

Schéma de traitement de la thérapie de retraitement de la douleur (PRT)

I. Éduquer sur les origines cérébrales et la réversibilité de la douleur et son cycle douleur-peur

La PRT commence par l'explication sur le fait que la douleur peut être présente en l'absence de toute lésion tissulaire. Par exemple :

"La douleur est un signal de danger. Si vous posez votre main sur un poêle chaud, la douleur vous signale qu'il faut bouger votre main pour ne pas vous blesser davantage. Mais parfois, ces signaux de danger peuvent être activés même en l'absence de dommages structurels. Parfois, le cerveau peut interpréter des signaux sûrs émis par le corps comme s'ils étaient dangereux, même s'il n'y a rien de blessé dans le corps. Dans ces cas, la douleur est comme une "fausse alarme". L'alarme se déclenche vraiment (votre douleur est tout à fait réelle), et en même temps, il n'y a vraiment pas de feu (votre corps n'est pas blessé)."

Une éducation est alors dispensée sur le cycle douleur-peur. Par exemple :

"Lorsque nous avons de nombreuses peur et préoccupations à propos de la douleur, cela renforce le message au cerveau selon lequel la douleur est dangereuse, et la douleur persiste. Voici comment fonctionne ce cycle :

1. La douleur déclenche des sentiments de peur.
2. La peur met le cerveau en alerte, ce qui provoque une aggravation de la douleur.
3. Ce qui conduit à la peur.
4. Ce qui entraîne une nouvelle douleur.

Nous brisons ce cycle en changeant notre point de vue sur la douleur et en la considérant comme totalement sûre. À mesure que vous apprenez à éliminer la peur qui entoure la douleur, celle-ci s'estompe avec le temps " (Gordon et Ziv, à paraître).

II. Rassembler et renforcer les preuves.

Il est difficile de surmonter la peur entourant la douleur si l'on croit que la douleur reflète de façon exacte une lésion tissulaire du corps. L'un des objectifs du traitement est donc d'aider les patients à accepter l'idée que leur douleur est due à des processus centraux, par opposition à un problème structurel ou physique dans leur corps.

Cela peut s'avérer difficile pour trois raisons :

1. Biologie : notre évolution nous a amenés à associer la douleur physique à une blessure physique.
2. Diagnostics antérieurs : de nombreux patients souffrant de douleurs dorsales chroniques ont reçu des diagnostics structurels (hernie, dégénérescence discale, etc.).
3. Associations acquises : de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques au dos ont développé des associations acquises, c'est-à-dire des positions physiques (par exemple, assis, debout) ou des activités (par exemple, marcher, courir, se pencher) qui ont été associées à l'apparition de la douleur, renforçant ainsi la croyance que quelque chose de structurel ne va pas chez eux.

Une façon de combattre la croyance que la douleur a une cause "structurelle"/périphérique est de rassembler autant de contre-preuves que possible - des preuves renforçant l'idée que la douleur est en fait due à des processus centraux, par opposition à un problème structurel dans le corps.

Les indicateurs d'une douleur centralisée sont les suivants

- Une douleur apparaissant pendant une période de stress
- Douleur apparaissant sans blessure
- Des incohérences dans la présentation de la douleur

- Le patient présente une variété de symptômes somatiques différents.
- Des déclencheurs de douleur qui indiquent des processus centralisés (p. ex., contextes sociaux, etc.)
- Les cas où la douleur n'était pas présente, bien que le patient ait adopté des positions ou des activités physiques qui la provoquent généralement.

Le thérapeute et le patient travaillent ensemble de façon collaborative pour rassembler et renforcer les preuves que leur douleur ne dépend pas d'une pathologie structurelle sous-jacente. Le thérapeute peut aider le patient à élaborer une feuille de preuves - une liste de tous les éléments qui renforcent l'idée que la douleur du patient est due à des processus centraux. Voici un exemple de feuille de preuves :

- L'IRM a montré que mon dos était globalement en bon état.
- J'ai des antécédents d'autres syndromes douloureux (maux de tête, syndrome du côlon irritable, etc.).
- Mon mal de dos a commencé deux semaines après que ma mère a emménagé avec moi.
- La douleur est bien pire lorsque je suis au travail et elle est à peine présente le week-end.

III. Prendre en compte et évaluer les sensations de douleur dans une optique de sécurité

Une technique centrale de la PRT est appelée "suivi somatique". L'objectif du suivi somatique est d'aider le patient à s'intéresser aux sensations de douleur dans une optique de sécurité. Le suivi somatique est utilisé à la fois pendant les expositions interoceptives aux sensations douloureuses et pendant les expositions situationnelles à des activités redoutées et génératrices de douleur.

Lorsque le patient a une douleur associée à une position physique comme la position assise, le thérapeute peut guider le patient dans un exercice de suivi somatique pendant que le patient est assis. Lorsque le patient a une douleur associée à des mouvements ou des activités (marcher, se pencher, se tordre, etc.), le thérapeute peut guider le patient dans un exercice de suivi somatique pendant que le patient s'engage dans ce mouvement ou cette activité.

Le suivi somatique comporte trois composantes : la pleine conscience, la réévaluation de la sécurité et l'induction d'affects positifs. La composante "**pleine conscience**" du suivi somatique favorise l'exploration des sensations de douleur avec un intérêt objectif et une curiosité :

- "Comment décririez-vous la qualité de la sensation ?" -
- "Est-ce généralisé ou localisé ?"
- "Vous n'avez pas besoin de la changer, vous n'avez pas besoin de vous en débarrasser, vous ne faites que l'explorer."

Bien souvent, la pleine conscience ne suffit pas à neutraliser la peur liée à la douleur, d'où la nécessité de la deuxième composante du suivi somatique : la **réévaluation de la sécurité**. Au cours d'un exercice de suivi somatique, le thérapeute aide continuellement le patient à réévaluer la sensation comme sûre :

- "*Même s'il s'agit d'une sensation de tension, de brûlure ou de picotement, nous savons que c'est sans danger. Nous avons rassemblé de nombreuses preuves. Votre dos est en parfaite santé. Votre cerveau a simplement mal interprété les signaux venant de votre corps comme s'ils étaient dangereux.*"
- "*Nous ressentons tous des sensations dans notre dos lorsque nous nous plions. Parce que nos muscles sont étirés. En fait, c'est souvent une sensation agréable. C'est juste que votre cerveau interprète cette sensation au travers du prisme d'un danger, donc elle est ressentie comme désagréable. Mais il n'y a rien d'anormal avec votre dos. Vos muscles, vos tendons, vos ligaments, sont tous parfaitement sains. C'est une sensation sans danger. C'est juste un léger étirement.*" "En ce moment, vous ressentez une sensation de brûlure dans votre dos. Mais ce

n'est pas le problème. Le problème est que vous pensez que la brûlure indique un danger. Mais une brûlure ne doit pas être ressentie comme un mal. Pensez à la première fois que vous êtes entré dans un jacuzzi, ou quand vous avez pris une bonne douche chaude... il y a une sensation de brûlure, mais c'est en fait très agréable. Alors, voyez si vous pouvez prêter attention à cette sensation de brûlure dans votre dos maintenant. Nous savons qu'il n'y a rien d'anormal dans votre corps, c'est juste votre cerveau qui se donne en spectacle pour vous. C'est juste une sensation de brûlure intéressante, mais nous savons que c'est sans danger. Alors asseyez-vous et profitez du spectacle."

La composante de réévaluation de la sécurité du suivi somatique est importante, mais si le patient ne l'accepte pas cela tombe à plat. C'est pourquoi la composante de collecte de preuves de la PRT est si importante. Si le patient peut vraiment comprendre que la douleur n'est pas le reflet d'une lésion tissulaire dans son corps, il jette les bases d'une attention authentique à ces sensations dans une optique de sécurité.

La troisième composante du suivi somatique est **l'induction d'affects positifs**. Si le thérapeute est capable de détendre l'atmosphère, cela permet au patient de s'occuper plus facilement de la sensation à travers une lentille de sécurité et de positivité. L'humour est l'un des meilleurs moyens d'obtenir une induction d'affect positif.

- *« N'oubliez pas que tout ce qui arrive à la sensation est acceptable. Parce qu'elle est sûre. Alors, laissez-la faire ce qu'elle va faire. Tout ce que tu dois faire, c'est regarder. C'est comme si vous faisiez de la plongée avec tuba ou de la plongée sous-marine, que vous flottiez et que vous voyiez un banc de magnifiques poissons. Vous n'essayez pas de chasser le poisson. Vous n'essayez pas d'attraper les poissons. Vous les regardez juste calmement. Votre dos est l'océan et les sensations que vous ressentez sont ces poissons. Tout ce que tu dois faire, c'est observer. Je suis juste une gentille tortue de mer qui nage à proximité. Une gentille tortue de mer qui parle. Bon, j'ai peut-être poussé cette analogie trop loin " (Gordon et Ziv, à paraître).*

Imaginer le thérapeute comme une tortue qui parle peut sembler idiot, et c'est là le but. Il s'agit de détendre l'atmosphère. L'objectif est d'aider le patient à observer ses sensations physiques avec légèreté et curiosité.

En plus de diriger le patient dans des exercices de suivi somatique en séance, le thérapeute guide le patient pour qu'il puisse s'exercer seul. Les patients sont guidés pour savoir quand s'engager dans le suivi somatique et quand s'abstenir, en fonction du niveau d'intensité de la douleur. Par la suite, lorsque la douleur survient, au lieu de réagir par la peur, la frustration ou le désespoir, le patient est capable de réévaluer de manière authentique sa douleur comme une mauvaise interprétation de son cerveau, par opposition au reflet d'un dommage tissulaire dans son corps.

IV. Traiter les autres menaces émotionnelles

Lorsque nous sommes en état d'alerte, nous avons tendance à tout interpréter sous l'angle du danger. Les bruits forts nous font sursauter, les contacts légers nous font reculer, et les sensations dans notre corps sont plus susceptibles d'être vécues comme douloureuses.

La PRT vise donc à abaisser le niveau de menace global d'une personne. Il peut s'agir d'aider une personne à gérer des émotions menaçantes, un passé traumatique, des relations difficiles, etc. Lorsque le niveau global de peur et de stress diminue, le cerveau est plus enclin à interpréter les signaux du corps comme étant sûrs, ce qui entraîne une réduction de la douleur. Les techniques d'expression, de mise à jour et de traitement des émotions difficiles issues de plusieurs approches thérapeutiques pertinentes (par exemple, la thérapie de conscience et d'expression des émotions) peuvent être utilisées pour cette composante de la PRT.

Dans le même ordre d'idées, les patients ont souvent tendance à adopter des comportements psychologiquement destructeurs, comme l'autocritique, le fait de se mettre la pression et de se faire peur. Ces comportements peuvent communiquer des messages de danger au cerveau, augmentant ainsi la sensibilité à la douleur. Dans le cadre de la PRT, le thérapeute aide le patient à identifier ces comportements psychologiquement destructeurs et à développer les compétences nécessaires pour intervenir en son nom propre.

V. S'orienter plus généralement vers des sentiments et des sensations positifs

En plus de la réduction du niveau de menace global du patient, la PRT vise également l'augmentation du sentiment général de sécurité. Les patients souffrant de douleurs ont été tellement conditionnés à s'orienter vers des sensations négatives et désagréables dans leur corps qu'ils considèrent souvent beaucoup de choses à travers le prisme du danger (sensations, émotions, voire leur propre personne). L'un des objectifs de la PRT est d'aider le patient à passer plus globalement du "mode danger" au "mode sécurité".

Le thérapeute peut aider le patient à se concentrer sur des sensations agréables dans son corps (par exemple, la respiration) à travers un prisme de positivité :

"Regardez si vous pouvez prêter attention à la sensation physique de la respiration. L'air est frais quand il entre et chaud quand il sort. Vous ne voulez pas le scruter avec votre façon habituelle de préparer un examen, vous l'observez simplement avec un sentiment d'aisance et de facilité, comme lorsque vous vous allongez dans une prairie et regardez les nuages passer au-dessus. Et observez si vous pouvez réellement profiter de cette sensation agréable dans votre corps".

En fin de compte, à mesure que le patient développe les compétences qui lui permettent d'observer les stimuli internes et externes à travers le prisme de la sécurité et de promouvoir un sentiment de sécurité plus général, il pourra réévaluer les sensations de douleur comme étant également sûres.

Conclusions

Dans la PRT, l'accent est d'abord mis sur l'éducation, la collecte de preuves et la réappréciation des sensations de douleur comme non dangereuses (généralement à l'aide du suivi somatique). D'autres éléments de la PRT sont ensuite mis en œuvre selon les besoins (par exemple, le traitement des émotions menaçantes, l'apprentissage de l'attention aux sensations positives). Nous ramenons ensuite l'attention du traitement sur les sensations douloureuses dès que cela est approprié.