

UNIVERSITE FERHAT ABBAS – SETIF

Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement du module de Psychologie Médicale

6^{ème} année de médecine (Année universitaire 2019-2020)

Psychologie de la douleur

Dieu dit aussi à la femme : « Vous enfanterez dans la douleur »

Pr ALOUANI

(Professeur de psychiatrie, Université Ferhat Abbas, Sétif)

INTRODUCTION

Les modes d'expression de la douleur varient, mais sa présence traduit toujours la volonté de communiquer sa souffrance.

Les définitions de la douleur reflètent l'époque au cours de laquelle elles furent écrites, ou bien le penchant pris par les auteurs pour le modèle biologique ou somatique.

Le dictionnaire Littré la décrit comme « une souffrance physique ou une souffrance qui est à l'âme ce que la souffrance physique est au cœur ».

Adams et **Rosnik** définissent la douleur comme étant une des premières expériences sensibles qui permettent à l'homme de découvrir en lui l'existence de la maladie et donc comme un signe caractéristique dont l'absence entraîne toujours une incertitude diagnostique.

La douleur possède donc deux dimensions intimement liées : psychologique et somatique.

On pourrait par exemple parler de la douleur morale du déprimé comme n'étant que psychologique, ou de la douleur provoquée par une blessure par une arme blanche comme n'étant que somatique.

Qu'elle soit d'origine psychique ou physique, la douleur constitue un véhicule de communication que le patient nous force à prendre en considération.

LES PREDISPOSITIONS A LA DOULEUR

On est parfois surpris par les réactions différentes des individus ou des patients face à une douleur de même intensité, de même qu'on est admiratif devant la résistance à la douleur.

Il existe une prédisposition génétique dans la sensation douloureuse mais ce sont surtout les facteurs acquis qui influencent nos réactions.

1- Rôle de l'éducation

L'enfant ne différencie pas ses difficultés psychiques ou physiques, aussi bien dans sa compréhension que dans son expression.

Plusieurs études ont montré que les enfants mêlaient les sensations somatiques aux sensations psychiques : ne pas se sentir bien, est associé à ne pas pouvoir participer aux activités désirées.

L'anglais *Mechanic* souligne que le jeune enfant ne semble pas pouvoir distinguer sur le plan de la sensation un désordre physique d'un désordre émotionnel.

Ce sont l'éducation et l'apprentissage qui vont l'orienter.

L'une des façons habituelles d'apprendre, c'est de copier ce que l'on voit ou ce que l'on observe.

Nombre de nos réactions face à des stimulations extérieures ne sont qu'une réplique des réactions que nous avons pu observer chez d'autres personnes et que nous avons considérées, consciemment ou inconsciemment, comme les plus adaptées à la situation.

Les psychologues appellent ce mode d'acquisition d'un comportement *l'apprentissage vicariant*.

2- Rôle de la situation

Une même douleur, chez un même individu, peut être vécue de façon radicalement différente en fonction des situations.

3- Rôle de la culture

Malgré les progrès considérables de la médecine du XXe siècle, la douleur chronique reste, pour une grande part, une énigme.

Le mot douleur, vient d'un mot grec qui signifie « expiation », c'est-à-dire celui qui souffre, c'est celui qui a péché.

Dans certaines tribus d'Afrique ou d'Asie, il y a des rites qui comportent des flagellations.

Ces douleurs sont généralement bien supportées car la signification même d'un rite, fait que les hommes et les femmes qui s'y soumettent montrent très peu de signes de souffrance.

Dans une société qui réprime l'expression psychique des émotions, le langage de la souffrance doit passer par le corps.

La douleur ressentie sera proportionnelle à l'intensité du sentiment de culpabilité.

4- Rôle du niveau de connaissance

Les préoccupations somatiques sont proportionnelles au niveau de connaissance. Les soignants connaissent bien ces réactions observées en début d'études médicales, où il suffit de lire dans un manuel la liste des symptômes d'une maladie pour se les découvrir aussitôt.

Une explication simple et claire permet une rapide régression des préoccupations.

Plus un symptôme est précis, plus son interprétation en est facile.

La douleur chronique ne permet généralement pas une telle facilité, et il ne faut pas s'étonner si la focalisation des patients sur leurs douleurs augmente au fur et à mesure que les explications données se font de plus en plus confuses.

Egibert et son équipe a, dès 1964, démontré l'intérêt des programmes d'enseignement avant toute intervention chirurgicale. Ils ont expliqué, avant l'opération, à un groupe de patient les détails de l'intervention. Ils ont pu démontrer que les besoins en anesthésiques pendant et après l'intervention étaient plus faibles dans ce groupe que dans un autre groupe n'ayant pas eu de détails sur l'acte chirurgical.

5- Rôle de l'anxiété et du stress

Classiquement, il est connu en psychologie que plus l'anxiété est grande, plus la perception des troubles douloureux est forte.

Lors des guerres, les équipes médicales savent que les sollicitations vitales stressantes font apparaître ou exacerbent les phénomènes douloureux.

Parfois, on voit aussi la guérison de douleurs rebelles par des techniques de relaxation, par des traitements anxiolytiques ou certaines thérapies comportementales.

A l'inverse, certains stress diminuent la perception de la douleur.

Weisenberg montre que l'anxiété augmente la douleur si la source de l'anxiété est liée à l'expérience douloureuse. A l'inverse, si la source de l'anxiété n'est pas liée à l'expérience douloureuse, la douleur diminue.

6- Rôle de la dépression

La dépression s'accompagne régulièrement d'une diminution du seuil de perception douloureuse et d'une augmentation de la sensibilité nociceptive.

LE VECU DE LA DOULEUR

Une fois la douleur perçue est installée, le patient va s'engager dans un cycle inchangé.

La première réaction émotionnelle est *l'anxiété*.

La douleur signifie la *perte de l'intégrité physique* et signe *l'incapacité de réagir*.

Le douloureux s'engage dans une routine : sentiment de culpabilité, interrogation sur l'existence et sur l'avenir.

Peu à peu, le doute s'installe et fait le lit des troubles dépressifs.

Cette dépression va progressivement s'estomper en favorisant une réorganisation complète de la vie du malade autour de ses douleurs. Ces dernières vont occuper une place centrale dans sa vie et son discours.

Si la douleur disparaissait, elle ne laisserait la place qu'à un grand vide.

Un nouveau travail de réorganisation doit être fait, et passe souvent par un autre état dépressif.

Le patient souffre réellement, et demande une perpétuelle compréhension de son problème.

Peu à peu, la pression se fait de plus en plus grande, jusqu'à mener au rejet.

En fin de compte, le douloureux chronique se retrouve encore plus seul.