indifférenciés : minimum 6 mois
 - ✓ Troubles douloureux : aigu < 6 mois - chronique > 6 mois
3. Après des examens appropriés, aucun des symptômes ne peut s'expliquer, ni par une affection médicale déterminée, ni par une prise de toxique.
4. Quand il existe une relation avec une pathologie médicale déterminée, les troubles somatiques sont disproportionnés.
5. Présence d'altérations du fonctionnement professionnel ou familial disproportionnées par rapport à l'histoire de la maladie.
6. Les douleurs sont suffisamment fortes pour justifier un examen médical.

Nosologie des troubles somatoformes

- ◆ Trouble de somatisation
- ◆ Trouble somatoforme indifférencié
- ◆ Trouble douloureux
- ◆ Hypochondrie
- ◆ Peur d'une dysmorphie corporelle
- ◆ Trouble de conversion

2-1-1 Trouble de somatisation

- ◆ Débute avant 30 ans
- ◆ Pendant plusieurs années
- ◆ Altération du fonctionnement social, professionnel
- ◆ 4 symptômes douloureux :
 - Tête, thorax, articulations, poitrine, menstruations...
 - Chacun d'eux pouvant survenir à n'importe quel moment.
- ◆ 2 symptômes gastro-intestinaux :
 - Nausées, ballonnements, diarrhée ...
 - Chacun d'eux pouvant survenir à n'importe quel moment.
- ◆ 1 symptôme sexuel
 - Désintérêt, anomalie de l'érection, règles irrégulières, règles excessives ...

Cas particulier diagnostiqué trouble de somatisation

- ◆ Un boxeur lors d'un championnat du monde reçoit un coup derrière l'oreille droite à la jonction entre la mastoïde du temporal et l'os occipital (trou déchiré postérieur, syndrome canalaire fonctionnel).
- ◆ **Signes cliniques immédiats** : vertiges, nausées, sudation, pâleur, assèchement de la muqueuse buccale. Arrêt du combat.
- ◆ Quelques jours plus tard : persévérance des troubles à bas bruit et apparition d'une grande fatigue, gêne digestive, sentiment d'angoisse permanente, fragilité psychologique
- ◆ **Examens médicaux** (scanner, IRM, radios...) : normaux
- ◆ Après huit mois : persistance du tableau clinique, consultation en somato-psycho-pédagogie
- ◆ **Bilan manuel** : tension excessive des muscles sterno-cléido-occipito-mastoidien et digastrique, restriction de mobilité de l'os occipital et du temporal droit ayant un retentissement sur le foramen canalaire occipito-mastoidien, stase veineuse fonctionnelle (veine jugulaire et artère petite méninge)
- ◆ **Libération** : disparition immédiate de tous les troubles, sensation de soulagement total.

2-1-2 Trouble somatoforme indifférencié

- ◆ Une ou plusieurs plaintes (par exemple, fatigue, perte de l'appétit, symptômes gastro-intestinaux...)
- ◆ Douleur très forte justifiant un examen médical

2-1-3 Trouble douloureux

- ◆ Douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques
- ◆ Souvent associé à des facteurs psychologiques

2-1-4 Hypochondrie

- A. Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques.
- B. La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant.
- C. La croyance exposée dans le critère A ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le trouble délirant, type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation centrée sur l'apparence (comme dans le trouble: peur d'une dysmorphie corporelle).
- D. La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E. La durée de la perturbation est d'au moins 6 mois.
- F. La préoccupation n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique, un épisode dépressif majeur, une angoisse de séparation ou un autre trouble somatoforme.

L'hypochondrie est un trouble de nature anxieuse qui se rapproche beaucoup du trouble obsessionnel-compulsif. Le diagnostic d'hypochondrie est porté lorsque le thème des obsessions (crainte de la maladie) ou des compulsions (comportements de recherche de réassurance) est exclusivement en rapport avec les peurs ou l'idée d'avoir une ou des maladies sur la base d'une mauvaise interprétation de symptômes physiques. Si la préoccupation d'avoir une maladie s'accompagne de rituels tels des lavages excessifs ou un comportement de vérification en rapport avec les préoccupations concernant la maladie ou la crainte de la propager à d'autres, un diagnostic supplémentaire de trouble obsessionnel-compulsif peut être posé.

2-1-5 Peur d'une dysmorphie corporelle

- ◆ Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique.
- ◆ Si un léger défaut physique est présent, la préoccupation est manifestement démesurée.

2-1-6 Trouble de conversion

- ◆ Présence d'un ou plusieurs symptômes touchant la **motricité volontaire** ou les **fonctions sensibles ou sensorielles** suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale.
 - Déficit moteur
 - ◆ Troubles de coordination, paralysie, faiblesse musculaire, boule dans la gorge ...
 - Déficit sensitif ou sensoriel
 - ◆ Perte de sensibilité cutanée, diplopie, surdité, cécité, hallucinations ...

Cas particulier des troubles somatoformes non spécifiés

Cette catégorie s'applique à des troubles comportant des **symptômes somatoformes aspécifiques**.

- ◆ Troubles comportant des symptômes hypochondriaques, depuis moins de 6 mois
- ◆ Fatigue, faiblesse du corps, depuis moins de 6 mois
- ◆ Croyance erronée d'être enceinte (Pseudocyesis)

2-2 Les troubles psychosomatiques

incluent le principe de l'inconscient et n'excluent pas qu'il y ait des troubles organiques. Il y a toujours un traumatisme psychique qui déclenche une somatisation. Il y a un trouble psychique inconscient, le corps exprime ce que le psychisme n'a pas pu gérer et le corps présente des troubles organiques (ulcère, infarctus...).

La différence entre les troubles somatoformes et les troubles psychosomatiques est qu'on ne parle pas de psychanalyse quand on parle de troubles somatoformes. On ne parle plus de psychose et de névrose mais on parle de troubles de la personnalité, des troubles de la pensée, des délires... la classification est différente.

2-3 Les douleurs psychogènes

sont réelles, mais créées par la pensée.

3. Syndrome dépressif post traumatique

- ◆ Y a-t-il une cause mécanique, un traumatisme physique, à la dépression nerveuse?
- ◆ Fedoroff, 1992, aux USA, 66 patients hospitalisés pour un traumatisme crânien sans perte de connaissance et non hospitalisés après examen.
 - léger dans 15 % des cas - modéré pour 68 % - sévère pour 17 %
 - Dans le mois après, un quart des patients fait une dépression majeure (critère DSM III R) et 3% une dépression mineure.
 - Un an après, 26% des patients souffrent de dépression.
- ◆ Il y a aussi les traumatismes faciaux, cervicaux, du sacrum, rachidiens, sacro-iliaque, coup du lapin, plaies ouvertes qui sont les plus en cause.
- ◆ Le somato-psychopédagogue éliminera la cause post traumatique d'un trouble psychique par un bilan manuel systématique.
- ◆ L'anamnèse montre qu'il y a eu un traumatisme physique avant la décompensation psychique.

- ◆ Une pathologie du sacrum post natal peut générer une dépression nerveuse. Tous les ligaments sont relâchés par le jeu hormonal, plus la posture de l'accouchement qui postérieurise le sacrum dans la poussée crée un traumatisme du sacrum, coxygique, sacralgique ou après une chute.
- ◆ Une fois la contrainte mécanique levée, le patient remonte la pente. Notre approche peut apporter une contribution aux patients qui souffrent.

4. Somatisations associées aux troubles psychopathologiques

- a. Etat dépressif souvent accompagné de céphalées, bourdonnements d'oreilles, vertiges, vomissements, difficultés respiratoires, douleurs cardiaques, vertébrales, constipation, troubles viscéraux
- ◆ Les personnes souffrent de douleurs que l'on peut prendre en charge et qui le plus souvent ne sont pas prises en considération. Y compris certains médicaments sont eux-mêmes à l'origine des douleurs.
- b. Névrose accompagnée de réaction neurovégétatives (anxiété, état de panique): vasoconstriction, hypertension, accélération de la fréquence cardiaque, réaction émotionnelle, troubles respiratoires . Le geste d'incarnation enraile l'état de panique.

5. Phénomènes psychologiques individuels, variables et subjectifs

- ◆ Il y a une part de la douleur qui est objective, nociceptive et une part qualitative, subjective. Donc il y a un malaise psychologique qui est déclenché par la douleur. La sensation douloureuse résulte de la stimulation des voies douloureuses (phénomènes périphériques et sensoriels) alors que la souffrance (corticale et sous corticale) correspond à la perception du malaise que déclenche la douleur.
- ◆ La perception de la douleurs : chacun a son rapport à la douleur.

« La souffrance n'est pas seulement dans la tête, elle est intimement liée à une modification de la tonalité affective du corps ». A. Damasio.

6. Les souffrances non liées à une lésion organique

Tous les états de mal être : deuil, séparation...

- ◆ Dans la souffrance du deuil il n'y a pas de notion nociceptive, il y a douleur physique en l'absence de stimuli nociceptif. Enormément de somatisation. On a une aide considérable dans l'arsenal thérapeutique.
- ◆ Rôles de l'émotion (J. Renaud et Quarti), de l'affectivité (Soullairac), de l'humeur (Delay), de l'anxiété (Hill), de la motivation, de la suggestion, de la mémoire douloureuse, du sens de la douleur.

7. Les douleurs et souffrances en soins palliatifs

- ◆ Douleurs métastasiques, de fin de vie
- ◆ Action de la thérapie:
 - ✓ Grands soulagements
 - ✓ permet de dormir
 - ✓ diminution de dose de morphine (d'où un état de conscience plus long)
 - ✓ plus de vie, de mouvement , permet de se reconnecter au corps car le corps est devenu objet de souffrance
 - ✓ Permet de reconnecter un lieu de lui qui n'est pas atteint par la souffrance .

Quand la parole ne sert plus pour entrer en relation avec la personne, le toucher est un moyen de communiquer et d'apaiser le patient.

SOMATOLOGIE
OU
FASCIATHERAPIE

The background is a solid teal color. At the bottom right corner, there is a dark teal silhouette of a mountain range.

Outils d'intervention: la thérapie manuelle: **Le Toucher haptique**

Association d'une pression, d'un suivi dynamique tissulaire lent dans le but de déclencher conjointement une motricité tissulaire qui stimule les tissus au niveau extéroceptif et proprioceptif.

Instruments pratiques :

- Toucher de relation
- Point d'appui manuel
- Suivi dynamique des modulations toniques

Effets :

- ≡ Action sur la corne postérieure de la moelle épinière (gate control system, Théorie de Laporte, Melzack et Wall).
- ≡ Mise en jeu de deux systèmes inhibiteurs de la douleur.
- ≡ Système périphérique par stimulation tactile et kinesthésique
- ≡ Système central par la qualité du toucher de relation qui active le système endomorphique
- ≡ Sollicitation du tonus d'anticipation lié au tonus psychique.
- ≡ Rééquilibration neurovégétative grâce aux points d'appuis et la lenteur qui ralentissent l'activité sympathique et neuro-vasculaire.
- ≡ Rétablissement du rapport à soi et à son corps (sentiment d'existence, tonalité affective, retour au proto soi) : rééquilibrage somato-psychique, vaincre la phobie du toucher

Résumé des 7 niveaux d'indications de la SPP appliquée à la douleur

1. **Douleurs somatiques** : Douleurs aiguës, chroniques
2. **Troubles somatoformes, psychosomatiques, psychogènes** Douleurs réelles non révélées
3. **Syndrome dépressif post-traumatique** : décompensation psychique résultant d'un traumatisme physique.
4. **Somatisations associées aux troubles psychopathologiques** Les personnes souffrent de douleurs que l'on peut prendre en charge et qui le plus souvent ne sont pas prises en considération
5. **Phénomènes psychologiques individuels, variables et subjectifs** : la douleur nociceptive et qualitative
6. **Les souffrances non liées à une lésion organique** : états de mal être : deuil, séparation... douleur physique en l'absence de stimuli nociceptif
7. **Les douleurs et souffrances en soins palliatifs** : le corps est devenu objet de souffrance

Ces fiches ont pour seul objectif d'aider
les futurs Psycho-pédagogues
dans leurs révisions.

Elles sont réalisées à but non lucratif.

Si des erreurs vous sautent aux yeux, ou si,
une meilleure présentation pédagogique vous
paraît plus adaptée,
n'hésitez pas à le faire savoir.

Merci pour votre lecture.

RÉALISATION

Charles Dufour

RETRANSCRIPTION

Hélène Courraud-Bourhis

Charles Dufour

FIN

A stylized silhouette of a mountain range in a darker shade of teal, located at the bottom right of the page.