

# DOULEUR ET SOP

Dr. Jean-Luc MONFRAIS

## RESUME

**La douleur est une construction neurologique et mentale qui fait intervenir tous les aspects de l'individu, du neurophysiologique au socio-culturel, en passant par le psychologique et le spirituel. Le sophrologue s'intéresse plus au malade qu'à la maladie et dès le départ, le climat instauré doit être celui de la confiance et de la franchise. Le travail se fait presque systématiquement sur la sophronisation de base afin de pouvoir donner au patient très rapidement, les outils nécessaires à la suite de l'entraînement, et il faut noter que déjà à ce stade on assiste bien souvent à une amélioration spectaculaire de la symptomatologie. La sophrothérapie peut être combinée avec n'importe quelle autre thérapeutique, même médicamenteuse. Elle peut même être utilisée pour renforcer leur action en dynamisant l'effet placebo ou les processus physiologiques de guérison.**

La douleur est une construction neurologique et mentale qui fait intervenir tous les aspects de l'individu, du neurophysiologique au socio-culturel, en passant par le psychologique et le spirituel. A travers ces filtres actifs va se construire le message douloureux qui se teinte donc des différents aspects de la personnalité du douloureux et de ses rapports avec la réalité du monde environnant.

Au delà du symptôme, la douleur devient ainsi le mode d'expression d'une souffrance, et sa richesse séméiologique peut devenir un véritable langage que le patient est à même d'utiliser plus ou moins inconsciemment pour se parler à lui-même comme à son entourage.

Au-delà de la démarche thérapeutique classique, qui considère comme guérison l'absence de symptômes, émerge donc la nécessité d'aborder le douloureux dans toutes ses dimensions, à l'écoute de ce langage, surtout lorsque la douleur devient elle-même maladie et envahit tout le champ de la conscience. Cela impose de dépasser une relation thérapeutique classique type "médecin qui ordonne/malade qui subit", pour arriver à une véritable communication où malade, maladie, thérapeute, sont en symbiose dans le même langage.

Au delà du traitement visant à l'élimination du symptôme, motif premier de la consultation, et qui demeure au centre de la relation, émerge la nécessité d'une prise en compte de ce mal-être, à travers son expression physique, physiologique et verbale, afin d'adapter une réponse commune et globale.

## LA DOULEUR

La douleur est un phénomène qui revient à la mode, mais qui est malheureusement souvent abordé de manière erronée. On confond en effet souvent douleur et perception d'un événement agressif pour l'organisme, ce qui est simpliste : la douleur met en jeu des mécanismes beaucoup plus complexes, à tous les niveaux de l'individu, depuis la matière, la chair, jusqu'aux confins du spirituel.

Trois définitions semblent importantes à préciser pour la suite de notre propos :

- La nociception, que l'on pourrait définir comme la sensation neurophysiologique d'une agression tissulaire de l'organisme.
- La douleur, perception consciente d'une agression physique ou psychique, qu'elle soit réelle ou vécue comme telle.
- La souffrance, aspect passionnel de la douleur telle qu'elle est supportée (en latin "suffere", porter dessus) par le sujet. Pour l'IASP (International Association for the Study of Pain), "La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme d'une telle lésion".

Il est donc important de bien différencier la douleur qui est une sensation intérieure pénible, et la souffrance qui est l'émotion engendrée par cette douleur. La douleur est donc la réalité vécue par le patient (et son entourage), sur les plans physique, psychologique et comportemental, social, également spirituel, et non un phénomène nociceptif isolé.

Certains opposent schématiquement douleur aigüe, plutôt douleur-symptôme et signal d'alarme pour l'organisme manifestation d'un désordre pathologique

# HROLOGIE

affectant l'être dans son intégrité physique et/ou psychologique, et douleur chronique, plutôt douleur-maladie, où la douleur a dépassé son rôle de symptôme de la maladie pour devenir la maladie elle-même : le douloureux chronique finit par être la douleur au lieu de ressentir la douleur.

## RAPPEL SUR LES THEORIES NEUROPHYSIOLOGIQUES CLASSIQUES

**L**a douleur est, comme nous l'avons dit, un phénomène complexe. L'agression du corps va générer au niveau des récepteurs, la mise en forme d'un message, appelé "message nociceptif", qui va cheminer le long des nerfs vers la moelle épinière. De là, ce message va faire relais à travers les différentes structures de la moelle et du cerveau pour arriver à la conscience.

### La périphérie

La douleur prend donc naissance dans les tissus périphériques, ou dans des organes profonds, au niveau de récepteurs ou de fibres nerveuses libres. Il est probable que toute fibre nerveuse, à partir d'un certain seuil de stimulation, est capable de donner naissance au phénomène douloureux. Ce phénomène local s'accompagne de la libération de substances chimiques "algogènes" (kinines, sérotonines, histamine, substance P, prostaglandines, etc...), libération sur laquelle agissent les anesthésiques locaux.

### Les nerfs

Le cheminement se fait le long de fibres

de différents calibres et dans des voies spécifiques. Les fibres de la sensibilité douloureuse, ou "message nociceptif", sont des fibres de petit calibre (dites A et C) à vitesse de conduction lente, qui pénètrent dans la moelle dans sa partie postérieure, au niveau d'une formation riche en connexions nerveuses (synapses) et appelée "substance gélatineuse de Rolando". Il existe aussi des fibres de gros diamètre (A et AB), à vitesse de conduction plus rapide, situées dans les cordons postérieurs, et qui envoient aussi des collatérales à la substance gélatineuse.

### La moelle épinière

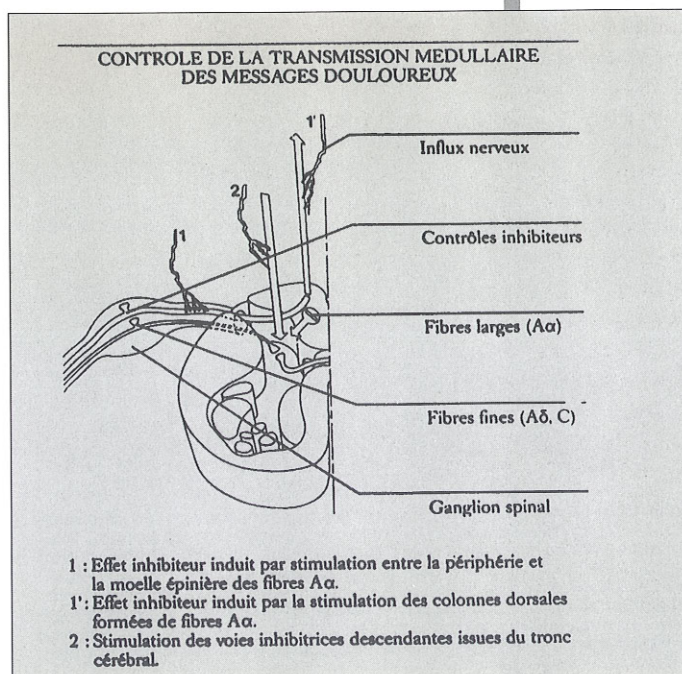
Selon l'hypothèse de Melzack et Wall, l'effet inhibiteur exercé par la substance gélatineuse (SG) est augmenté par la mise en activité des grosses fibres, alors qu'il est diminué par celle des petites fibres A et C.

## SUMMARY

### PAIN AND SOPHROLOGY

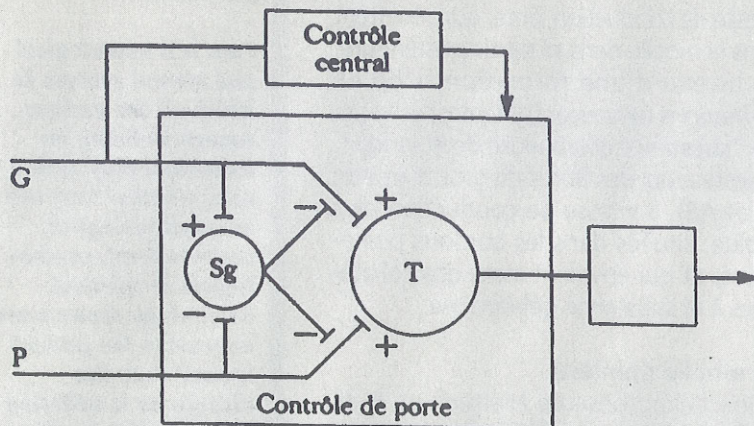
*Pain is a neurological and mental process in which all the various aspects defining an individual play their role, whether they are neurophysiological, socio-cultural, psychological or spiritual. Sophrology shows more interest in the patient himself than the disease he is suffering from and this is why confidence and frankness are indispensable*

CONTINUED ON PAGE 59

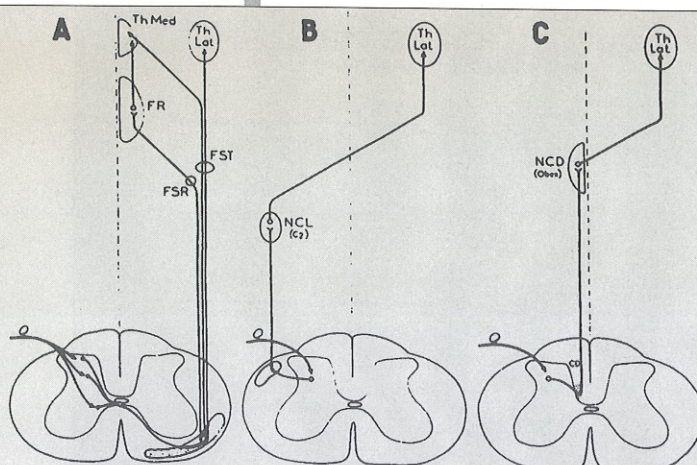


# DOULEUR ET SOPHROLOGIE

## REPRESENTATION DE LA THEORIE DU "GATE CONTROL" DE WALL ET WELZACK



Les fibres de gros diamètre (G) et celles de petit diamètre (P) atteignent la substance gélatineuse de Rolando (Sg). L'effet inhibiteur (-) exercé par Sg sur les afférences est facilité (+) par l'activité des fibres G, diminué par l'activité des fibres P.



Représentation schématique des principaux faisceaux ascendants. A : faisceau spino-réticulaire (FSR) et faisceau spinothalamique (FST) cheminant dans le cordon antérolatéral. FR : formation réticulaire ; Th med : thalamus médian ; Th lat : thalamus latéral qui, dans ce schéma, comprend aussi les noyaux du groupe postérieur. B : Faisceau spinocervicothalamique cheminant dans le cordon dorsolatéral et relayant dans le noyau cervical latéral (NCL) avant de se projeter au niveau du thalamus latéral. C : Fibres post-synaptiques des colonnes dorsales (CD) atteignant les noyaux des colonnes dorsales (NCD). A ce niveau, il n'est pas certain que les neurones recevant des messages en provenance des fibres post-synaptiques se projettent vers le thalamus

Selon le schéma des voies de la sensibilité, la douleur provoquée par la stimulation à partir d'un certain seuil d'un nerf périphérique se propage vers les centres en suivant deux trajets différents.

- Un premier contingent de fibres suit un trajet direct (voie lemniscale directe), et constitue le faisceau "néo-spino-thalamique", ainsi appelé parce que son dernier relais, quand il quitte la moëlle se fait dans certains noyaux d'une région centrale du cerveau, le thalamus, avant de gagner le cortex.

- Un second contingent de fibres emprunte une voie indirecte, voie plus ancienne, appelée le "faisceau paléo-spino-thalamique". Ce faisceau abandonne, au niveau du tronc cérébral, des collatérales qui s'articulent avec des neurones courts d'une autre région riche en interconnexions nerveuses la "formation réticulée" mésencéphalique.

L'influx douloureux se caractérise par son passage par des fibres fines qui, par un double système d'inhibition entraîne son caractère prolongé, voire permanent. D'autre part, sa pénétration dans la formation réticulaire et le rhinencéphale, reliquat du cerveau des vieux mammifères, cerveau de l'affectivité, mais aussi de la mémoire et de l'apprentissage, lui donne son aspect comportemental particulier, et sa spécificité selon les individus.

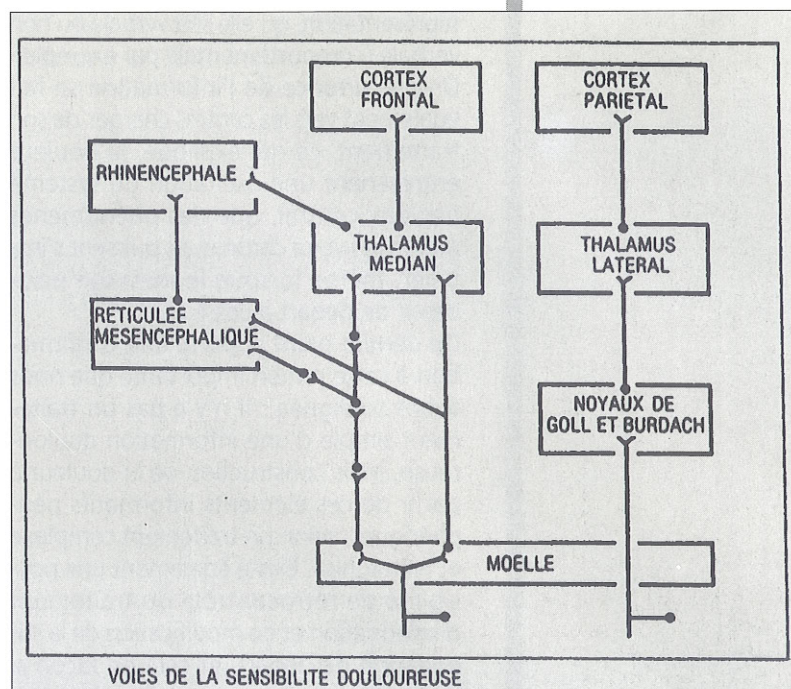
### Le cerveau

On a pu isoler des régions localisées du tronc cérébral, dont la stimulation entraîne une analgésie totale, en même temps qu'une libération de stérotonine, elle-même probablement liée à une libération de substances chimiques, les endorphines et les enképhalines, de nature proche de celle des dérivés de l'opium (morphine notamment).

Ces substances biochimiques se trouvent naturellement dans le cerveau et semblent être des hormones destinées à des neurones ayant des récepteurs spécifiques. Elles servent à traiter le message nociceptif au niveau central. Les recherches récentes ont montré cependant que si certains systèmes neuronaux, capables de modifier la transmission douloureuse, mettent en jeu les endorphines, d'autres ne le font pas (analgésie par stimulation de type électrique). On doit donc admettre de multiples systèmes inhibiteurs de la douleur, utilisant des mécanismes opiacés et non opiacés.

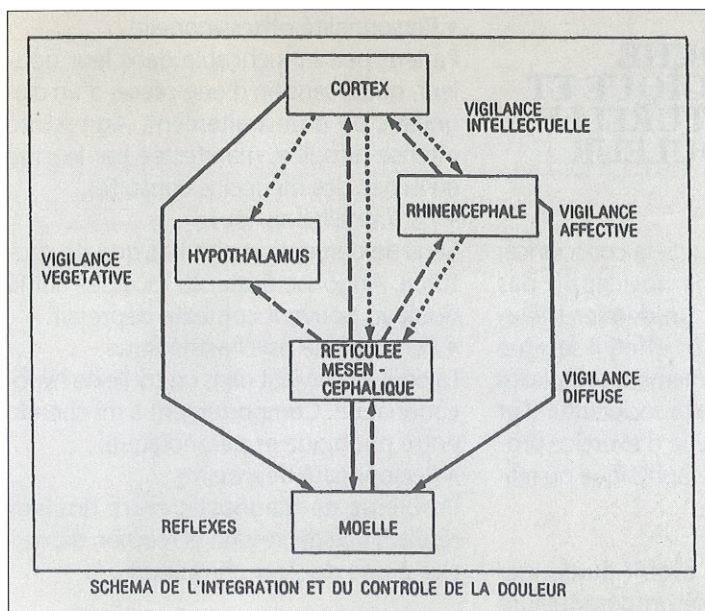
## CONCEPTIONS ACTUELLES SUR LA DOULEUR

Ce schéma neurophysiologique classique semble actuellement consi-



déré comme simpliste. Les théories modernes mettent l'accent sur une conception "synthétique" de la douleur, opposée à cette conception classique que l'on pourrait appeler "élémentaire".

Disons que le cerveau ne ressent pas la douleur, mais la construit à partir d'un certain nombre d'éléments informatifs dont le message nociceptif de départ n'est qu'un aspect. C'est à ce niveau que le message peut être traduit, sous forme de langage de la



# DOULEUR ET SOPHROLOGIE

représentation, qu'elle soit verbale ou non verbale (comportementale par exemple). Une récurrence de l'information se fait également vers les centres chargés de son traitement, ce qui explique, la douleur entretenant une excitation du système nerveux central, que des phénomènes prolongés voire chroniques puissent s'installer, même lorsque le message nociceptif de départ a cessé.

Ce dernier point apporte une confirmation à cette notion importante que nous avons soulignée : il n'y a pas un traitement simple d'une information douloureuse, mais construction de la douleur à partir de ces éléments informatifs périphériques, selon un traitement complexe et hiérarchisé. Existe également une possibilité de rétrocontrôle du traitement d'information et de modification de la stimulation de départ, et cela de façon si performante qu'une stimulation peut être modifiée avant même que nous en prenions conscience.

## APPROCHE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIOCULTURELLE DE LA DOULEUR

**A**rrivé au niveau de la conscience, notre message nociceptif, pas encore douleur, subit un dernier traitement psychologique. En effet, il se situe dans ces couches extrêmement complexes de l'individu, où contexte socioculturel et ethnique, âge, sexe, type d'exercice professionnel, attitude métaphysique ou religieuse vont intervenir.

La douleur est à la fois :

- Moyen de lutte qui avertit du danger somatique et/ou révèle un déséquilibre

mental relatif à travers un problème somatique qui sert de support.

- Moyen de défense par la régression mentale pathologique dans laquelle elle peut permettre au malade de se réfugier.

## TYPES PSYCHOLOGIQUES

**L**es principaux types pathologiques révélés à travers la douleur se rattachent plutôt aux dépressions, névroses d'angoisse et névroses hystériques. Cependant il ne s'agit là que d'indications grossières, toute la pathologie et la physiologie psychologique pouvant être envisagées à travers les phénomènes douloureux aigus ou chroniques.

- Personnalité hystérique

La douleur semble comme tirée de l'extérieur et évolue en fonction du comportement-réponse de l'entourage, médecin compris.

- Personnalité obsessionnelle

Patient peu influençable dans leur douleur, quête sans fin d'une cause, d'un diagnostic ou d'un traitement. Agressivité intense refoulée, manifestée par la mise en échec des médecins consultés.

- Personnalité anxieuse

Seuil de perception plus bas que de coutume. Angoisse flottante focalisée sur la douleur. Souvent contexte dépressif.

- Personnalité psychasthénique

La douleur survient dans un contexte hypochondriaque. Comportement à mi-chemin entre phobique et paranoïaque.

- Personnalité dépressive

Problème de diagnostic entre douleur révélant une dépression et réaction dépressive à une douleur chronique.

## FACTEURS SOCIO-CULTURELS ET AUTRES

**L**es études portant sur les groupes humains spécifiques restent difficiles à établir et à aborder, car toujours suspects de finalité raciste ou politique, quoique montrer une différence entre les groupes sociaux, les races et les ethnies ne soit pas en établir une hiérarchie ! Une étude ethnique ayant porté sur la durée maximum de tolérance à un stimulus douloureux expérimental a montré que les sujets blancs tolèrent mieux que les sujets de race noire, qui eux-mêmes sont plus résistants que les sujets asiatiques (alors que la verbalisation de la douleur sera souvent beaucoup moins importante chez ces derniers en raison de facteurs sociaux).

Tout ceci souligne deux points : l'action indéniable des facteurs socio-culturels dans le vécu douloureux - beaucoup plus que dans la perception douloureuse - et la nécessité pour le thérapeute confronté à un douloureux de faire très attention à ne pas laisser ses propres critères et valeurs morales, envahir et fausser son jugement de la douleur d'autrui. Ces facteurs socio-culturels ont une part importante dans l'élaboration et le modelage constant ultérieur de la douleur, et par là, de la souffrance.

## PSYCHODYNAMIQUE DE LA DOULEUR (D'APRES SCHWOB ET DUBOST)

**I**l existe plusieurs axes d'étude de la psychodynamique du comportement

humain et de la vie mentale qui le soutient.

- La vision structurelle repose sur un modèle de personnalité comprenant un triptyque stable - le Ça, le Moi et le Surmoi - constituant la représentation interne des forces et des résistances qui façonnent et règlent le comportement de l'individu.
- La vision topographique qui fait coexister une vie mentale consciente et inconsciente, cette dernière étant à l'origine de nombreux motifs de comportements ignorés par l'individu qui en est l'auteur.
- L'approche dynamique met l'accent sur l'interaction entre l'énergie psychique dérivée des pulsions primaires et les autres besoins.
- La théorie génétique décrit la formation progressive de la personnalité à travers une série de stades successifs de développement génétiquement et biologiquement déterminés. Les succès ou les échecs de l'individu à ces stades ou épreuves détermineront la configuration ultime de la personnalité : ce seront les périodes orales, anales et génitales.
- Enfin, la vision adaptative ou comportementale prend en compte les exigences de l'environnement et les stratégies comportementales qui permettent à l'individu d'y répondre avec succès.

La douleur fait partie des éléments qui, dans la vie de l'homme, vont jouer un rôle important dans le développement de sa personnalité. Elle peut et doit donc être étudiée selon les différentes visions données par la psychodynamique, soit pour mieux réaliser sa part dans le comportement "normal", soit pour déterminer les comportements "anormaux" ou pathologiques qu'elle entraîne.

## SUMMARY

*from the very beginning. Most of the work will deal with basic sophronisation, so that the patient can be provided very early with the necessary "tools" he will need for the rest of his training. It has to be noted that quite often, a dramatic improvement of the symptomatology can be noticed at that early stage. Sophrotherapy can be combined with any other sorts of therapy, even a medicinal one. It can even be used to reinforce their action by making more dynamic the placebo effect or the physiological recovery process.*

# DOULEUR ET SOPHROLOGIE

## **L'approche psychanalytique de la douleur**

Freud a vu dans la douleur un symptôme de conversion fréquent, ce qui l'a amené à penser que la douleur rencontrée dans "l'hystérie" était à l'origine somatique, et la conséquence d'un processus de symbolisation. Cette approche met ainsi déjà l'accent sur le rôle d'interaction que peut jouer la douleur dans le fonctionnement psychique.

## **L'approche dynamique**

L'approche dynamique s'attache au rôle joué par l'énergie psychique venue des conduites innées de l'individu. La douleur peut ainsi être nettement associée à la gratification ou à la frustration de chacune de ces conduites. Parmi tous les comportements humains, le comportement douloureux qui témoigne de la souffrance éprouvée par l'individu est celui qui entraîne le plus de conduites altruistes de la part de l'entourage, quoiqu'il faille être conscient du caractère ambivalent de ces attitudes, particulièrement dans le cas de douleurs chroniques.

## **L'approche structurelle**

L'approche structurelle de la personnalité permet de voir un système relationnel entre la douleur, l'image de soi et la représentation de la douleur dans sa finalité consciente (le Ça, le Moi et le Surmoi). La douleur peut par ailleurs jouer un rôle important dans la formation du Surmoi. La représentation mentale des objets signifiants extérieurs et de leurs valeurs est la base du développement du Moi idéal et de la conscience, qui vont constituer ensemble le Surmoi. Ces structures mentales vont ainsi intervenir de façon primordiale dans les conduites de l'individu à travers les normes sociales et culturelles

qui lui ont été transmises par l'intermédiaire des "figures" parentales.

## **L'approche génétique**

Cette approche qui a mis l'accent sur l'importance des phases psychosexuelles critiques du développement psychique "primaire" (phase orale, anale, génitale), a bien montré comment l'individu confronté ultérieurement à des frustrations, a tendance à régresser spontanément à un point de fixation qui représente le stade de développement, pendant lequel il a éprouvé le plus de difficultés et qu'il a eu le plus de mal à franchir.

## **L'approche adaptative ou comportementale**

Cette dernière approche, qui comprend les différentes stratégies employées par l'individu pour adapter ses propres besoins aux exigences de l'environnement, voit dans la douleur un moyen, soit de défense, soit de lutte.

## CONDITIONNEMENT

**I**l est certain que les facteurs psychologiques que nous venons d'évoquer ont tous un impact important dans le déclenchement et l'entretien d'une douleur, cependant il faut approfondir également la notion de bénéfice secondaire par la fuite dans la maladie.

En effet, il ne faut pas oublier qu'un patient n'est pas un individu isolé, mais qu'il est placé dans un contexte familial et social, thérapeute compris, ce qu'il est convenu d'appeler "l'entourage", et que va se créer une dynamique d'actions/réactions réciproques qui complique encore un peu plus la compréhension du phénomène

douleur. La langage corporel de la douleur agit comme un appel à l'entourage et est modulé en fonction de sa réponse. Peuvent s'y ajouter des notions de défaite de soi ou au contraire de jouissance de la douleur, véhiculée par des notions religieuses ou spirituelles. En cas de non réponse à la demande, la frustration s'installe avec son cortège de fuite dans la pathologie.

Les bénéfices secondaires amènent l'être souffrant à associer douleur exprimée et plaisir reçu. Les rapports entre douleur et plaisir sont extrêmement étroits, à commencer par le niveau physiologique puisque les neuro-transmetteurs hormonaux intervenant dans la douleur sont aussi ceux du plaisir. Plaisir et douleur sont des émotions, donc génératrices de mouvement, moteurs de l'apprentissage.

Le plaisir est la rencontre du désir avec son objet, en dehors de toute satisfaction, la douleur en est la symétrique à travers la frustration, mais leur nature n'est pas différente.

Citons également le conditionnement thérapeutique, surtout le fait du médicament "à la demande" : la douleur amène le besoin du médicament, la prise du médicament amène le soulagement donc le plaisir. Le risque est d'amener un réflexe conditionné où la seule prise du médicament amènera le plaisir, ou sera vécue comme telle, que la douleur existe encore ou soit vécue comme potentiellement présente.

## LE LANGAGE DE LA DOULEUR

**C**ar la douleur est avant tout un langage :

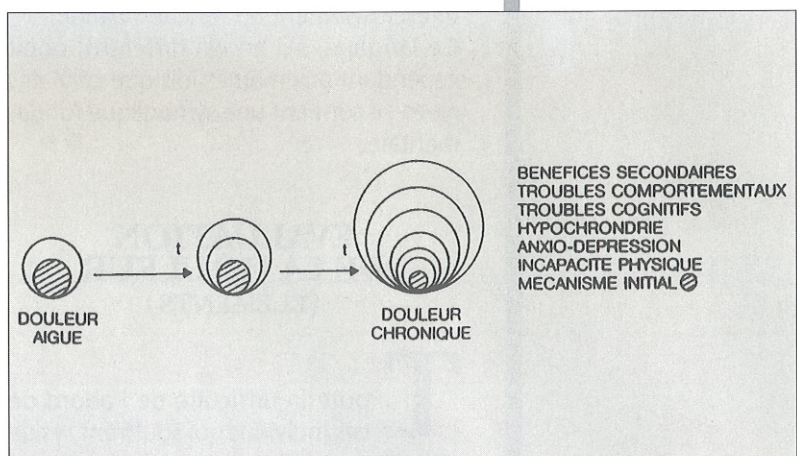
- Verbal par la sémantique ou la plainte douloureuse.

- Non verbal par les comportements et les attitudes, la symbolique de l'expression corporelle.

La compréhension de ce langage est très importante dans la relation que le patient va avoir avec le thérapeute, car il s'agit d'un véritable appel à l'aide détourné et inconscient parfois, qu'il va falloir savoir entendre et décrypter, afin de découvrir quel est le véritable mal-être dont il souffre. En effet, la maladie peut se définir comme un trouble de la relation avec l'être, un déséquilibre avec l'harmonie fondamentale,

- et de l'être dans ses composantes somatiques émotionnelles, mentales et même spirituelles,

- et de l'être dans sa relation au milieu dans lequel il est.

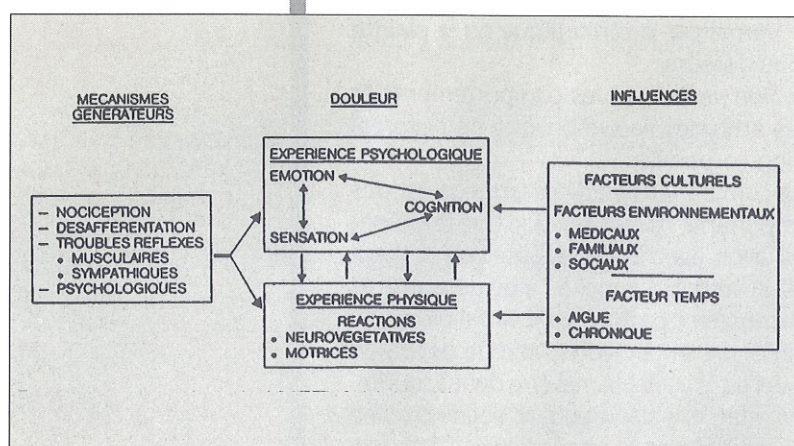


*Constitution de la douleur chronique.*

La maladie peut être une expérience enrichissante par la prise de conscience de la réalité de son propre corps, de la réalité de sa condition d'être humain et de sa position par rapport au cosmos. Ce peut être une ouverture à la transcendance, aux moyens de se dépasser soi-même, un



# DOULEUR ET SOPHROLOGIE



Construction de la douleur.

moyen de perfectibilité voire de réalisation d'états supérieurs à travers cette souffrance. Il est donc évident que la maladie et son expression douloureuse ne peuvent avoir de signification donnée qu'en fonction de l'individu malade lui-même et exclusivement en fonction de lui. Ce langage, s'il en est différent, obéit cependant aux mêmes lois que celui des rêves : il contient une symbolique fondamentale.

## EVALUATION DE LA DOULEUR (ÉLÉMENTS)

Toute la difficulté de l'abord de ces individus qui souffrent réside dans l'impossibilité d'apprécier le rapport entre la douleur et la plainte douloureuse, le rapport entre l'intensité du stimulus nociceptif et l'importance de la douleur, l'impossibilité de comparer les caractéristiques de la douleur d'un individu à l'autre, voire même d'un moment à l'autre chez le même individu. Pour avoir une idée de la douleur de son patient, le thé-

rapeute devra évaluer, donc quantifier, des éléments qui ne le sont pas :

- Localisation : siège, irradiation, étendue.
- Quantité : vocabulaire riche (brûlante, pulsatile...).
- Evolution : temps (horaire, cycles), espace (erratique).
- Caractère : aigu, chronique.
- Intensité sensorielle (voir techniques de cotation).
- Retentissement psycho-affectif (personnel, familial, social).
- Paramètres : facteurs déclenchants, aggravants.
- Signes d'accompagnement.

Un certain nombre de techniques ont été mises au point pour tenter d'approcher au mieux cette douleur, et permettre ainsi, non seulement un meilleur suivi de l'efficacité de la thérapeutique, mais aussi de son expérimentation.

Afin d'être un langage commun à tous les utilisateurs, l'algométrie, ou mesure de la douleur, doit remplir les conditions suivantes :

- Objectivité
- Validité
- Fiabilité
- Sensibilité

Sa seule finalité étant de permettre et de faciliter le dialogue entre le douloureux et le thérapeute.

## DOULEUR ET THERAPEUTIQUE

Comme nous l'avons vu, toute douleur exprimée correspond à une réalité : toute douleur devra donc être traitée comme la réalité vécue par le patient et son entou-

rage, sur tous les plans, et non comme un phénomène nociceptif isolé. Il s'agit donc d'un traitement global complexe, qui va au-delà du simple soulagement. Menace réelle ou imaginaire, l'important pour le sujet en est la perception, et il faut bien se garder de poser par élimination le diagnostic de douleur psychologique devant la simple absence de signe physique objectif.

Si la recherche de l'étiologie de la douleur chronique reste bien entendu indispensable et fondamentale, elle ne peut se résumer au seul bilan organique et à l'enquête para-clinique. Elle doit également aborder les problèmes techniques, psychologiques, sociologiques, économiques, conjugaux, etc... La connaissance du patient est essentielle pour pouvoir déterminer l'importance et la place relative des facteurs en cause.

## LES TRAITEMENTS DE LA DOULEUR

Nous n'envisagerons dans le cadre de ce travail que les traitements symptomatiques de la douleur, cités simplement pour mémoire puisque se situant en marge de notre étude. Il est toutefois utile de les citer pour bien resituer ce dont nous parlons. Par ailleurs, la sophrologie, modalité thérapeutique de choix dans les traitements de la douleur fera l'objet d'une attention particulière.

### Traitements médicamenteux

Leur utilisation obéit à des règles précises de progressivité.

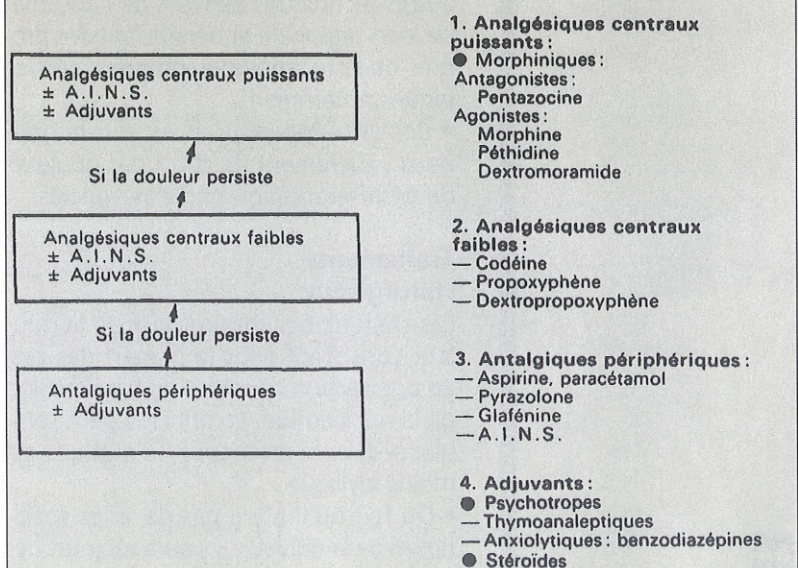
### Antalgiques

- Centraux puissants : ce sont des molé-

## QUESTIONNAIRE DE MAC GILL (VERSION FRANCAISE)

1	2	3	4
1. Intermittente 2. Tressaillante 3. Pulsatile 4. Palpitante 5. Battante 6. Martelante	1. Tressuante 2. Fulgurante 3. Lancinante	1. Fourmillante 2. Percante 3. Perforante 4. Polgnardante	1. Aiguë 2. Cisailante 3. Lacérante
5	6	7	8
1. Piquante 2. Compression 3. Tenaillante 4. Crampe 5. Serrante	1. Etirement 2. Tiraillement 3. Torsion	1. Cuisante 2. Brûlante 3. Bouillante 4. Cautérisante	1. Picotement 2. Démangeaison 3. Irritation 4. Piqure
9	10	11	12
1. Sourde 2. Douloreuse 3. Énervante 4. Continue 5. Pesante	1. Sensible 2. Tension 3. Râpante 4. Incisive	1. Fatigante 2. Épuisante	1. Nauséuse 2. Suffocante
13	14	15	16
1. Angoissante 2. Effrayante 3. Terrifiante	1. Éprouvante 2. Affreuse 3. Cruelle 4. Meurtrière	1. Déprimante 2. Aveuglante	1. Ennuyeuse 2. Gênante 3. Pénible 4. Intense 5. Insupportable
17	18	19	20
1. Envahissante 2. Irradiante 3. Pénétrante 4. Transperçante	1. Crispante 2. Engourdissante 3. Comprimante 4. Arrachante	1. Froid 2. Gelure 3. Congélation	1. Aagaçante 2. Aversive 3. Atroce 4. Horrible 5. Torturante

## ECHELLE THERAPEUTIQUE ANALGESIQUE UTILISEE DANS LES DOULEURS CHRONIQUES



# DOULEUR ET SOPHROLOGIE

cules chimiques qui agissent au niveau du cerveau.

- Centraux faibles : même action mais molécules plus éloignées des endorphines cérébrales. Citons la codéine, le propoxyphène et ses dérivés.
- Périphériques ou co-antalgiques : les substances agissent à différents niveaux du trajet nociceptif, depuis les récepteurs périphériques jusqu'aux régions para-centrales.

## Adjuvants

Ce sont des substances qui ne sont pas antalgiques en elles-mêmes, mais dont l'utilisation va favoriser l'action des antalgiques. Il s'agit :

- de psychotropes, antidépresseurs ou anxiolytiques ;
- d'hormones stéroïdiennes, au premier rang desquelles les corticoïdes ;
- des anti-inflammatoires non stéroïdiens, parfois classés comme adjuvants.

Ces traitements peuvent être utilisés par voie générale, ou par voie loco-régionale : rachianalgésie, pompes ventriculaires, et autres techniques dérivées de l'anesthésie loco-régionale et bénéficiant des progrès de la technologie, pompes électroniques notamment.

- des anti-épileptiques et anti-migraigneux : traitement de choix des douleurs de désafférentation et des névralgies.

## Traitements chirurgicaux

Les traitements chirurgicaux de la douleur consistent dans la plupart des cas, en une section des voies de transmission de la nociception. Le principe peut sembler séduisant en théorie, la pratique est moins idyllique :

- Du fait qu'il n'y a pas de voies spécifiques de la douleur, il y aura toujours des

effets secondaires, notamment au niveau de la sensibilité.

- L'organisation neurologique n'est pas un câble électrique et dans bien des cas l'organisme saura remettre en jeu des voies de suppléance, qui permettront la reprise des troubles.
- Enfin, nous avons vu que trancher dans le symptôme n'est pas trancher dans les problèmes...

Sur le plan pratique, ces opérations peuvent être des neurotomies (sections de nerfs), des cordotomies (sections de cordons spinaux), des lobotomies (ablation d'un lobe cérébral de moins en moins pratiquées). D'autres opérations sont plus sélectives et font appel à des coagulations extrêmement précises et fines de structures nerveuses bien définies et bien ciblées.

## Traitements électriques

Il s'agit de stimulations électriques de certaines structures nerveuses centrales (mise en place par neuro-chirurgie) ou périphériques.

Dans ces dernières, la plus utilisée est la Neuro-Stimulation Trans-Cutanée (NSTC) qui consiste à faire circuler un courant haute fréquence indolore entre deux électrodes placées sur la peau.

## Physiothérapies

Toutes les techniques physiques de massages et kinésithérapies, ou leurs dérivés, sont mises à profit dans les traitements de la douleur, soit directement, soit en tant qu'adjuvants somatiques ou psychologiques.

Il semble évident, à partir du moment où l'on admet que la douleur est, dans une large mesure, l'expression dans le corps d'un mal de l'être, que les thérapeutiques visant à la rééquilibration physiologique

du corps auront une place de choix dans les traitements de la douleur.

### **Les médecines différentes**

Appelons les "différentes" parce qu'aucun terme n'est vraiment satisfaisant : "douces" est idiot, surtout en parlant d'acupuncture, "alternatives" voudrait dire qu'elles changent toujours de sens, non "ceci ou cela" ne les définit pas mais les positionne par rapport à un modèle que leurs tenants rejettent. En fait, il n'existe qu'une seule médecine, celle qui agit pour l'équilibre physique mental et social des hommes, dans le respect de leur spiritualité. Le mode d'exercice n'en est que l'avatar.

Les plus en vogue sont la médecine énergétique chinoise dont la partie la plus connue est l'acupuncture, l'homéopathie, les différentes médecines dites manuelles (dont la chiropraxie, la vertébrothérapie, l'ostéopathie...), sans oublier toutes les médecines populaires qui pour n'avoir pas fait l'objet d'études scientifiques sérieuses du fait d'un rejet a priori (ce qui n'est d'ailleurs pas scientifique), n'en sont pas moins dans la pratique extrêmement utilisées par les patients que nous rencontrons quotidiennement dans nos cabinets : plus de la moitié consulte ou a consulté un guérisseur ou assimilé.

### **Thérapeutiques à visée psychologique et comportementale**

Loin de vouloir être exhaustif, ce qui nous ferait sortir du cadre de ce travail, nous nous limiterons à cet aspect sophrologique de ces thérapeutiques, sachant que d'autres écoles ont pu proposer de multiples thérapies faisant appel à l'intégration du psychisme dans le corps et sa dynamique.

## **LA RELATION THERAPEUTIQUE EN ALGOLOGIE**

**L**a démarche médicale classique a parfois tendance à considérer la santé donc la guérison, comme une absence de symptôme bien que l'OMS définisse la santé comme "un bien-être physique, mental et social". A partir du moment où l'on considère que la douleur est, au delà d'un symptôme, un langage que le malade utilise pour se parler à lui-même comme à son entourage, émerge donc la nécessité d'aborder le douloureux dans toutes ses dimensions. Cela impose de dépasser la relation thérapeutique classique où c'est le médecin qui ordonne, le malade qui subit, réduit à l'état de dépendance infantile pour la simple raison que lui ne sait rien et que le médecin sait tout.

Le "bon malade" est celui qui ne pose pas de questions, qui absorbe les médicaments et suit des prescriptions sans remettre quoique ce soit en question. Ce système fonctionne admirablement et à la satisfaction de tous, ni le malade, ni le thérapeute n'ayant à faire l'effort d'une remise en question de son être ou de ses actes.

A l'inverse, les "mauvais malades" ne veulent pas être des objets, ils posent des questions parce qu'ils veulent comprendre ce qui se passe dans leur corps et participer à leur traitement. Leur objectif est de garder leur dignité humaine, leur personnalité et leur libre arbitre, quelle que soit l'issue de la maladie. Cela impose un certain courage et une certaine volonté intérieure, auxquels le thérapeute se doit d'être ouvert, à travers toutes les dimensions de l'être, à travers aussi ses interrogations silencieuses : pourquoi cette

# DOULEUR ET SOPHROLOGIE

maladie, cette douleur à ce moment ? Que cela signifie-t-il pour son être intérieur, comme sa personne ? Que cela signifie-t-il dans sa relation à l'entourage ? Le langage de la communication est habituellement plutôt centré sur l'espace, alors que la relation devrait plutôt être centrée sur le temps.

On en arrive donc au problème de la demande conditionnée par l'image du médecin idéal, la relation avec le médecin, la relation avec l'homme que l'on a en face de soi. La demande sous-entend également la non-demande, avec une difficulté de cibler la réponse symptôme/cause, car au départ, et nous ne l'oublions surtout pas, la demande est le soulagement du symptôme ! D'où l'intérêt de laisser établir une communication à tous les niveaux, à partir de ce point de contact, ce point d'appel qu'est le symptôme, grâce au langage utilisé par le patient et au premier chef le langage de la douleur.

## ABORD SOPHROLOGIQUE DU DOULOREUX

Comme nous l'avons vu dans notre abord psycho-comportemental du douloureux, il semble qu'une proportion significative des troubles émotionnels associés à la douleur chronique ne soit qu'un effet secondaire, une conséquence du trouble initial et causal sur une structure psychologique ou psychopathologique préexistante donnée. Ceci souligne donc le grand intérêt de la démarche sophrologique dans l'abord de l'individu qui souffre, cette démarche étant à même de permettre un abord complet du patient dans son corps, son animus, son spiritus.

## LE CONTRAT THERAPEUTIQUE

Si la sophronisation se prête admirablement bien aux traitements algologiques, il est évident que le thérapeute doit être rompu aux techniques psychothérapeutiques de manière à pouvoir absorber n'importe quel problème, si difficile soit-il. La première relation à établir entre le soignant et le soigné est une relation de confiance, tant dans les hommes que dans la qualité professionnelle. Pour éviter les conditionnements est apparue la nécessité de définir un contrat de traitement entre le thérapeute, le patient et l'entourage, reposant sur :

- La nécessité pour le sujet d'avoir une activité maximum compatible avec son état, et le mettant en relation avec la réalité du monde.
- La nécessité de la relativisation de la plainte douloureuse, surtout pour l'entourage.
- Le retour aussi précoce que possible à une vie active, socio-professionnelle ou non, normale ou adaptée.

Cette notion d'implication de l'entourage est absolument fondamentale, car le symptôme douloureux joue un rôle de communication entre le patient et son entourage, et plus ce dernier est impliqué dans le processus douloureux, plus, de conditionné, il devient conditionnant. Les relations familiales se révèlent alors jouer un rôle parfois prépondérant dans le vécu de la douleur. A l'inverse, la douleur peut elle-même jouer un rôle dans l'équilibre familial, et surtout conjugal, dont elle peut à la limite être un des facteurs de stabilité : elle ne pourrait alors être supprimée telle quelle sans une préparation suffisante.

Dans la plupart des cas cependant, la chose essentielle que les malades attendent de leurs proches, c'est qu'ils les aident à affronter et à vaincre tout ce qu'il y a en eux de peurs, de rancunes souvent anciennes, de conflits non résolus. Là encore, la solution se trouve entre les deux extrêmes : l'amour de soi et l'amour des autres, l'affirmation de soi et le pardon. L'"alliance sophronique" prend ainsi une dimension très large.

## L'ABORD DU PATIENT

**L**e thérapeute doit être clair dans sa relation, notamment quant à la notion de pouvoir.

Sa position est plus celle d'un accompagnant, s'interdisant toute analyse sauvage, toute intrusion dans l'équilibre interne du malade, dans une attitude d'ouverture active et dans un climat sympathique et chaleureux. Le sophrologue s'intéresse plus au malade qu'à la maladie, le malade le respecte pour ce qu'il fait et ce qu'il est, et non pour ses titres. Dès le départ, le climat est celui de la confiance et de la franchise, sinon aucune communication vraie n'est thérapeute, ce dernier garde son rôle de guide. Ces points doivent être posés clairement. L'anamnèse classique est complétée de renseignements importants concernant la pathologie spécifique. Ils peuvent être regroupés schématiquement dans les quatre questions fondamentales de B. SIEGEL :

- Voulez-vous vivre jusqu'à 100 ans ? (espoir de guérison).
- Que vous est-il arrivé dans la ou les années précédant immédiatement votre maladie ?

- Que signifie pour vous la maladie ?
- Pourquoi avez-vous besoin de tomber malade ?

L'optique va donc être ensuite de rééquilibrer le patient tel qu'en lui-même : le symptôme a non seulement un rôle de symbole et d'appel au secours, mais également permet de drainer un certain nombre de choses dont l'anxiété, les tensions intérieures en général. La disparition de cette soupape risque d'avoir des conséquences catastrophiques en provoquant des décharges d'anxiété, voire une aggravation de la pathologie par déséquilibre de la personnalité. Soulignons cependant que lorsqu'un symptôme est indispensable à l'équilibration d'un individu, il est en général très difficile à supprimer par sophronisation.

## CONDUITE DE LA SOPHROTHERAPIE CHEZ LE DOULOUREUX

**N**ous ne nous étendrons pas sur la conduite de la première consultation sophrologique, puisqu'elle n'a rien de spécifique : hormis l'accueil et le contact, on s'attache surtout à une anamnèse extrêmement approfondie sur le sujet, son passé personnel, familial et professionnel, ses options socio-culturelles, métaphysiques, spirituelles. Egaleme nt sont prises en compte les composantes somatiques de l'expression de sa maladie, les troubles fonctionnels. L'entretien de départ est très orienté vers la recherche des fondements psychiques conscients et inconscients qui peuvent sous-tendre la maladie. Le travail se fait ensuite presque systématiquement sur la sophronisation de

# DOULEUR ET SOPHROLOGIE

base afin de pouvoir donner au patient très rapidement, les outils nécessaires à la suite de l'entraînement, et il faut noter que déjà à ce stade on assiste bien souvent à une amélioration spectaculaire de la symptomatologie, plusieurs possibilités pourront alors s'offrir, fonction de la pathologie, des individus, et des réactions à la sophronisation de base. Il n'y a pas de schéma thérapeutique rigide, mais au contraire nécessité d'une grande adaptabilité du thérapeute et des méthodes. Signalons au passage que la sophrothérapie peut être combinée avec n'importe quelle autre thérapeutique, même médicamenteuse. Elle peut même être utilisée pour renforcer leur action en dynamisant l'effet placebo ou les processus physiologiques de guérison.

On peut ensuite proposer un travail de sophro-acceptation-progressive de type classique dont le but sera de mettre le patient "au clair" avec sa maladie, de faire émerger sa position par rapport à ses troubles, sa motivation profonde par rapport à la guérison. Selon les résultats on peut ensuite s'orienter dans trois sortes de direction (non exclusives bien évidemment) :

- Une voie sophronique classique avec activité intra-sophronique, très efficace sur les effets du stress, et permettant de travailler à terme sur l'ancrage de la maladie dans le corps.
- Une voie comportementale permettant de travailler sur le vécu des troubles, le monde des émotions et des sensations, les relations avec le mental et le corps.
- Une voie analytique, analyse pour certains, la sophroanalyse pour d'autres, pou-

vant déboucher dans certains cas particuliers sur une analyse biosophrodynamique. Il s'agit de travailler sur l'esprit, en particulier le mental.

La finalité de tout ce travail sophrologique sur les motivations et l'intégration de la symptomatologie dans le vécu corporel, est le contrôle des facteurs causaux : trouver les avantages de la maladie peut aider à trouver la cause déterminante et à tenter de la résoudre.

La résolution des conflits intérieurs doit être le premier travail du malade, car une fois que les choix conscients coïncident avec les désirs profonds, l'énergie libérée par la contradiction est libérée au profit du processus de guérison : partager ses angoisses et ses problèmes engage sur le chemin de l'apaisement et de la guérison.

## CONCLUSION

**L**e domaine de la douleur est un domaine passionnant car il nous oblige à parcourir des chemins forts divers dans le monde de l'humain. Les congrès de spécialistes de la douleur (spécialité qu'il est désormais convenu d'appeler algologie) sont assez éloquentes à ce propos : les interventions vont de l'étude chez le rat des récepteurs membranaires du neurone à la morphine, jusqu'à l'interrogation sur la motivation du soignant dans la relation thérapeutique.

Ceci est dû au fait que la douleur est un symptôme qui a des racines fort profondes dans la vie de l'individu, dans sa géné-

N.B. : Il est admis que les maladies psychiatriques graves, notamment les psychoses schizophréniques ne sont pas du ressort d'un tel protocole, voire même de la sophrologie, quoique ce point soit discuté.

tique, dans sa civilisation (effet rédempteur de la souffrance), dans sa famille ("un homme ça ne pleure pas"), de son passé personnel, dans sa relation à l'entourage, dans sa relation à lui-même, dans sa relation au spirituel, etc...

Si la douleur est ainsi le résumé de toute une vie, le résumé de tout un être, elle est aussi un mode d'expérience, un langage que l'individu utilise pour se parler à lui-même.

Le thérapeute, le médecin, au sens littéral du terme (médecin = intermédiaire), est le moyen de susciter la guérison sans y projeter ses propres désordres en étant ce guide d'une bienveillante neutralité qui aide chacun à trouver sa propre voie. Il s'agit effectivement pour le thérapeute d'aider et non d'assister dans le respect du patient, en acceptant sa liberté d'évolution, et de non évolution, sans imposer un quelconque chemin sous prétexte que l'on est soi-même persuadé du bien fondé de ses choix, voire même de la simple et hypothétique nécessité de cheminer.

La relation thérapeutique doit elle-même faire l'objet d'une profonde réflexion analytique, notamment dans les motivations du soignant, nous en avons parlé, mais

aussi dans la notion de "pouvoir" : la relation médecin-malade est-elle une relation de type thérapeutique classique ou est-ce la relation de deux êtres qui cheminent ensemble ? Il s'agit peut-être d'un ménage à trois, malade-médecin-maladie, où le médecin, pris au sens le plus large du terme (donc à ne pas confondre avec le titre de "docteur"), n'apporte pas ce qu'il sait mais ce qu'il est, car pour lire le langage du corps, il faut être en contact avec son propre corps et pouvoir sentir ce qu'il exprime.

A terme, c'est donc grâce d'abord et avant tout à lui-même, bien qu'avec l'aide du thérapeute, que le malade peut transformer sa maladie, sa douleur, sa souffrance, en les transcendant, en transformant une fatalité négative en épreuve valorisante sur la voie de son accomplissement personnel. Il faut pour cela dépasser l'expression de la maladie qui est censée avoir engendré la douleur pour considérer l'individu dans son ensemble, réunion de ses aspects corporel, émotionnel, psychique et spirituel.

Là est le rôle du thérapeute en sophrologie habitué à se situer aux confins du corps et de la conscience. •