

1^{ère} Consultation avec un douloureux chronique



spécificités



Spécificités Dououreux chronique ☹️

- Parcours médical
- Son entourage personnel, social
- Contexte professionnel

- Vécu avant sa rencontre avec la douleur

- Nous contraint à une approche systémique

Spécificités médecin algologue 😊

- Formation initiale
- Hospitalier ou libéral
- Seul ou en équipe pluridisciplinaire
- Disponibilité, plateau technique
- Avis ou suivi
- Clinicien ou chercheur clinicien
- Hypnothérapeute ou pas

Mécanismes de compréhension de l'état affectif d'autrui

- La résonance émotionnelle est automatique, présente chez tous les mammifères dès la naissance (pleurs des bébés)
- Peut donner lieu à des comportements divers consolateurs ou aversifs
- Peuvent être inhibés puissamment

Biais de jugement de la perception de la douleur

- Appartenance ethnique
- Intensité
- Cause identifiée ou non
- Expérience préalable de l'observateur
- Sentiment d'impuissance de l'observateur

(Nicolas Danziger SFETD 25/11/2011)

Terrain miné



Douleur = ?

- Expérience
- Sensorielle
- ET
- Emotionnelle
- Désagréable
- Provoquée par

- Caractère Aigüe ? Chronique ?

Activer le processus d'empathie 😊

façon de ressentir le monde intérieur de l'autre

ainsi que sa signification

comme s'il était le nôtre ...

Avant de faire sa rencontre ...



Avoir à l'esprit +++

- La fréquence des troubles affectifs
- Des troubles de la personnalité
- Des troubles de l'attachement (Bowlby)

Dépression

- Chez douloureux chronique : 50 à 90 % état dépressif
- Chez dépressifs : + de 50 % douleurs chroniques
- Douleur « message » : la souffrance psychique peut prendre le masque de la douleur physique, protection contre une douleur plus grande (mélancolie, deuil)
- Le messenger boiteux, Pr A. F. Allaz

Anxiété

- Troubles anxieux 2 à 3 fois plus nombreux chez patients DC quelque soit l'âge, les syndromes douloureux et les syndromes anxieux
- Responsable de très nombreuses plaintes, très variées
- Somatisations, hypochondrie, alexithymie

Alexithymie ☹️

- Incapacité à identifier les émotions
- Pas de mot pour les différencier, les exprimer
- Douleur chiffrée
- Pensée tournée vers les faits, le concret

☹️ Ecueil ☹️

- Difficulté à faire le lien corps/émotion
- A accepter le diagnostic émotionnel
- Pour le patient, son entourage
- Parfois aussi pour les somaticiens : portés sur l'action, kiné « sportifs » ...
- Avantage de l'approche par l'hypnose !

Troubles de l'attachement



Vulnérabilités

- Maltraitance, abandon, abus
- Dystraitance, négligence
- Rejet, indisponibilité, hostilité
- Ils ont enduré ou ont été exposés à de la violence psychologique, physique ou sexuelle
- C'est leur norme : l'attitude bienveillante, la relaxation, l'hypnose peut les insécuriser, déclencher une réaction paradoxale

Intelligence émotionnelle

Compétence qui permet de prendre conscience et d'observer nos émotions, de les comprendre, de les exprimer et d'agir de manière flexible et adaptée par rapport à la situation

(Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, Nelis, Les compétences émotionnelles, Hachette, 2009)

Parcours du patient ?



Itinéraire entre impasses et allers retours

- Adressé par Médecin traitant, connaissance
- Kinésithérapeute, infirmier
- Radiologue
- Rhumatologue, neurologue, MPR
- Chirurgien orthopédique, neurochirurgien...
- Oncologue
- Médecin conseil, du travail, expert, parallèle
- M parallèle, guérisseur
-

Peut s'avérer un long périple



Engrenage facteur de pérennisation



L'entourage : soutien ou saboteur ?

- Encore tu as mal !
- Tu t'écoutes trop, secoues toi un peu
- Tu es toujours en train de te plaindre
- Tu n'as pas repris le travail ? Untel a eu le même problème, il a repris depuis longtemps, lui
- Elle ne s'arrête jamais, ne tient pas en place
- Je suis fatigué moi aussi

L'environnement professionnel

- Culpabilisateur « si vous vous arrêtez comment je vais faire, il faudra former quelqu'un d'autre »
- Déception de découvrir qu'après avoir travaillé avec acharnement dans l'entreprise personne ne prend de ses nouvelles
- Parfois repli volontaire
- Deuil de la relation, du travail

Médecins

- Médecin traitant opposé ou favorable
- « L'opération est réussie, je ne vois pas de complication, je ne peux plus rien pour vous »
- « Je vous souhaite bon courage »
- « Vous en avez pour 18 mois à 2 ans (SDRC) »
- « Si ça vous amuse de vous faire faire des injections tous les jours c'est que vous n'avez pas assez mal »

Créer l'alliance thérapeutique !



Demandes ?

- Un autre diagnostic
- La guérison ou l'amélioration
- La reconnaissance de la réalité de sa douleur, de son handicap
- Le retour à sa vie d'avant (!)
- Un certificat pour son assurance, ses indemnités...
- Que rien ne change : douleur physique parfois préférable à une souffrance plus intense

Il attend des médicaments



Un soutien thérapeutique



Spécificités 1^{ère} C en CETD

Le plus souvent :

Diagnostic déjà porté

Il ignore la pratique de l'hypnose

Parfois : il demande une hypnose

Je suis une somaticienne
ça me gêne, ça me gêne ...



Conduire la consultation selon le modèle médical habituel ?

- Interrogatoire à questions fermées
- Examen clinique et paraclinique
- Prescription d'examens complémentaires
- Hypothèses diagnostiques
- Ordonnances
- Prochain RV plus ou moins lointain

bof 😞

Se concentrer, respirer, plonger



Infiltrer ce modèle

- De digressions
- Reformulations
- Questions ouvertes, phrases incomplètes
- Dérouter en pratiquant l'examen clinique tout en continuant le dialogue

en dédaignant les examens paracliniques pour ne les observer qu'en fin de consultation, ou pas du tout, mais parfois commencer par eux !

Se dissocier le plus tôt possible !

Etre à la fois médecin ET hypnothérapeute

Observer l'effet corporel produit sur soi par l'interaction P/ T : intérêt, plaisir, détente, ennui, agacement, malaise, somnolence, bâillement, oppression, douleur...

tout en poursuivant l'observation, le questionnement et l'examen du patient !

Bousculer les codes !



L'observer dans la salle d'attente, dès l'entrée dans le cabinet

Seul ou accompagné

Remplissage du dossier

Interactions avec patients, secrétaire, infirmière

Le choix du fauteuil, la remise du dossier

Les éléments non verbaux : posture, regard...

La prise de parole ou le silence attentif

L'accompagnant : aidant ou saboteur

Mise en place de la relation



Observer signes de transe

- Agitation motrice

 - verbale : sursaturation, répétitions

- Prostration

 - Regard absent, mouvements et débit de parole lents, voix lasse, monocorde

Faire le choix du moment où commencer l'hypnose

- Dès la fin du rituel médical ?
- Lors d'un prochain rv ?
- Etre obsédé par la recherche du moment où commencer
- Distraire par des questions inattendues, hors sujet, parler sur soi
- Déstabiliser dans la bienveillance

Evaluer le style relationnel



Evaluer ses ressources

- Qui était-il avant ?
- Ses activités de loisir
- Ses centres d'intérêt
- Son environnement affectif passé et actuel ++
- Sa vie professionnelle modulable ou pas ++
- Sa vie sociale

Vécu antérieur à la douleur ?

- Carences affectivo-éducatives ouvrent la voie des troubles psychotraumatiques pour lesquels des stratégies de défense sont mises en place :
- Evitement, peur (mécanismes anxiodépressifs) prédicteurs majeurs d'incapacité ressentie
- Dissociation (mécanismes anesthésiants et compulsifs)

Mode d'attachement

- La « scène » qui se déroule entre nous mime son mode de relation à son corps, à l'Autre
- Colore la mise en place de la relation P/T
- Echange harmonieux : projet court, simple, ça respire
- Echange fuyant ou heurté : prudence +++ psychotraumatisme probable, dissonance, ça coupe le souffle

Il n'est jamais trop tôt pour les thérapies brèves !

Après avoir pris note des très nombreux défauts qu'il se trouve (écoute active)...

Lui faire remarquer tout ce qu'il a réussi, à nos yeux (autorité bienveillante)

Lui demander de faire la liste de toutes ses qualités (prescription de tâche)

Reformuler

- Les plaintes dont le mode d'expression est aussi conditionné par les aptitudes lexicales, les apprentissages socioculturels, affectifs
- Rendre l'émotion explicite : colère ?
tristesse ?
peur ?

Colère

- Contre soi : de ne pouvoir continuer comme avant
- Contre l'Autre : trahisons
- Contre la société : conflits, patient revendicateur

Peurs

- De la maladie
- De l'erreur diagnostique, thérapeutique
- Du changement
- De l'avenir : personnel, familial, professionnel

- Renforcées par ses représentations
à rechercher

Représentations variées

Lombalgiques :

Peur de l'usure du corps, de la paralysie

Fibromyalgiques :

Impression maladie infectieuse, conviction atteinte corporelle, demande d'examens, de réassurance

La douleur est une expérience sensorielle **ET** émotionnelle ...

- Les représentations sont plus importantes que l'expérience douloureuse elle-même.
- Le vécu est ce qu'ils en pensent bien plus que l'expérience elle-même.
- (Pr A F Allaz, SFETD 14/11/2013)
- Loin de nos propres représentations et de nos émotions!

Tristesse

- Deuil de l'image de soi
- De l'idée de la relation à l'Autre
- Deuil de son rôle antérieur
- Perte d'autonomie
- Douleur qui fige un actif
- Questionnaire HAD

Ouvrir un horizon



Offrir un horizon



1^{ère} C° avec Fibromyalgique

- Recadrer les symptômes combattus en réponse corporelle adaptée, le corps faisant obstacle à l'esprit malveillant à son égard
- Grâce à la douleur le DC observe un temps de récupération
- L'asthénie impose le non agir
- L'insomnie donne à l'esprit l'opportunité de constater les apprentissages erronés, de les remplacer, moment d'hyperactivité neuronale

Autorité bienveillante

- A fait sienne les valeurs de son « tortionnaire »
- Son esprit conscient se rebelle et nous demande une médecine de dopage pour continuer à respecter ces valeurs : refuser !
- La réponse corporelle est la réponse de sagesse : la valider
- Stefano Colombo : épreuve du Vidal

Se garder de vouloir les guérir

- S'assurer de ce qu'il est prêt à changer
de ce qu'il souhaite conserver

Cette question leur permet de rendre

explicite ce qui était implicite

et ainsi de modifier leur vécu de la douleur

Accepter d'être impuissant



Proposer une hypnose



Comment ?

- Définir l'objectif
- Fixer le nombre de séances
- Rechercher la pratique de la relaxation, yoga...
- Donner le choix de commencer ou différer
- Le choix du fauteuil ...

Madame Cata-r-acte



Ah vous me plaisez vous !

- Arrêt migraines à la ménopause
- Rechute après chirurgie de la cataracte
- Pensée : « il ne faudrait pas qu'en m'endormant l'œil pour l'opération mes migraines reviennent »
- Rythme précédent : au changement de lune
- Technique : régression en âge, apprentissages réussis

Sortir de la transe



Collecter les informations

- Dissociation observée en salle d'attente
- Poche d'examens
- Français approximatif
- Parcours du questionnaire : céphalées
- Jeune, grand, ténébreux : perplexité

Se laisser hypnotiser

- Poser des questions sur sa vie d'aujourd'hui
- D'hier
- Jusqu'au moment où un geste automatique apparaît sous l'effet de la transe qu'il a induite
- Un revolver sur ma tempe !
- Modification de la posture, du langage

Projeter dans le futur

- Questionner sur sa vie avant la douleur
- Nouveau geste automatique : boxer
- Ancrage
- Prescription de tâche

- 2^{ème} C

Activer processus



Booster la neuroplasticité

- **Hypnose et Thérapies Stratégiques par les Mouvements Alternatifs = HTSMA**
- Modélisation toujours en évolution
- Fruit de la collaboration d'un groupe de psychiatres de la région Nantaise, enseignée par le Dr Eric Bardot, Institut Mimethys

Modèle intégratif

Elle tisse en un tout les apports de :

- l'hypnose éricksonienne
- des thérapies brèves de Palo Alto
- le solutionnisme de Steeve de Shazer
- l'approche cognitivo constructiviste de Giorgio Nardone
- l'approche narrative de Michael White

avec

- le protocole cognitiviste de Francine Shapiro
- les travaux sur l'attachement de Bowlby
- et sur l'intersubjectivité de Daniel Stern

Taping vibratoire

- Approche à médiation corporelle non intrusive
- En face à face
- Lui permet d'éprouver le subjectif de la douleur, son déplacement, son atténuation ou son aggravation, sa symbolique
- De détourner de la focalisation sur la partie problème par le ressenti corporel

L'oblige à constater et exprimer

- La variabilité de ses sensations corporelles
- Lourdeur, légèreté partielle
- Chaleur ou sudation ou fraîcheur localisée
- Crispation ou détente
- Induites par les tranches fractionnées
- Permet de re - sentir l'unité corporelle

Madame « Pas plus »

- Cervicalgies rebelles gauche (droite)
- Litanie
- Taping : léger, pas plus
- Contact poignée de mains

Indications

- En cas de dissociation pensée/corps
- Chaque fois que le tonus est déséquilibré par le maintien d'une posture
- SDRC
- Douleurs multifocales
- Distinguer douleur à prédominance organique ou pas

Accompagner le ressenti

- Pendant le test qui alterne phases de taping vibratoire inducteur de transe rapide et
- phases d'observation de son effet
- « C'est normal, il faut du temps, c'est bien, voilà, c'est mieux » (autorité bienveillante)
- Observer chaque moindre réaction corporelle
- Modification du tonus, de la voix, de la posture, de la respiration, des paupières, de la déglutition, de la toux, bruits digestifs ...

Offrir du temps

- Une fois la modification corporelle obtenue chiffrer EVA de 10 à 0, confort 0 à 10
- Envie de changer de posture, de manger
- Sensation de fatigue, de sommeil
- Leur accorder le temps de récupération d'un tonus adapté qui donne le top d'un besoin de mouvement, étirement

A condition

- Que le contact physique soit accepté !
- Si psychotraumatisme sera refusé ou faussement accepté (espace)
- Construire expérience secure avant de s'intéresser à modifier la perception de la douleur

Différences

- Induction, métaphore, recadrage, reformulation proposée par T
- P actif : esprit accueille métaphorisation élaborée par lui « à l'insu de son plein gré »
- Vit en étant protégé, accompagné, le changement du regard qu'il porte sur sa situation et ses perceptions et le formule
- La mise en mouvement et en action

Distinguer 2 situations

- Style relationnel confiant : demander de retrouver le souvenir d'un moment agréable, utiliser loisirs pour métaphore
- Style méfiant ou ambivalent : se souvenir d'une expérience où il s'est senti protégé, en sécurité

La chronicité de la douleur

- Nécessite d'englober le cognitif
le perceptif
l'imaginaire
- D'intervenir dans ces 3 champs chez le P et T
- De s'engager dans la thérapie au lieu de rechercher l'action sur l'intensité

Bon congrès à tous

