

Compte-rendu de la réunion d'information médicale du 20 mars organisée par l'AFAP-NP et l'AFCI

Intervention de **Laurence Raffi**, psychologue, spécialiste de la prise en charge des douleurs pelvi-périnéales, Centre médical l'Avancée (Aix en Provence)

L'approche psychologique développée par Laurence Raffi s'inscrit dans la prise en charge pluridisciplinaire mise en œuvre par le Dr E. Baurant à l'Avancée. Elle vise à appréhender le patient dans sa globalité et à prendre en compte la souffrance physique et psychique du patient dans le processus thérapeutique.

Le patient doit se sentir écouté, sécurisé, pris en compte « humainement » et non uniquement à travers sa pathologie.

Les membres de l'équipe mettent collectivement en place les meilleurs outils, les plus adaptés, chacun dans sa spécialité afin d'optimiser les chances de guérison des personnes souffrants de douleurs pelvi-périnéales.

Lors du dernier Congrès Convergences sur les douleurs pelvi-périnéales à Nantes en décembre 2009, le DR J.J Labat a écrit dans son éditorial : « l'organe n'est souvent que la cible de la projection de la douleur ». Je formulerai en anglais « The Body Keeps the score », ce qui signifie que si le patient continue à être très douloureux après une prise en charge médicale, voire chirurgicale adaptée, c'est que l'on a peut-être négligé une autre dimension de la douleur qui est la prise en compte de la souffrance psychique. Les douleurs pelvi-périnéales chroniques, en particulier les névralgies pudendales ont de lourdes conséquences néfastes sur la vie des patients.

- La douleur nécessite souvent un arrêt de travail, c'est le premier pas vers le retrait social,
- Le couple est mis à mal par une sexualité quasi-impossible,
- La localisation de la douleur dans une zone intime amène des difficultés pour le patient à s'exprimer sur sa maladie,
- L'incompréhension de la maladie par l'environnement,
- Un parcours médical souvent difficile amplifie les sentiments d'impuissance, voire de désespoir.

Modification de l'état psychique de l'individu :

Tous ces facteurs associés modifient l'état psychique de l'individu d'où l'intérêt d'une psychothérapie adaptée à la pathologie : hypnose, art thérapie, emdr.

Dans ce cas, il faut que la relation thérapeutique qui est très importante soit vraiment ressentie par le patient comme une relation basée sur la confiance, la sincérité, l'empathie aiguë et le regard positif du thérapeute. Dans le cas contraire, il est préférable de changer de thérapeute

Intervention du psychologue :

Lorsqu'une personne vient pour la première fois consulter, il est utile d'effectuer une « évaluation psychosociale ». Cela signifie retracer son histoire, connaître les événements du passé et la nature de ses projections sociales. Les événements positifs et négatifs peuvent être des cibles à traiter ou des ressources pour la personne dans l'avenir.

Le problème actuel sera clairement identifié à travers l'évocation d'une situation, d'un contexte, ou peut-être aussi formulé par une croyance négative ex : je ne peux plus supporter ou je ne peux plus faire face.

Exemple de tableaux cliniques :

Prenons deux cas différents :

Le patient A souffre comme le patient B de douleurs pelviennes, névralgies pudendales en particulier.

Le patient A ne présente pas de syndrome de stress post traumatique : ses symptômes sont principalement des émotions et des pensées négatives : un stress lié à sa pathologie.

Le patient B présente un syndrome de stress post traumatique, ainsi il y a un surinvestissement de la zone algique d'où l'amplification des douleurs.

Un stress post-traumatique c'est un événement douloureux vécu par le patient, qui n'a pas été « digéré » en quelque sorte et enkysté de longue date.

Planning de traitement :

Objectifs : la réduction des symptômes

Pour le Patient A, ses perturbations sont liées à la maladie : de l'anxiété, de la peur aussi, des émotions peuvent être présentes et modifier l'état émotionnel et cognitif de la personne.

Pour le patient B, qui a des traumatismes anciens, auxquels s'ajoutent les problématiques actuelles, traumatismes liés à la maladie, qui se passent aujourd'hui, dans le présent, qui réveillent aussi quelque chose de douloureux du passé, il va falloir effectuer **un traitement approfondi** pour modifier l'état émotionnel, cognitif, comportemental.

Les modifications peuvent être obtenues par la thérapie EMDR : » Eye Movement Desensitization and Reprocessing. »

C'est une thérapie tout à fait indiquée dans la prise en charge de ces deux patients : le patient A sans stress post-traumatique et le patient B avec stress post traumatique.

Cette thérapie vise des problèmes qui ont une influence directe sur la santé et les problèmes d'ordre clinique.

Le traitement adaptatif de l'information a pour cible les éléments stockés de manière dysfonctionnelle dans le système de mémoire, qui donc émergent dès qu'il y a des événements qui viennent réactiver.

Comment fait-on pour passer du dysfonctionnement au bon fonctionnement :

Pour qu'une solution (appropriée/positive) adaptée puisse advenir, le traitement sort le matériel dysfonctionnant hors de son état de gel (on va essayer de faire digérer les éléments non digérés aux patients, un souvenir qui est enkysté).

L'intégration hémisphérique et la réorganisation des souvenirs est aidée par la Stimulation Bi Alterné (SBA), elle peut être soit visuelle mouvements oculaires très rapides, soit tactile, soit auditive, ce qui est important c'est de stimuler les deux hémisphères afin de faire circuler l'information qui permet de traiter les éléments traumatiques enkystés de longue date.

Cette approche est une approche temporelle appréhendant le passé, le présent et le futur.

Pour le patient A qui ne présente pas de syndrome de stress post traumatique, (il présente des symptômes anxio-dépressifs) on va reprendre l'historique des douleurs pelvi-périnéales, définir les circonstances

actuelles qui déclenchent les symptômes et effectuer un travail de gestion du stress en renforçant l'estime de soi et les capacités à faire face. La gestion du stress est très importante dans ce type de pathologie, le patient a tendance à se recroqueviller, à se contracter, il faut éliminer tout cela de façon que le patient puisse se décontracter.

Aussi un travail sur la perception de la douleur qui doit aboutir à une certaine désensibilisation.

Pour le patient B qui lui en plus de la pathologie souffre d'un stress post traumatique, les souvenirs traumatiques modifient la tête et empêchent le fonctionnement cognitif normal au quotidien. On va relier les actions du présent aux expériences du passé afin de désensibiliser « vider le passé ».

Dans un deuxième temps, on va essayer d'installer une réponse qui soit plus positive et ensuite grâce au scanner corporel, c'est-à-dire une visualisation du corps par le patient, on lui demande de fermer les yeux et de suivre son corps pour voir s'il ressent quelque chose d'assez fort, il passe en revue son corps en entier cela permet de vérifier s'il a des sensations négatives et de les modifier. Pour le futur par exemple, des patients ont des pensées négatives donc il n'y a pas de futur possible, à cette cognition négative on va essayer de substituer une cognition positive.

Utilisation d'un protocole douleur :

Pour les deux patients, la douleur devenue chronique va faire l'objet d'un traitement particulier

Pourquoi ?

Le patient s'est habitué à la douleur, il scanne son corps en permanence, il a l'habitude de ressentir la douleur à certains moments. L'objectif est d'agir sur cet auto-conditionnement.

Résumé du protocole douleur :

1 – la cible sera la douleur actuelle :

Le patient doit décrire comment il sent la douleur maintenant, Il doit construire une représentation mentale de la manière dont il sent la douleur,

Ex : si la douleur avait une couleur laquelle ?

Si la douleur avait une température, froide, chaude ?

Si la douleur a une forme laquelle ?

2 – ensuite le patient doit formuler une cognition négative, une pensée négative : ex je suis abîmé à jamais

3 – et une cognition positive : ex je suis guérissable

4 – On mesure la validité de cette cognition* positive de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai).

5 – on demande au patient de se concentrer sur la cognition négative et on lui demande quels types d'émotions ils retrouvent en même temps,

6 – Unité subjective de la douleur : on demande au patient de se concentrer sur la douleur + sur la cognition négative et on lui demande à combien il évalue la force de la douleur qu'il ressent maintenant.

7 - sensation corporelle de la douleur : on demande aux patients de localiser la douleur sur le corps

8 – et on essaye de désensibiliser en associant la sensation douloureuse, l'émotion et la cognition négative.

9 – Mesure de l'unité subjective de la douleur : si = à 0 - 1 ou 2 c'est bon, on peut installer quelque chose de positif, par contre si toujours très négatif on cherche ce qui peut bloquer la désensibilisation.

10 – installation : le patient se concentre sur la douleur

11 – clôture positive

Conclusion :

Intervenant dans un domaine de spécialité, il a fallu développer et adapter les protocoles standards de l'EMDR à une nouvelle application.

Le protocole douleur peut s'envisager avant l'acte chirurgical, par contre il s'impose en postopératoire pour accompagner le patient dans sa convalescence.

Le patient doit être pris en charge d'un point de vue psychologique, les douleurs physiques engendrent une souffrance psychique, le stress est un facteur aggravant dans ces pathologies.

Il existe des thérapies plus ou moins adaptées en fonction des pathologies, des souffrances des patients. L'hypnose, la PNL, l'art thérapie et l'EMDR sont en adéquation avec le fonctionnement psycho neurologique des personnes atteintes de douleurs pelvi-périnéales.

Le corps et l'esprit ne peuvent être dissociés, lorsque l'un est douloureux, l'autre souffre.

*cognition : pensée