

REACTIONS PSYCHOLOGIQUES FACE A LA DOULEUR

Réseau Voironnais de la Douleur - Dominique Gillet - Claudine Pautonnier

REACTIONS

PSYCHOLOGIQUES

FACE A LA

DOULEUR AIGUE

LA DIMENSION PSYCHIQUE DE LA DOULEUR AIGUE

- La dimension psychique est souvent oubliée, voire totalement ignorée, cependant elle existe réellement.
- La lésion corporelle accapare toutes les attentions.
- La plainte douloureuse exprime aussi bien la douleur physique ressentie que la souffrance psychique, mais le patient et le soignant ne les différencient pas.

Constat sur la prise en charge de la souffrance psychique lors de la douleur aiguë

- Devant la persistance de la plainte du patient, les soignants n'hésitent pas à augmenter les traitements antalgiques alors que la souffrance psychologique n'est pas prise en compte
- Si la souffrance psychologique est prise en compte, elle est le plus souvent soulagée par la prescription de médicaments plutôt que par la possibilité d'exprimer son ressenti.

ELEMENTS CONSTITUANT LA PART PSYCHIQUE DE LA DOULEUR AIGUE

- Choc psychique lors de la lésion (circonstances, état de choc...)
- Angoisse liée à la maladie, à l'intervention, aux dégâts corporels (devenir, changements de mode de vie, risque vital...)
- Angoisse due à des douleurs antérieures non calmées qui amène le patient à majorer sa plainte de peur de manquer d'antalgique et ce, tout à fait inconsciemment
- Psychopathologie sous-jacente pouvant entraîner des réactions exacerbées
- Facteurs environnementaux : tout événement concomitant, s'il présente un caractère de gravité, peut se répercuter au niveau de son vécu et donc de sa douleur

CONCLUSION

- Lors de douleur aiguë, au-delà de la composante sensorielle due à la lésion, la composante affective et émotionnelle doit être prise en compte de façon systématique, d'autant plus si la plainte paraît anormalement élevée
- Attention au risque de chronicisation

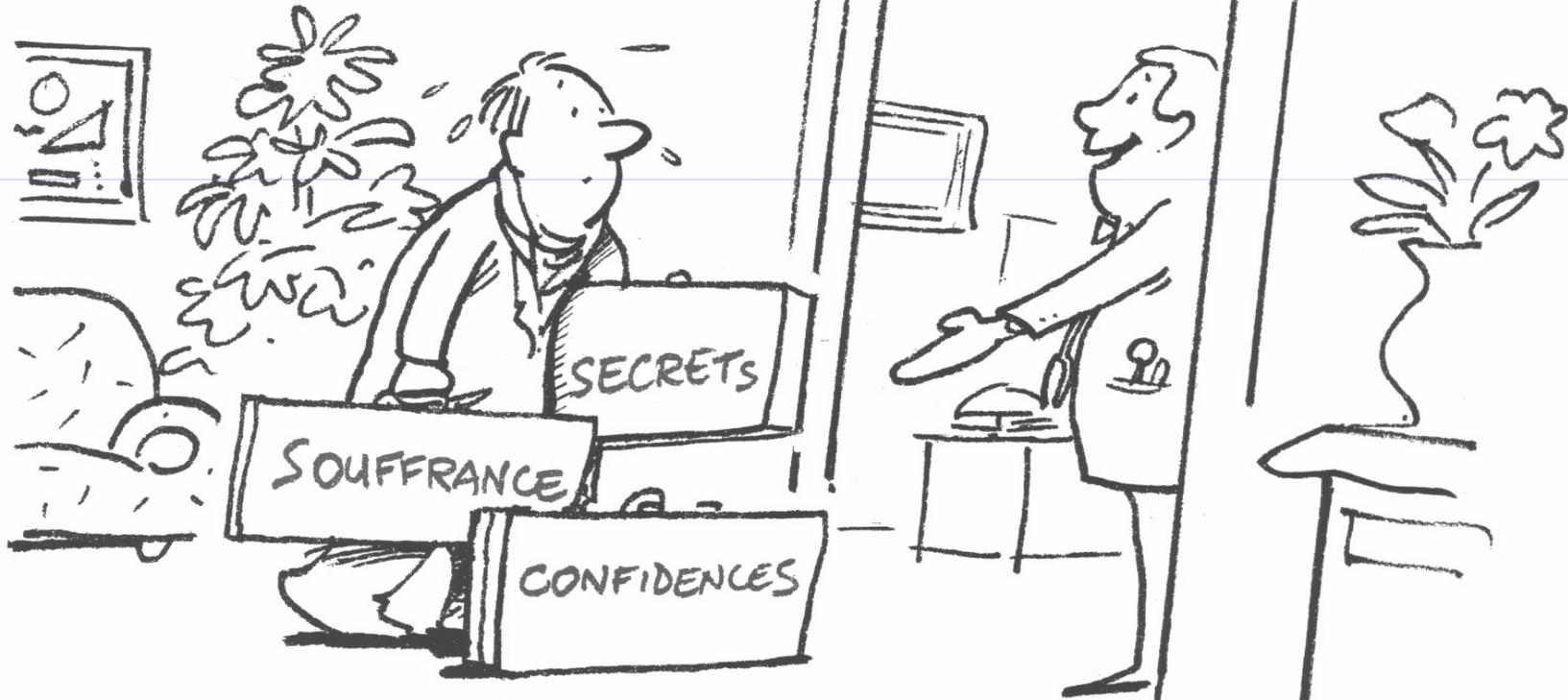
REACTIONS

PSYCHOLOGIQUES

FACE A LA

DOULEUR CHRONIQUE

VOUS POURRIEZ PEUT-ÊTRE
DÉPOSER VOS BAGAGES ...



Duverrier

Prise en charge du douloureux chronique

- Tout soignant doit savoir élargir sa compréhension du malade à un ensemble de facteurs psychosociaux susceptibles d'amplifier ou d'entretenir la douleur
- Dans la plupart des cas, la collaboration avec le psychiatre ou le psychologue est souhaitable ; la difficulté est alors de faire accepter la démarche au malade, démarche qui ne doit pas être interprétée comme la preuve que l'on croit à une *douleur imaginaire*

Banaliser la prise en charge du patient par le psychiatre

- L'envoi du patient vers le psychiatre sera d'autant plus facilement accepté que ce dernier sera présenté précocement dès la consultation initiale et non pas après échec des traitements proposés
- Présenter le psychiatre comme un praticien connaissant bien certains médicaments antalgiques (antidépresseurs), maîtrisant des techniques de contrôle de la douleur (relaxation, hypnose...) facilite l'envoi des patients vers le psychiatre, surtout pour les patients réticents qui sont par ailleurs souvent ceux ayant des problèmes psychologiques

Établir une relation de confiance

- Le 1^{er} contact avec le malade douloureux chronique peut être délicat pour le soignant du fait de l'agressivité du patient et des sentiments de frustration et de mise en échec qui se dégagent du discours du patient
- La relation est toujours facilitée lorsque le soignant montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur et fait preuve d'empathie
- Croire à la douleur ne signifie pas accepter toutes les conceptions du malade sur son état ou sur la nature de la douleur : il faut savoir expliquer que les causes sont diverses, qu'il n'y a pas de séparation entre le corps et l'esprit, l'être humain est un tout
- Savoir être disponible pour écouter et créer le climat de confiance indispensable à une relation de qualité : prendre du temps

Éléments pouvant constituer la part psychique de la douleur chronique

- le contexte socio-économique (assurance, travail) l'aide d'une assistante sociale peut s'avérer utile
- Le contexte familial (renforcement, rejet, attention...)
- le contexte affectivo-émotionnel (dépression, troubles de la personnalité)
- La composante cognitive (savoir, connaissance) elle précise la façon dont le patient se représente la cause de sa douleur et son attitude vis-à-vis de la douleur. Les arrière-pensées et les fausses idées doivent être clarifiées car elles alimentent souvent l'angoisse du patient alors la reformulation de la situation aidera le patient à adopter un comportement plus adapté vis-à-vis de sa douleur
- La composante comportementale il faut répertorier les diverses manifestations motrices ou verbales témoignant de la douleur lors de l'entretien, lors de l'examen clinique, dans les situations statiques et dynamiques (mimiques, soupirs, attitudes antalgiques, limitations des mouvements, attitudes guindées...)

CONCLUSION

- Il y a toujours une relation entre la douleur chronique et les émotions
- Plusieurs facteurs peuvent avoir un rôle sur la douleur chronique et notamment :
 - l'entourage socio-familial et ses réactions ont un impact sur la douleur du patient
 - Le contexte socio-économique
- Éléments pouvant faciliter la prise en charge du douloureux chronique :
 - Relation de confiance entre le patient et les soignants
 - Prise en charge pluridisciplinaire, notamment psychologique
 - Information des professionnels de santé

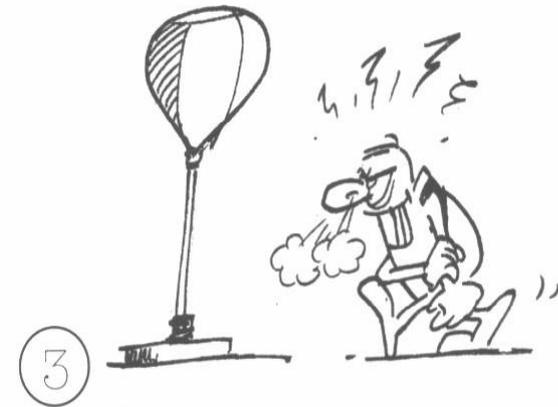
**Le douloureux chronique vit
une souffrance
psychologique**



**Il ressent volontiers un
sentiment d'injustice**



**Il peut l'intérioriser ou
l'exprimer**



**Cette colère peut être
agressive**



**Ou retournée contre
lui-même**



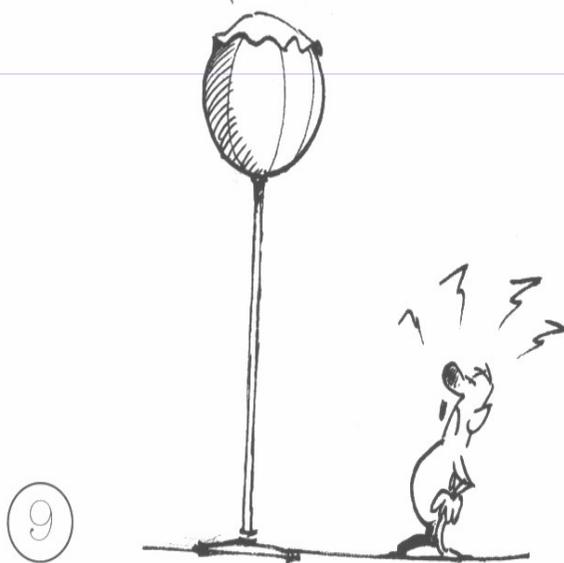
6
**Cette nouvelle
souffrance s'ajoute à la
douleur initiale**



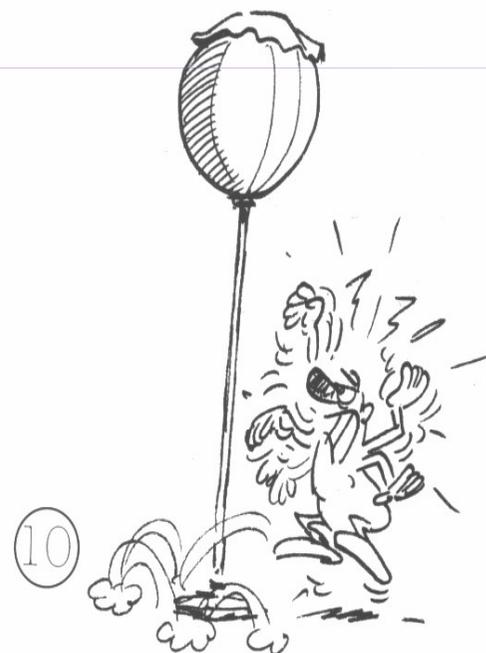
7
Et il s'attriste



8
**Dans cet état de fragilité,
une autre perte peut
survenir**



9
**Suscitant alors un
sentiment d'impuissance**



10
**Et de nouveau de
colère...**