

Université 03- faculté de médecine de Constantine

**Module psychologie médicale -1^{ER} rotation-Année
universitaire 2018-2019**

DR. BOUSSAA.N

LA COMPOSANTE PSYCHOLOGIQUE DE LA DOULEUR

I-INTRODUCTION :

La douleur est une manifestation subjective, et sa définition est de ce fait difficile.

La même agression, provoquant la même lésion anatomique apparente, peut entraîner des sensations et des conséquences fonctionnelles différentes chez deux patients distincts. Par ailleurs, un même individu ne réagit pas toujours de la même manière à la douleur.

II-DEFINITION :

L'association internationale pour l'étude de la douleur a proposé la définition suivante : » la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion. »

Ainsi, même si généralement la douleur est secondaire à une cause physique évidente, cette définition souligne également l'intrication étroite existant entre l'organicité d'une douleur et ses conséquences émotionnelles, affectives et sur les réactions individuelles de chaque patient.

IV-LES DIFFERENTS TYPES DE LA DOULEUR :

On parle de douleur discrète ou aiguë, éventuellement chronique ou récidivante, mais « habituellement, la douleur est divisée en deux catégories en fonction de la durée ».

A-Douleur aiguë :

La douleur aiguë est une douleur vive immédiate, et généralement brève. Elle est causée par une stimulation nociceptive de l'organisme, telle une lésion tissulaire, pouvant se produire sous la forme d'un stimulus thermique (contact de la peau avec du feu) ou mécanique (un pincement, un coup). « La douleur aiguë joue donc un rôle d'alarme qui va permettre à l'organisme de réagir et de se protéger face à un stimulus mécanique, chimique ou thermique. » ; Sa fonction d'alerte est alors justifiée.

B-Douleur chronique :

« La douleur est dite chronique ou pathologique, lorsque la sensation douloureuse excède trois mois et devient récurrente. »

Il est actuellement admis qu'une douleur chronique à une double dimension :

- La dimension sensorielle représente la composante neurologique à l'origine de la sensation douloureuse.
- La dimension psychologique représente la réponse affective émotionnelle, cognitive ou comportementale à une agression douloureuse.

V- REACTION PSYCHOLOGIQUES A LA DOULEUR:

Les douleurs chroniques s'accompagnent de difficultés psychologiques. Progressivement, le désordre physique va provoquer des réactions psychologiques diverses : fatigue, insomnie, anxiété, dépression, désintérêt sexuel. Avec le temps, ces réactions psychologiques constituent un facteur d'exacerbation ; d'entretien de la douleur et on se retrouve devant un mécanisme de cercle vicieux

A/ PHENOMENES D'ATTENTION -DISTRACTION

Les données cliniques indiquent qu'une douleur augmente lorsque l'attention du sujet est focalisée sur sa douleur. A l'inverse, lorsqu'un sujet est distrait, la douleur paraît alors diminuer, la douleur réapparaît secondairement lorsque l'état d'attention redevient normal.

La reprise des activités professionnelles, ou de loisirs est une étape importante du traitement. Qui doit se faire progressivement, selon un rythme adapté aux possibilités du malade.

B/Composante affective de la douleur

Si la douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, c'est aussi du fait de la composante affective qui lui confère sa tonalité, pénible, parfois insupportable. Cette composante fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et peut se prolonger vers des états plus différenciés telles que l'anxiété et la dépression.

La composante affective est déterminée par :

1. Le stimulus nociceptif lui-même,
2. Le contexte dans lequel le stimulus est appliqué (la signification de la maladie, l'incertitude sur son évaluation).

C/ Composante cognitive de la douleur

Le terme cognitif désigne l'ensemble des processus intellectuels susceptible d'influencer la perception de la douleur et les réactions qu'elle détermine :

- Processus d'attention et de détournement de l'attention.
- Interprétation et valeurs attribuées à la douleur, anticipation, références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées.
- Décisions sur le comportement à adopter.

D/Composante comportementales de la douleur

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, gémissement, mimique, posture antalgique...).

Ces manifestations réactionnelles à un stimulus nociceptif assurent une fonction de communication avec l'entourage.

Ces comportements acquis, sont fonction de l'environnement familial, de la culture, des standards sociaux liés à l'âge et même au sexe.

VI-EVALUATION DU BIOPSYCHOSOCIALE DU MALADE

DOULOUREUX :

1/Ancienneté de la douleur:

-Mode de début, circonstances exactes.

2/ Profil évolutif du syndrome douloureux persistant à partir de la douleur initiale

- comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale

-Profil évolutif (douleur permanente, récurrente, intermittente...)

-Degré du retentissement (anxiété, dépression, trouble du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

3/Traitements effectués et actuels :

-Traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels

-Mode d'administration des médicaments, doses, durées

-Effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raison d'abandon, attitude vis-à-vis des traitements

4/Antécédents et pathologie associées

-familiaux

-Personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatrique) et leur évolutivité

-Expériences douloureuses antérieures

5/Description de la douleur actuelle

-Topographie

-type de sensation (brûlure, décharge électrique...)

-intensité

-Retentissement (anxiété, dépression, trouble du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

-Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

6/contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

-Situation familiales

-situation sociale

- statut professionnel et satisfaction financières
- Indemnités perçus, attendues : implications financières
- Procédures

7/Facteurs cognitifs

- Représentation de la maladie
- Interprétation des avis médicaux

8/Facteur comportementaux

- Attitude vis-à-vis de la maladie
- Modalités de prise des médicaments
- Observance des prescriptions

9/Analyse de la demande

- Attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- Objectifs partagés entre le patient et le médecin

VII/ LA PRISE EN CHARGE:

Elle est pluridisciplinaire. la cohérence et la synthèse des avis des différents intervenants médicaux, psychologues et paramédicaux est essentielle pour induire une vision homogène chez le patient.

La relation est toujours facilitée lorsque le thérapeute montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur et qu'il fait preuve d'empathie.

Croire à la douleur ne signifie pas admettre et toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur, notamment ses convictions somatiques. la confiance du patient dans le diagnostic qui lui est présenté et le traitement qui lui est proposé va conditionner son adhésion ultérieure à la démarche de rééducation.

Les tâches assignées et planification des activités : visent à retrouver une activité quotidienne normale ou subnormale, en fractionnant les efforts.

L'apprentissage de la relaxation et de la gestion de stress : cette aptitude vise la réduction de la dimension émotionnelle.

La chimiothérapie : antalgiques morphiniques ou non morphiniques, antidépresseurs, anxiolytiques ou anticonvulsivants (Tegretol). Quel que soit la stratégie médicamenteuse le patient doit se conformer à la prescription médicale et éviter l'automédication (augmentation des posologies ou prise de médicaments non prescrit) source fréquente de pharmacodépendance.