



11^e Congrès de l'Association Nationale
pour la Promotion des Soins
Somatiques en *Santé Mentale*

12 • 13 • 14 juin 2013
WORLD TRADE CENTER
MARSEILLE

MERCREDI 12 JUIN • JEUDI 13 JUIN - MATIN

JOURNÉES DE SOINS SOMATIQUES EN SANTÉ MENTALE

Expériences pluri-professionnelles et multidisciplinaires des soins somatiques en santé mentale

JEUDI 13 JUIN - APRÈS-MIDI • VENDREDI 14 JUIN

JOURNÉE SUR LA DOULEUR EN SANTÉ MENTALE

Un nouveau plan d'action

Douleur chronique et TCC

Thérapies de la troisième vague

Par Jean Sixou



INTRODUCTION

- « La douleur est une **expérience sensorielle et émotionnelle désagréable**, liée à une lésion tissulaire présente ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion.» (IASP: International Association for the Study of Pain)
- « La douleur chronique concerne à différents niveaux **un tiers de la population générale** » (HAS, 2008)
- Part de la **composante psychique ou émotionnelle** dans la douleur chronique? 80%?
- Intérêt des approches psychologiques dans le « **pain management** » plus que dans la suppression de la douleur. Mieux gérer la douleur plutôt que la faire disparaître.
- **Efficacité avérée** de la Médecine Comportementale et de la Thérapie comportementale
- Thérapie de la **troisième vague** (TCC 3.0)

QU'EST CE QUE LA TCC?





1930: TCC DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

- **Pavlov**: Apprentissage répondant, expérimentation animale, « réflexe conditionné »
- **Watson**: Généralisation et extinction, comportement visible, observable, black box
- **Thorndike**: « Loi de l'effet », renforcement
- **Skinner**: Apprentissage opérant, Taylorisme
- **Wolpe**: Désensibilisation systématique, inhibition réciproque, traitement des phobies
- **Marks**: Exposition in vivo, extinction
- **Eysenk**: Evaluation Maudsley Hospital London
- **Bandura**: Apprentissage social ou observationnel, self-efficiency (SEP), « social skills training »



1950: TCC DE DEUXIÈME GÉNÉRATION

- **Albert Ellis:** Thérapie rationnelle émotive
- **A T Beck:** Thérapie cognitive de la dépression
- **D'Zurilla, Goldfried:** Solving Problem Therapy
- **Jeffrey Young:** Thérapie de schémas
- **Cautela:** Covert conditioning, exposition imaginée
- **Howard Gardner:** Révolution cognitive, Intelligences multiples
- **Wells:** Thérapie métacognitive
- **F. Shapiro:** Eyes Movement Desensitization Reprocessing
- Remédiation cognitive et métacognitive
- Modèle cybernétique



CONCEPTS DES TCC 2.0

- **Ellis:** Ce ne sont pas les évènements extérieurs qui nous troublent, mais la perception que nous en avons.
- **Beck:** Pensées automatiques dysfonctionnelles, conditionnement et renforcement des troubles émotionnels
- **Young:** Schémas, processus et évènements cognitifs
- **Lazarus et Folkman (1984):** Modèle interactionniste du stress et du coping. La lecture ou la représentation subjective de la gravité et des conséquences possibles du patient important plus que la réalité et la nature de sa douleur.

Impact sur sa santé et sa qualité de vie.

Débordement ou non des ressources.

- **Jon Kabat-Zinn:** MBSR, Mindfulness Based Stress Reduction,
- **Segal, Williams, Teasdale:** MBCT, Mindfulness Based Cognitive Therapy,
- **Marsha Linehan:** TCD, Thérapie comportementale dialectique,
- **Steven Hayes:** ACT, Acceptance and commitment therapy,



CONCEPTS DES TCC 3.0

- Psychologie positive, ressources (Seligman)
- Emotions, intelligence émotionnelle (Goleman)
- Pleine conscience (Kabat-Zinn)
- Acceptation, non-agir, contextualisme (Hayes)
- Approche systémique et interactionnelle (Watzlawick)
- Logique floue (Zadeh), intuitionnisme (Bergson)
- Intentionnalité (Brentano, Husserl)
- Inconscient ressource (Erickson)
- Créativité, flow (Csizentmihaly)



SEP: SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE

« l'efficacité personnelle perçue concerne la **croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités.** »

« L'efficacité personnelle perçue concerne les **évaluations par l'individu de ses aptitudes personnelles.** »

« L'efficacité personnelle perçue n'est pas une mesure des aptitudes d'une personne mais une croyance relative à ce qu'elle peut faire dans diverses situations, quelles que soient ses aptitudes. »

« Les croyances d'efficacité personnelle sont construites à partir de quatre principales sources d'informations :

- les expériences actives de maîtrise qui servent d'indicateur de capacité ;
- les expériences vicariantes qui modifient les croyances d'efficacité par la transmission de compétences et la comparaison avec ce que font les autres ;
- la persuasion verbale et des formes proches d'influence sociale soulignant que la personne possède certaines capacités ;
- les états physiologiques et émotionnels à partir desquelles les gens évaluent partiellement leur capacité, leur force et leur vulnérabilité au dysfonctionnement. »

Bandura (2003)



NIVEAUX D'ACTION

Environnement, contingences de renforcement, matériel et social

Comportement visible observable

Corps, système nerveux

Emotions, réactions ou réponses émotionnelles

Pensée, modes de pensée, croyances, schémas cognitifs

Conscience



EVALUATION DE LA DOULEUR

- **BASIC IDEA:**

Behavior, Affect, Sensation, Imagery, Cognition, Interpersonal, Drugs, Expectation, Attitude.

- **Antécédents**

- **Facteurs de vulnérabilité**

- **Prédicateurs:** personnalité pré-morbide, stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu, dispositions au changement, coping.

- **SEP ou Auto-efficacité** (Bandura) vs résignation apprise (Seligman)

- **Tests** utilisables, SUD

- Grille HAS



COPING ET STYLES COGNITIFS

- Styles de « coping »: aptitude à gérer, à faire face,
- To cope with: « se charger de, s'occuper de, faire face à, affronter, venir à bout de, s'en sortir avec » (Robert & Collins)
« efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Lazarus, Folkman)
- Patient « copier »: positif, actif, ressources, à l'extrême patients « ergomanes », (contrôle interne)
- Patient « éviter »: ne font pas face, passifs, évitants, patients « kinésiophobiques », catastrophisme, (contrôle externe)
- Stratégies cognitivo-comportementales d'ajustement sciemment élaborées pour faire face aux situations stressantes.
- Attribution, locus de contrôle et attribution causale interne et externe
- Notion de ressources adaptatives



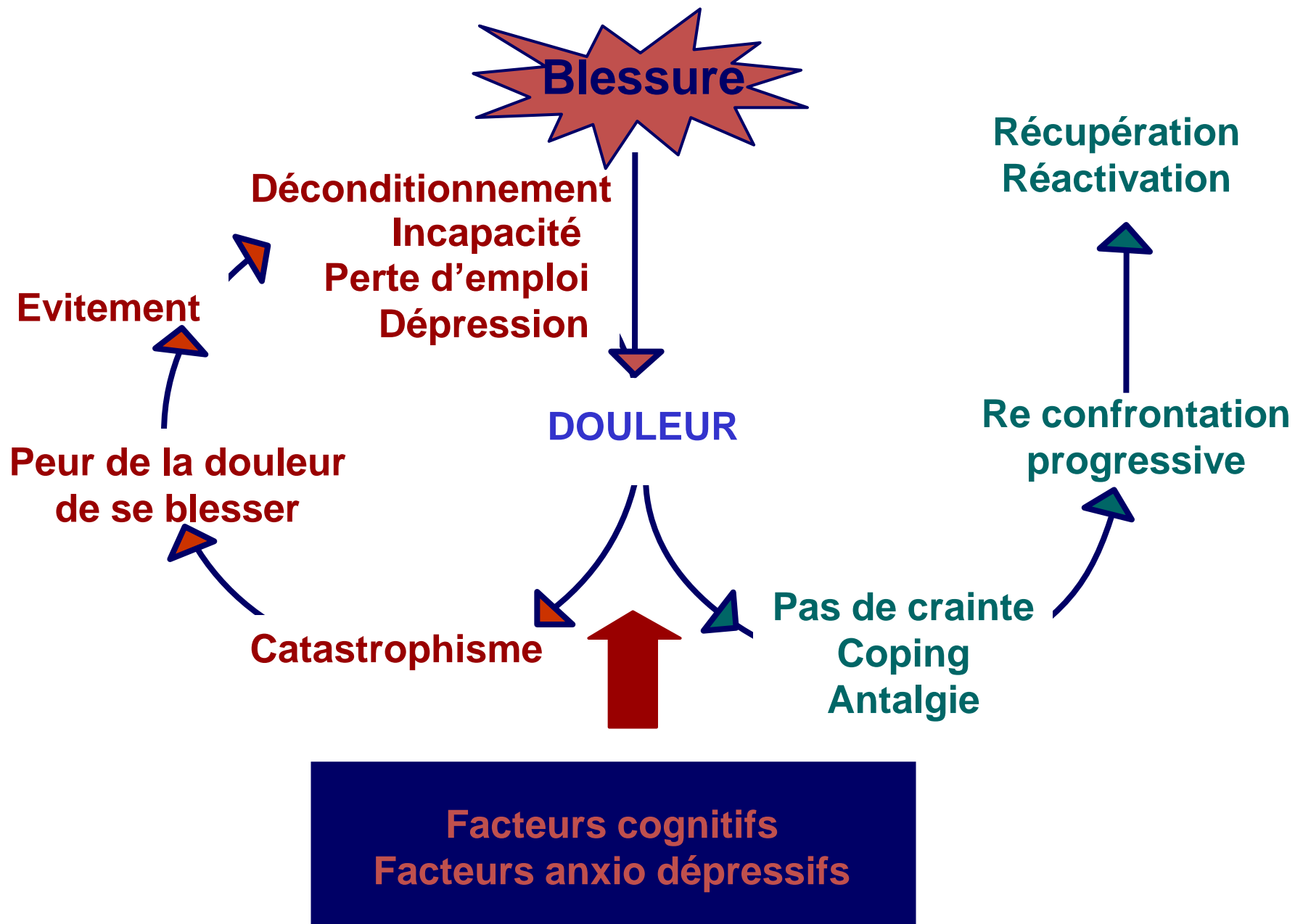
STRATÉGIES DE COPING

Stratégies efficaces:

- Recherche d'information, restructuration cognitive, solution de problème.
- Activité physique régulière, plan d'action et suivi
- Distraction attention/ douleur et relaxation
- Acceptation de la douleur (faire avec plutôt que faire face), lâcher-prise
- **Diminution de la dramatisation** = Stratégie prioritaire

Stratégies inefficaces:

- Expression émotionnelle, auto-accusation
- Optimiste irréaliste, phénomène de rebond
- **Catastrophisme**, Traitement: Réactivation = Confrontation progressive
Relaxation & désensibilisation, Stratégies cognitives
- **Kinésiophobie**: Renforcement négatif et évitement. Traitement:
Reconditionnement à l'effort physique. Objectif: limiter la généralisation de l'évitement.





TECHNIQUES UTILISÉES

- **Self-management**, prise en charge active, stratégies d'ajustement
- **Auto-observation**, quotidienne, tenue d'un journal,
SEPIA: Sensation Emotion Pensée Image, Activité (Boureau)
- **Modification de croyances erronées**, restructuration cognitive, reconceptualisation. Modification des schémas cognitifs, surtout si style cognitif mal adapté
- **Techniques de solution de problèmes**
- **Programmes d'activités, exposition**, reprise graduée, mise en place et suivi d'un plan d'action (pacing)
- **Apprentissage de compétences nouvelles** (relaxation)
- **Acceptation** de la douleur, lâcher-prise
- **Stimulation des ressources**, coping, imagerie mentale, psychologie positive
- **Education thérapeutique**, information douleur et traitements
- **Pleine conscience**, body scan
- **Thérapie familiale ou sociale** si entourage renforçant
- **Bibliothérapie** (livres, brochures), vidéothérapie



TECHNIQUES COMPLÉMENTAIRES

- Relaxation progressive, Jacobson
- Biofeedback, ECG, EMG, EEG, GSR
- Hypnose, Erickson
- Training autogène, Schultz
- Sophrologie, Caycedo
- Imagerie mentale
- Thérapies corporelles
- Exercices respiratoires
- Hatha Yoga, Qi Gong, Taiji Quan
- Arts martiaux, activités physiques
- Stimulation électrique: activation gate control



MINDFULNESS

- Désigne un état où la conscience se détache intentionnellement des pensées et des émotions, pour se centrer sur des perceptions sensorielles internes, environnementales ou sur aucun objet en particulier.
- Désigne un ensemble de pratiques permettant de parvenir à cet état.
- Dimension interculturelle, non réductible à un contexte particulier.
- Nouveau paradigme des TCC 3.0
- To be mindful = être attentif
Mindfulness = Attention, état attentionnel, traduit par « pleine conscience ».
Focusing, focused attention
Open monitoring

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

1



- **ACT, Thérapie par l'acceptation et l'engagement.** Jeffrey Hayes
- « Aie la sérénité, d'accepter les choses que tu ne peux changer, le courage de changer celles que tu peux. Et la sagesse d'en connaître la différence. » (Marc Aurele)
- **Six processus pathologiques centraux:**
 - 1) Restriction connaissance de soi, prédominance passé ou futur
 - 2) Fusion
 - 3) Evitement expérientiel
 - 4) Attachement au soi conceptualisé
 - 5) Manque de clarté, contact limité aux valeurs
 - 6) Actions qui ne marchent pas
- Approche informelle de la **Mindfulness**
- **Analyse fonctionnelle** permanente
- **Métaphore thérapeutique**
- Rigidité vs flexibilité psychologique



- **Flexibilité psychologique:** Élargissement du répertoire comportemental (face à un même stimulus ou contenu). C'est l'objectif du traitement.
- **Conditionnement Relationnel** : nouveau concept
- **Cadrage relationnel:** changer la *fonction* des réseaux relationnels en changeant le *contexte*, pas les *contenus*
- **Contextualisme fonctionnel** (Hayes, Strosahl et Wilson 1999) se caractérise par trois éléments fondamentaux :
 - 1) L'importance de **prendre en compte l'ensemble de l'événement et non des unités séparées;**
 - 2) Une **sensibilité au contexte** dans la compréhension de la nature et de la fonction d'un événement ;
 - 3) **Pragmatisme radical:** un critère de vérité pragmatique où est considéré comme vrai ce qui permet de réaliser un objectif précis. Selon la perspective contextualiste, l'aspect pragmatique de ce que l'on analyse est essentiel.



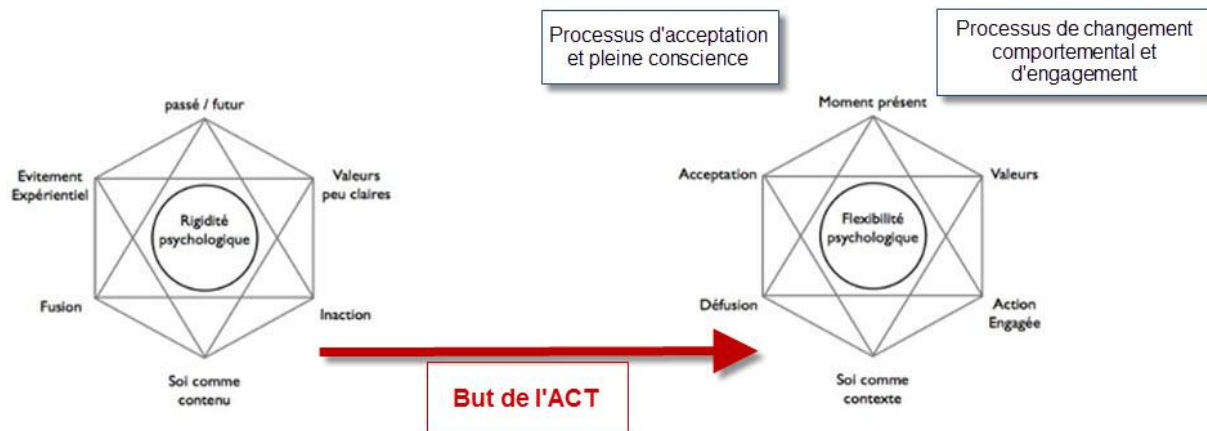
ACT ET DOULEUR CHRONIQUE 3

- ACT et **douleur chronique**:

Les tentatives pour contrôler les aspects de l'expérience jugés négatifs peuvent avoir l'effet paradoxal d'augmenter la souffrance à long-terme :

Eviter la douleur (le symptôme) cause de la douleur (souffrance) et produit des actions étroites, rigides et déconnectées des valeurs

Le patient laisse le symptôme « s'asseoir dans le siège du conducteur »



DESCRIPTION D'UN PROGRAMME COMPORTEMENTAL. UN CENTRE DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR I. H. RICHARDSON, LONDON 1999



Résumé

- Les patients pris en charge par le INPUT, Pain Management Unit (Centre de gestion de la douleur) de l'hôpital St Thomas à Londres souffrent tous de douleur chronique, définie comme une douleur ayant duré six mois ou plus, bénigne, en majorité lombaire. Critères d'inclusion et d'exclusion basés sur le travail de Fordyce.
- La douleur chronique a de larges répercussions dans de nombreux domaines comme la consommation de soins, la vie professionnelle, familiale et sociale ainsi que les niveaux de forme physique et émotionnelle.
- Les patients suivent l'un des trois programmes proposés: un programme en internat de quatre semaines, un programme en internat intensif de deux semaines ou un programme combiné alliant une semaine en internat et cinq sessions en externat étalées sur sept semaines.
- Tous les programmes sont organisés selon les principes cognitivo-comportementaux, tels que **les renforcements des comportements d'adaptation à la douleur et l'extinction des comportements liés à la douleur (pain behaviors), ou la remise en question des croyances au sujet de la douleur.**
- Les programmes consistent en un certain nombre de **sessions de thérapie cognitive, d'exercices physiques, de relaxation, d'éducation sur la douleur, ses mécanismes, ses traitements, de réduction de prise de médication** et enfin de **sessions de «pacing», de programmation d'activités, d'organisation d'emploi du temps** etc.
- Ce type de programme s'est révélé **très efficace pour la grande majorité des patients** qui le suivent.



Une position mentale non élaborative et un découplage entre les cortex exécutifs et ceux responsables du traitement de l'information douloureuses permettent de prédire une diminution de la sensibilité à la douleur chez des méditants Zen

- En utilisant l'**IRM fonctionnelle** et un protocole expérimental de douleur thermique, nous montrons que des pratiquants Zen, comparés à des sujets contrôle, réduisent l'activité dans leurs aires cérébrales exécutives, évaluatives et émotionnelles (cortex préfrontal, amygdale, hippocampe).

- **Les méditants les plus expérimentés ont montré les plus grandes réductions d'activité.**

Simultanément, les méditants ont activé de façon plus solide les aires qui sont les premières responsables du processus de la douleur (cortex cingulaire antérieur, thalamus, insula). Il est important de souligner que cette réduction de la sensibilité à la douleur chez les méditants était fortement prédite par des réductions des connexions fonctionnelles entre les cortex exécutifs et ceux responsables du processus de la douleur.

- **Ces résultats suggèrent l'existence d'un découplage fonctionnel entre les dimensions cognitives-évaluatives et les dimensions sensori-discriminatives de la douleur, permettant sans doute aux pratiquants de voir les stimulus douloureux de façon plus neutre.**

- Le modèle d'activation est remarquablement cohérent avec l'état mental décrit dans le Zen et la notion de *mindfulness*. Nos découvertes contrastent et mettent en défi les conceptions habituelles de douleur, de régulation émotionnelle et de contrôle cognitif; supposés habituellement se manifester au travers d'une activation accrue des aires exécutives frontales.

- **Nous suggérons qu'il est possible d'auto-réguler sur un mode plus 'passif', en réduisant les processus évaluatifs d'un ordre plus élevé (*plus corticaux*), ainsi que nous l'avons démontré ici par le désengagement des systèmes du cerveau antérieur chez les méditants.**



DOULEUR CHRONIQUE ET MINDFULNESS

- **Un programme de médecine comportementale pour des patients douloureux chroniques, non hospitalisés, basé sur la pratique de la méditation en pleine conscience.**

Jon Kabat-Zinn *General Hospital Psychiatry* 4, 33-47, 1982

- **Résultats : Tous les scores apparaissent améliorés que ce soit sur la douleur ou les symptômes associés, et cette amélioration se maintient dans le temps. Les résultats les plus caractéristiques dans chaque cycle sont la réduction**
 - de plus de 33 % chez plus de 50 % des patients pour le PRI et le BPPA
 - de plus de 50 % chez 35 à 50 % des patients pour le PRI et le BPPA
 - de plus de 33 % des symptômes non douloureux chez 55 % des patients
 - de plus de 50 % des symptômes non douloureux chez 33 % des patients
 - de 60 % des troubles de l'humeur en fin de cycle, et maintien d'une réduction de 46 % à 4 mois.
- **Conclusion : Le programme MBSR semble pouvoir être utilisé chez les douloureux chroniques, à bas coût, mais ces résultats doivent être confirmés par d'autres études.**



DOULEUR CHRONIQUE: ACT VS TCC

Un essai randomisé et contrôlé, de Thérapie d'Acceptation et d'Ouverture (ACT) et de Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) contre la douleur chronique.

JL Wetherell, Département de psychiatrie, Université de Californie, San Diego, 9500 Gilman Drive, USA.

RESUME

- **Méthode** : Des personnes déclarant une douleur chronique non cancéreuse depuis au moins 6 mois (n=114), ont été randomisées pour 8 séances hebdomadaires de groupe : soit de Thérapie d'Acceptation et d'engagement (ACT), soit de Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC).
- Elles ont été évaluées après une période de 4 à 6 semaines de prétraitement, puis une deuxième fois après la période de 8 semaines de traitement, et enfin une troisième fois 6 mois plus tard.
- Les protocoles ont été conçus pour une utilisation dans un lieu de Soins Primaires plutôt que pour une Clinique spécialisée contre la douleur. Aucune modification des traitements habituels antidouleur et psychotropes des participants n'a été apportée durant toute l'intervention.
- **Discussion** : C'est la plus grande étude randomisée et contrôlée de l'ACT sur la douleur chronique.
- **Résultats** : Il n'y avait aucune différence significative dans l'amélioration des résultats entre toutes les variables par rapport aux conditions de traitements. Pas de différence significative non plus dans la déperdition de patients durant l'étude entre les groupes ACT et TCC.
- **Conclusion**: **Les participants ACT ayant achevé leur traitement ont signalé des niveaux plus élevés de satisfaction que les participants TCC. En particulier, ils ont été davantage améliorés par rapport à la douleur elle-même, mais aussi par rapport à la qualité de vie, la dépression et l'anxiété associées à la douleur.**



DOULEUR CHRONIQUE: ACT VS TCC

- Ces résultats suggèrent que l'ACT est un traitement complémentaire efficace et acceptable pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse.
- Il semble que ces éléments apportent une plus value importante pour comprendre les avantages des traitements ACT pour la douleur chronique par rapport à un traitement comportemental classique.
- La principale implication clinique de l'étude est la démonstration qu'une brève intervention psychothérapeutique peut être utile en tant qu'aide au traitement médical de la douleur et qu'une telle intervention pourrait être assez facilement mise en œuvre dans un contexte de soins primaires.
- En conclusion, cette étude randomisée et contrôlée comparant ACT et les interventions TCC dans un échantillon d'adultes avec des douleurs chroniques non cancéreuses a prouvé son avantage sur la douleur et l'humeur dans les deux protocoles par rapport au traitement habituel.
- En revanche, il n'a été observé aucune preuve de différence sur la mesure des résultats entre les traitements ACT et TCC et les participants considéraient les TCC comme plus crédible mais ACT comme plus satisfaisante.
- Ces découvertes suggèrent que l'ACT et la TCC sont des traitements efficaces contre les douleurs chroniques. Des recherches ultérieures peuvent aider à identifier quelles sont les caractéristiques communes d'ACT et de la TCC qui favorisent l'amélioration de la douleur des patients et quelles sont les caractéristiques des patients qui permettent de prédire une meilleure compatibilité avec l'une ou l'autre approche.

IMPACT DE LA MÉDITATION SUR LA RÉGULATION DE LA DOULEUR.

ANTOINE LUTZ 2013



- Comparés aux novices les méditants experts rapportent moins de « désagrément » associée à la douleur. Cette différence a été associée avec une activité augmentée du « salience network » (Réseau de la saillance qui réoriente la conscience vers ce qui est « saillant »). L'intensité de la douleur n'étant pas modifiée.
- L'activation de la ligne de base dans les régions associées à la douleur et dans l'amygdale est réduite avant la douleur chez les experts seulement. Une expérience méditative prolongée tout au long de la vie permet de prédire une activation de la ligne de base de l'insula gauche.
- L'habituation des régions associées à la douleur est augmentée pendant la stimulation douloureuse chez les experts seulement.
- Ces découvertes améliorent notre compréhension des mécanismes de régulation mis en jeu par la Mindfulness et l'ACT.
- Il existe deux catégories de stratégies cognitives pour contrôler la douleur :
 - Contrôle actif sensoriel, cognitif ou des composants affectifs de la douleur.
 - Cultiver l'ouverture et l'acceptation de l'expérience de la douleur sans chercher à rejeter, ignorer ou éviter la douleur
- La pratique de Mindfulness tend à **cultiver une conscience d'absence d'effort, d'ouverture et d'acceptation de ce qui peut advenir dans le moment présent, sans réagir ou être accaparé** par les contenus de l'expérience.
- S'entraîner à **reconnaître expérimentalement que la plupart des composantes de l'expérience douloureuse sont majoritairement mentales et qu'ainsi, il n'y a pas nécessairement de besoin d'intervenir sur elles.**
- **On ne change pas nécessairement le contenu de l'expérience, mais plutôt notre relation à ce contenu (vividité de la douleur). On réduit la réactivité émotionnelle, ce qui diminue les schémas automatiques habituels d'action.**
- Quels mécanismes neurologiques sous-tendent les effets relatés de la Mindfulness sur la douleur ?
 - Diminution Activité anticipatoire (Brown 2008)
 - Diminution du taux de désagrément lié à la douleur
 - Augmentation de l'évaluation au niveau du Salience Network
 - Diminution des connections fonctionnelles entre les cortex exécutifs et ceux liés à la douleur (Grant 2011, Zeidan 2011)



CONCLUSION

- Grande richesse théorique et pratique
- Approche multimodale
- Approche multidisciplinaire
- Efficacité du « pain management » et des TCC Classiques
- Efficacité comparable voire supérieure des TCC de troisième génération: ACT et Mindfulness



BIBLIOGRAPHIE

- Boureau François; Contrôlez votre douleur, Payot 2008
- Harris Russ; Passez à l'ACT, De Boeck 2012
- Laroche, Roussel; Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives, Editions In Press 2012
- Rapport INSERM 2002
- Etudes de Wampold 2002