

Thérapies comportementales et cognitives, douleur chronique, et Médecine physique et réadaptation

DR ISABELLE BERKELMANS

isabelle.berkelmans@chu-rennes.fr

Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CHU de Rennes

Plan

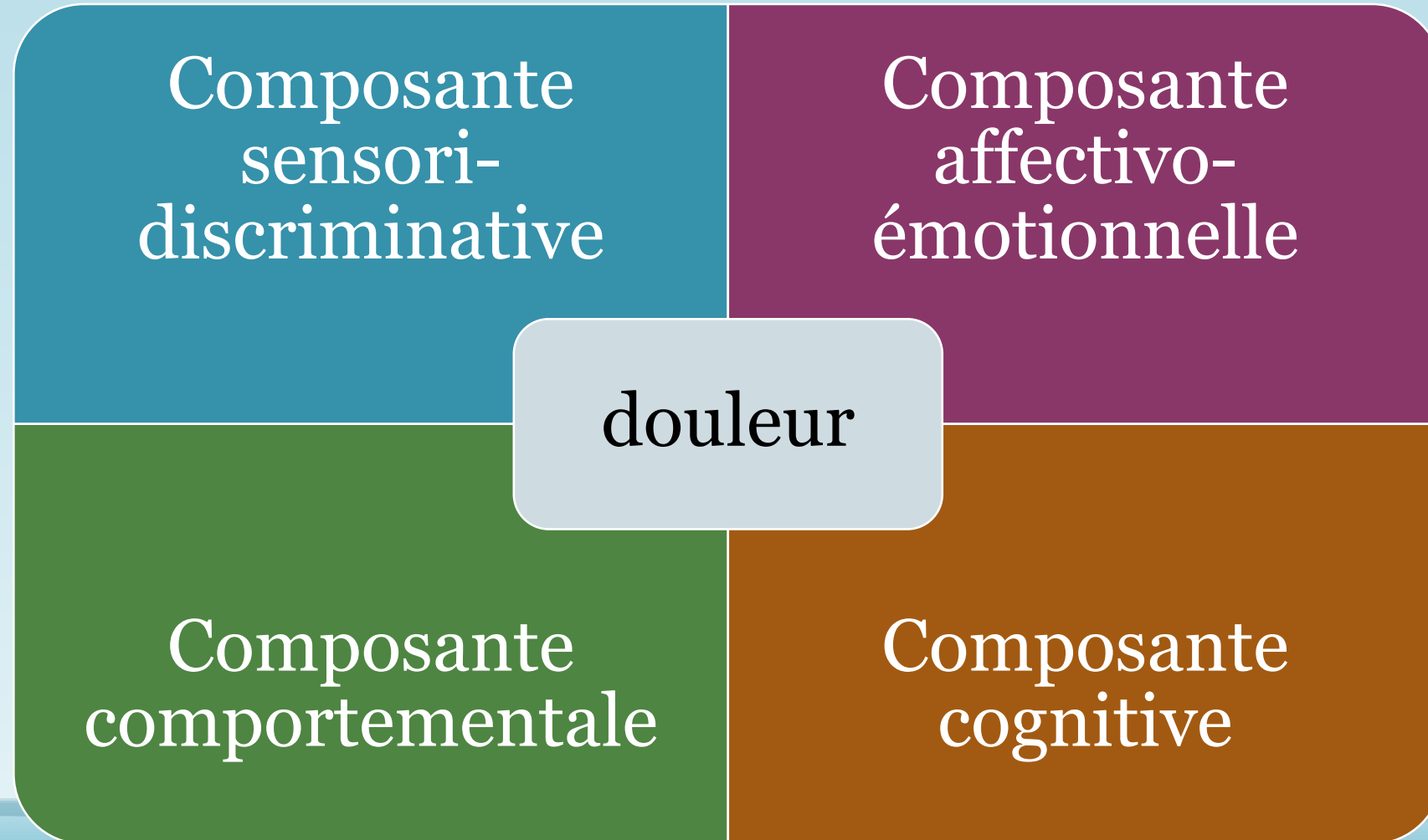
- Rationnel; la douleur chronique, modèle multidimensionnel.
- Histoire et présentation des TCC, les 3 vagues, applications à la douleur chronique en MPR.
- En pratique, on fait comment?
- Avec des exemples cliniques...
- Et un peu d'EBM...

Définition de la douleur chronique IASP2020

- “Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle”.
- Les mots « ressemblant à » témoignent que les personnes qui ne peuvent s’exprimer ou décrire, expriment quelque chose de leur perception d’une façon qui fait penser à l’expérience de la douleur. Les facteurs psychologiques et sociaux, le rôle de l’environnement, sont aussi implicitement soulignés puisque la douleur peut ressembler à celle provoquée par une lésion.
- La douleur chronique répond à un **modèle biopsychosocial** qui reconnaît la douleur comme le résultat d'interactions entre des composantes biologiques, psychologiques et sociales.

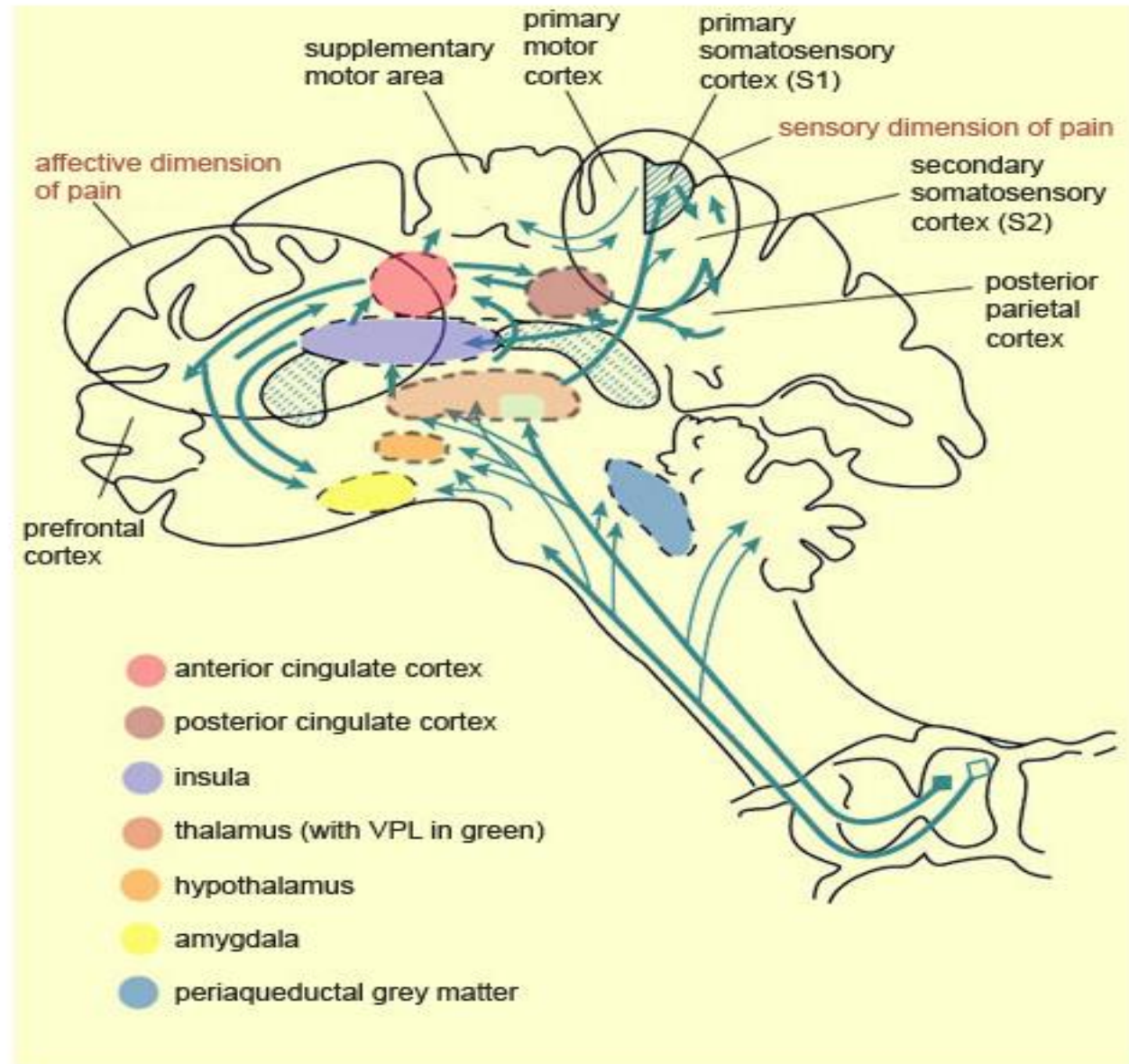
Douleur aiguë	Douleur chronique
Douleur symptôme	Douleur maladie
Courte durée	> 3mois
Cause unique	Plurifactorielle, mécanismes bio-psycho-sociaux
Signe d'alarme: utile	Fausse alarme: inutile

Les 4 composantes de la douleur chronique

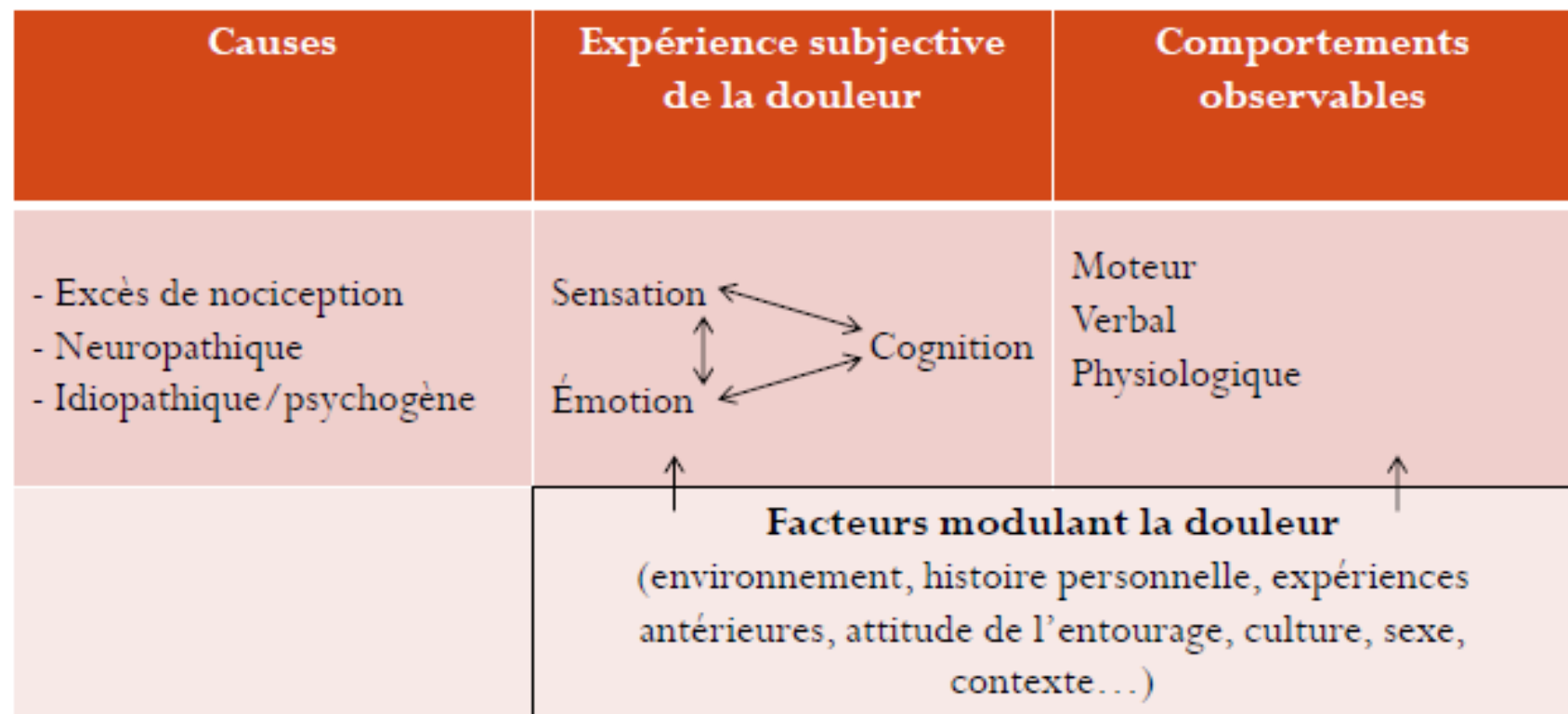


La pain matrix

The "Pain Matrix"

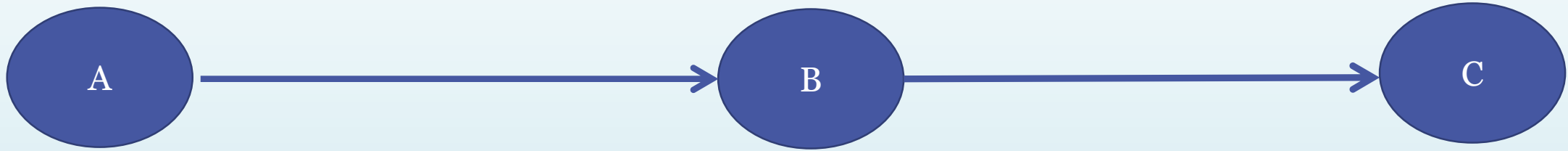


Modèle Multidimensionnel de la Douleur

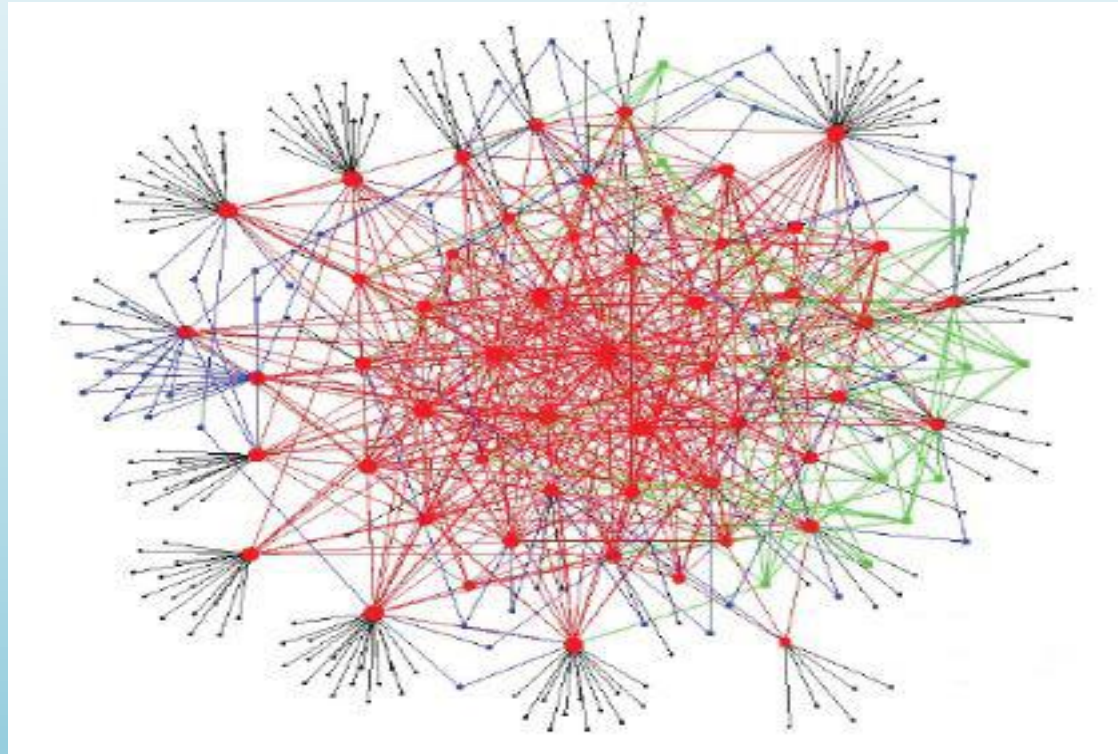


Une histoire de paradigmes

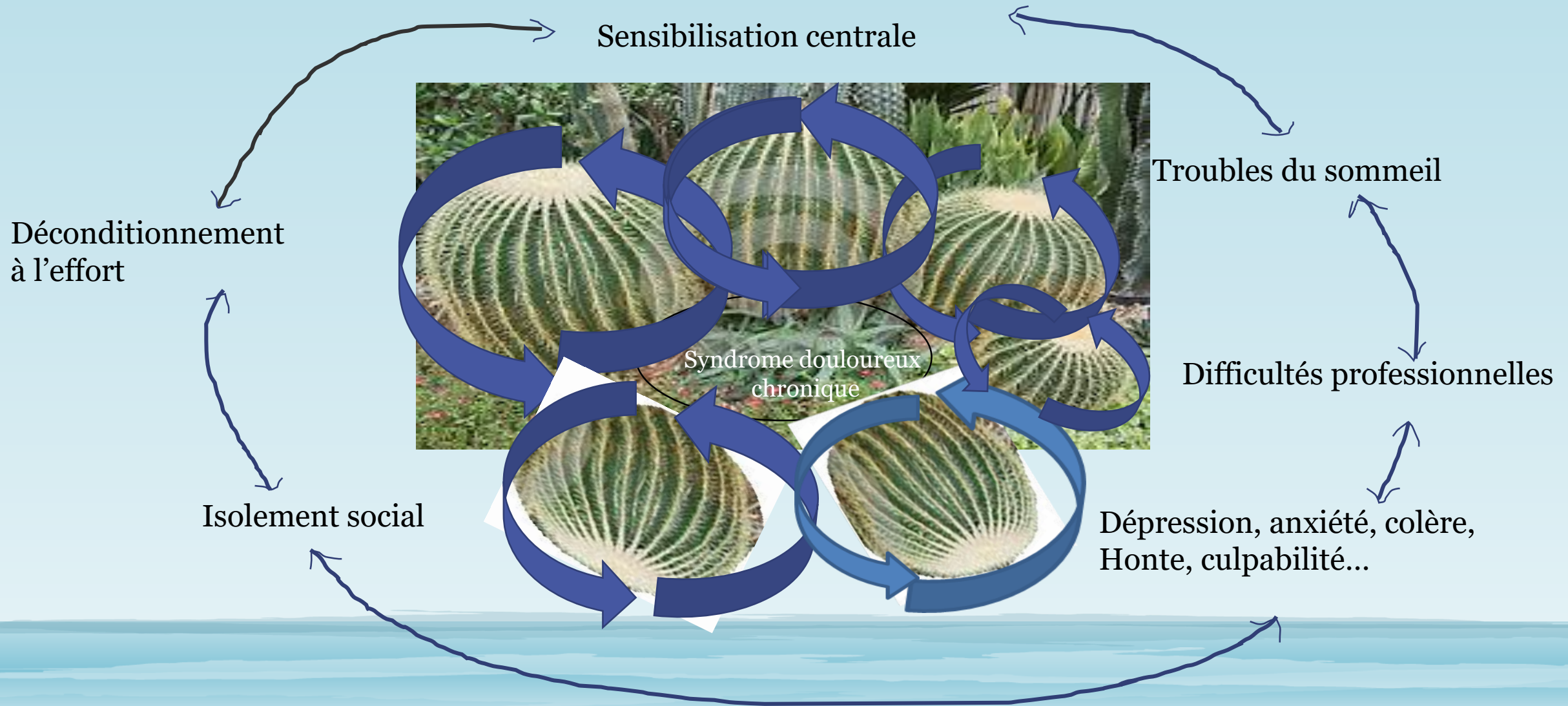
Logique linéaire



Système complexe



Les facteurs de chronicisation



Le terrain, le contexte



Génétique, parcours de vie (abus, maltraitance, PTSD, ...), croyances, schémas cognitifs (catastrophisme, hypervigilance, kinésiophobie), environnement familial, culturel.

Vers la résilience



Ou

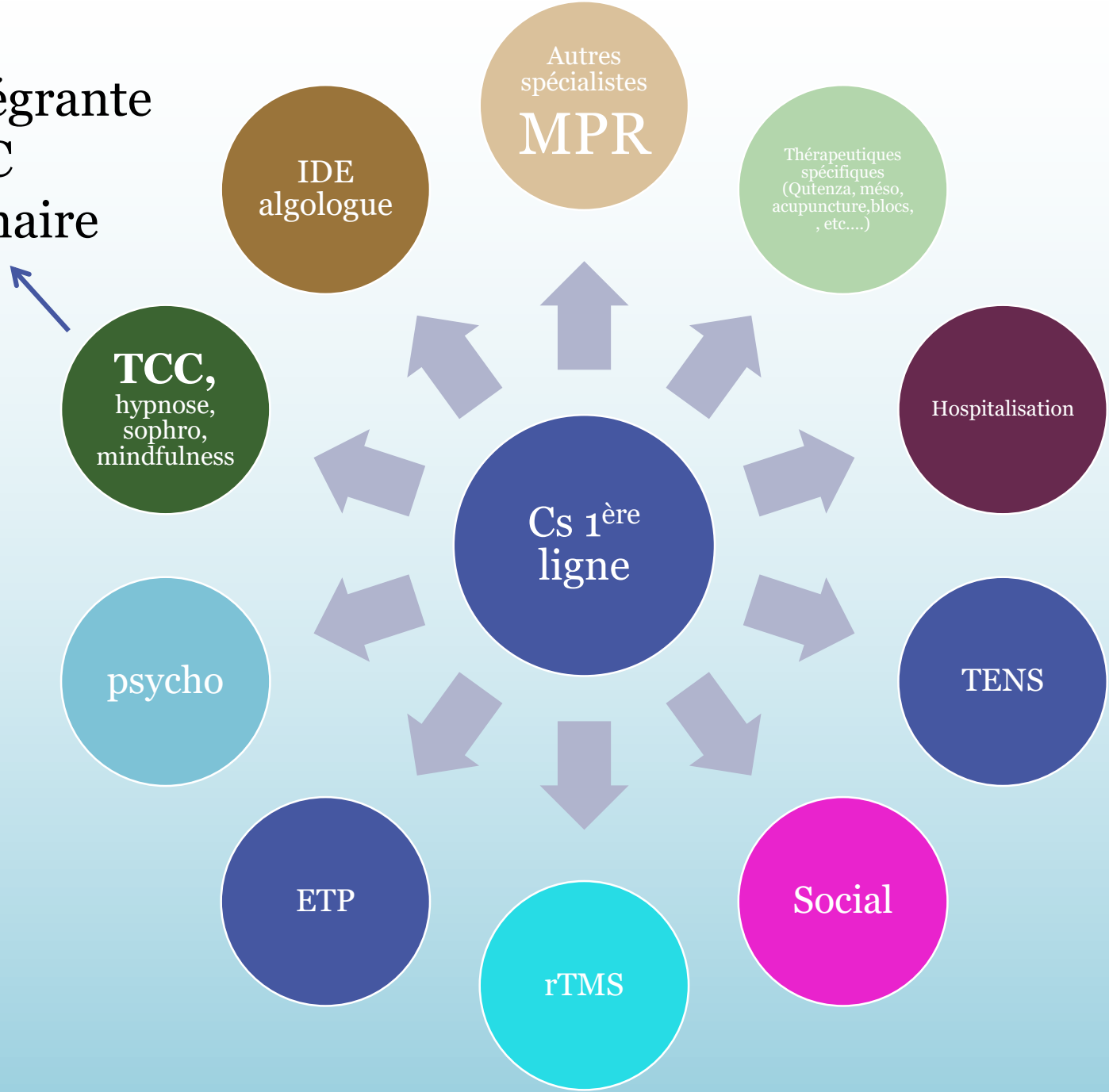


Comment vivre autrement malgré la douleur?



Les objectifs de la PEC de la douleur chronique sont la réadaptation, et non la guérison (importance de l'éducation du patient)

Font partie intégrante
de la PEC
pluridisciplinaire



Les 3 vagues des TCC

- **1^{ère} vague: thérapie comportementale:**

observation et modification du comportement à partir des lois de l'apprentissage (Watson 1924, Skinner 1953)

- **2^{ème} vague: thérapie cognitive (les pensées)**

Observation des liens entre pensées dysfonctionnelles et comportements inadaptés (Ellis 1955, Beck 1976, Young 1990).

- **3^{ème} vague : thérapies basées sur les émotions:**

Reconnaissance, exploration, acceptation des émotions.

Modification de la relation au symptôme

Mindfulness: différentes thérapies basées sur la pleine conscience.

(MBSR = mindfulness based stress reduction, MBCT = mindfulness based cognitive therapy)

ACT: thérapie d'acceptation et d'engagement = engagement au service des valeurs choisies.



La 1ère vague

Le
comportementalisme

Première vague: le comportementalisme

- L'apprentissage répondant (Pavlov)
- L'apprentissage opérant (Skinner)
- L'apprentissage social ou observationnel, l'apprentissage vicariant (Bandura)

Le conditionnement répondant: le chien de Pavlov

Avant le conditionnement

Os

Salivation



Cloche

**Aucune
réponse**



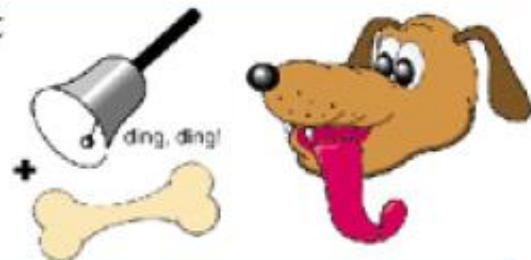
Pendant le conditionnement

Cloche

+

Os

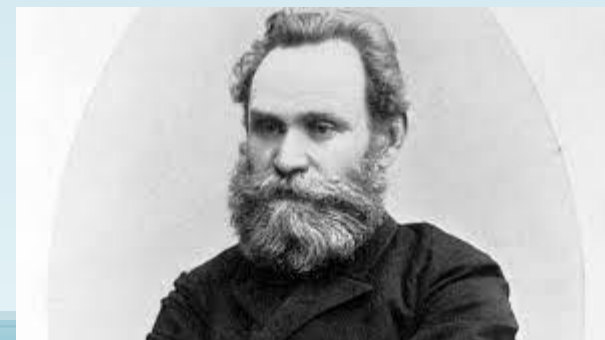
Salivation

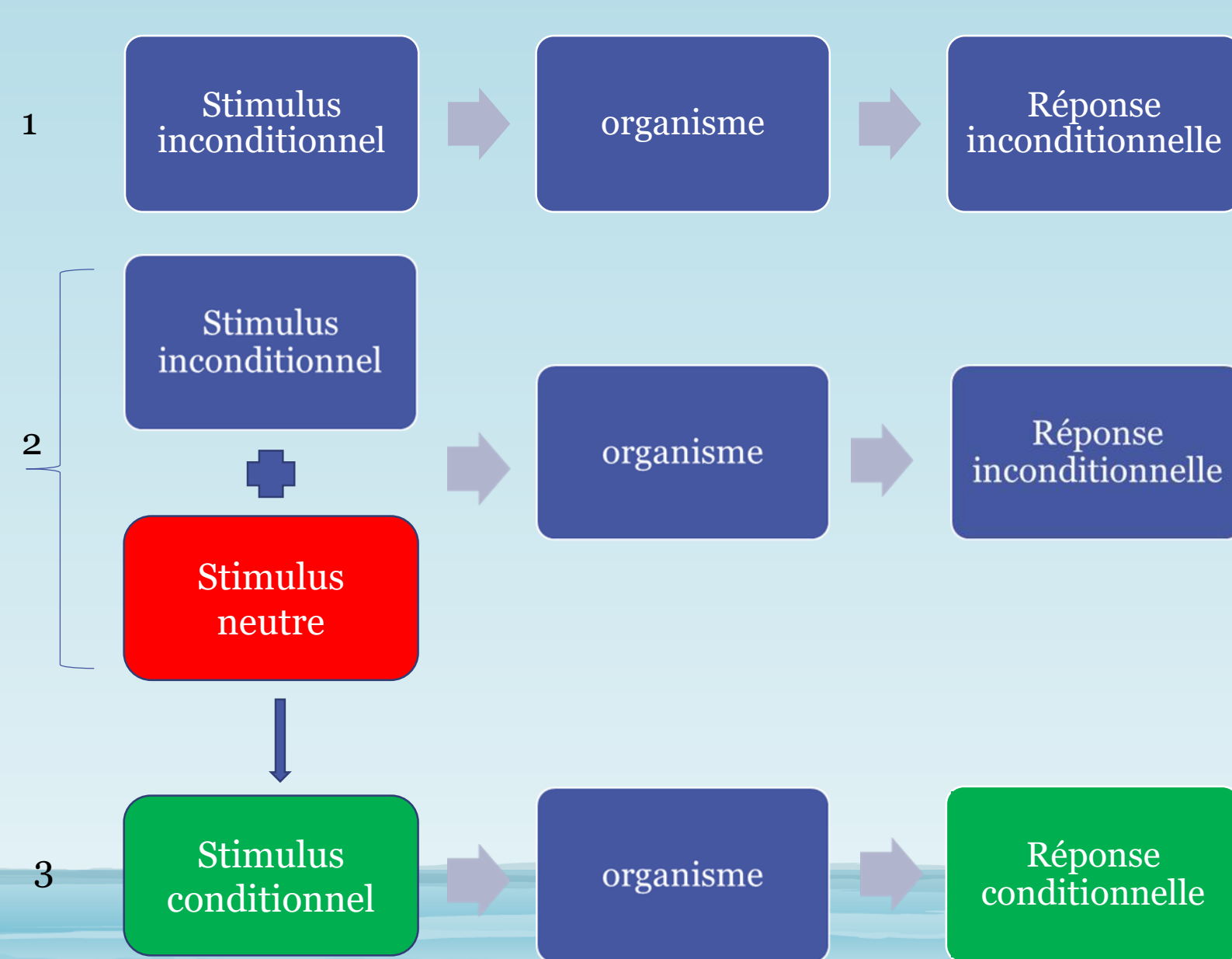


Après le conditionnement

Cloche

Salivation





La nourriture=stimulus inconditionnel provoque une réponse inconditionnelle (réflexe) de salivation. Un stimulus neutre (cloche) ne déclenche pas de réponse seul, mais quand il est associé au stimulus inconditionnel, il acquiert les propriétés de celui-ci, et devient capable de déclencher une réponse de l'organisme analogue à celle déclenchée par le stimulus inconditionnel. Le stimulus neutre devient un stimulus conditionnel et la réponse devient réponse conditionnelle.

Les fonctions du stimulus inconditionnel sont transférées au stimulus neutre qui devient conditionnel.

Les 4 lois du conditionnement répondant

- Loi de discrimination: la réponse conditionnelle est obtenue dans une situation avec des stimuli spécifiques, mais ne l'est pas dans d'autres situations même si les stimuli sont semblables.
- Loi de généralisation: la réponse conditionnelle est non seulement obtenue avec un stimulus précis, mais aussi avec ceux qui ont une ressemblance ou qui y sont associés.
- Loi d'extinction: la réponse conditionnelle diminue et disparaît quand le stimulus conditionnel est présenté trop souvent sans le stimulus inconditionnel.
- Loi de récupération spontanée: la réponse conditionnelle peut réapparaître après une période d'extinction.

Conditioning

Electric can opener



Conditioned stimulus (CS)



Food



Unconditioned stimulus (UCS)



Salivation



Unconditioned response (UCR)

Squeaky cabinet door



Second-order stimulus



Electric can opener



Conditioned stimulus (CS)



Salivation



Conditioned response (CR)

Squeaky cabinet door



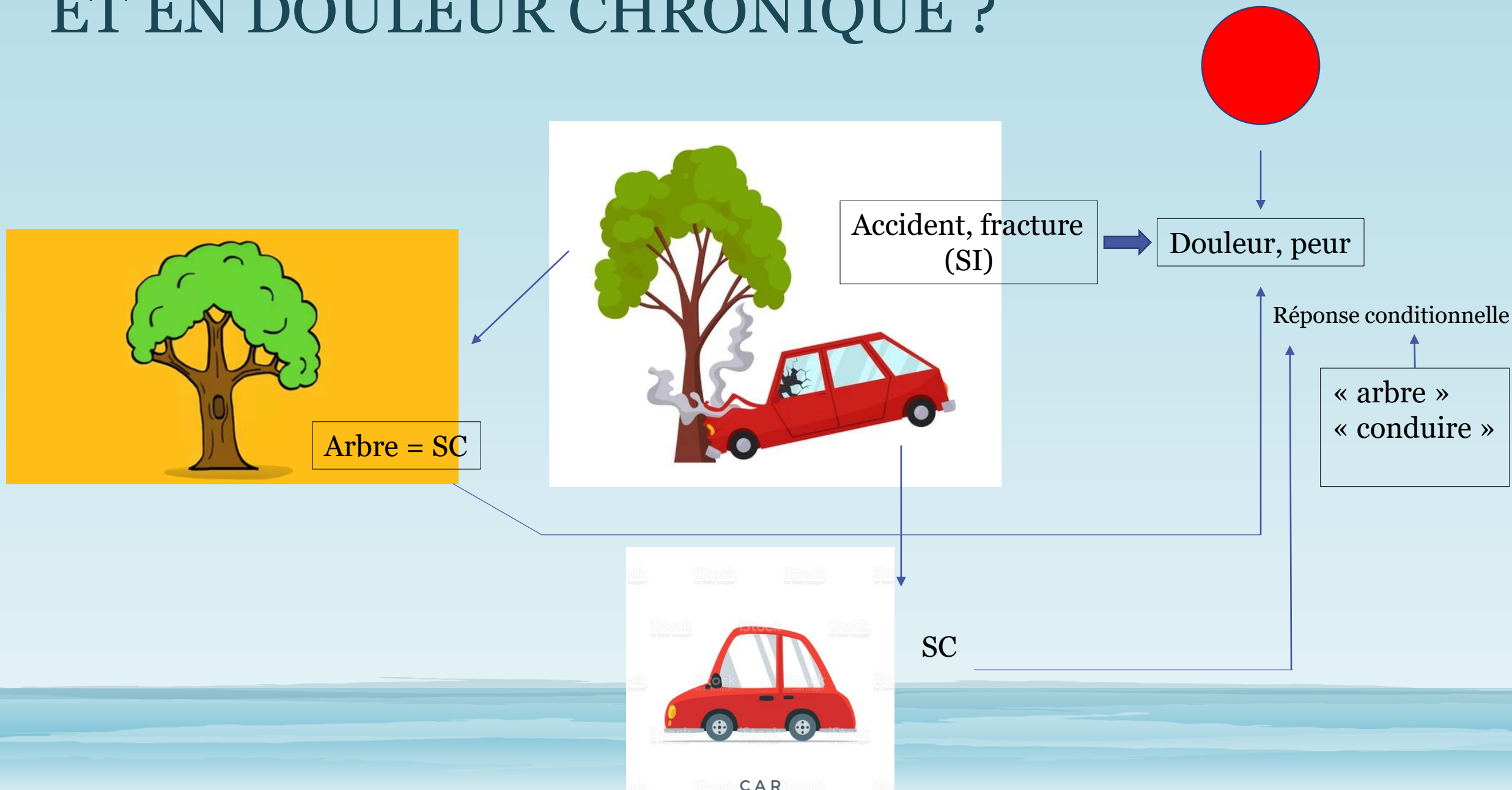
Salivation

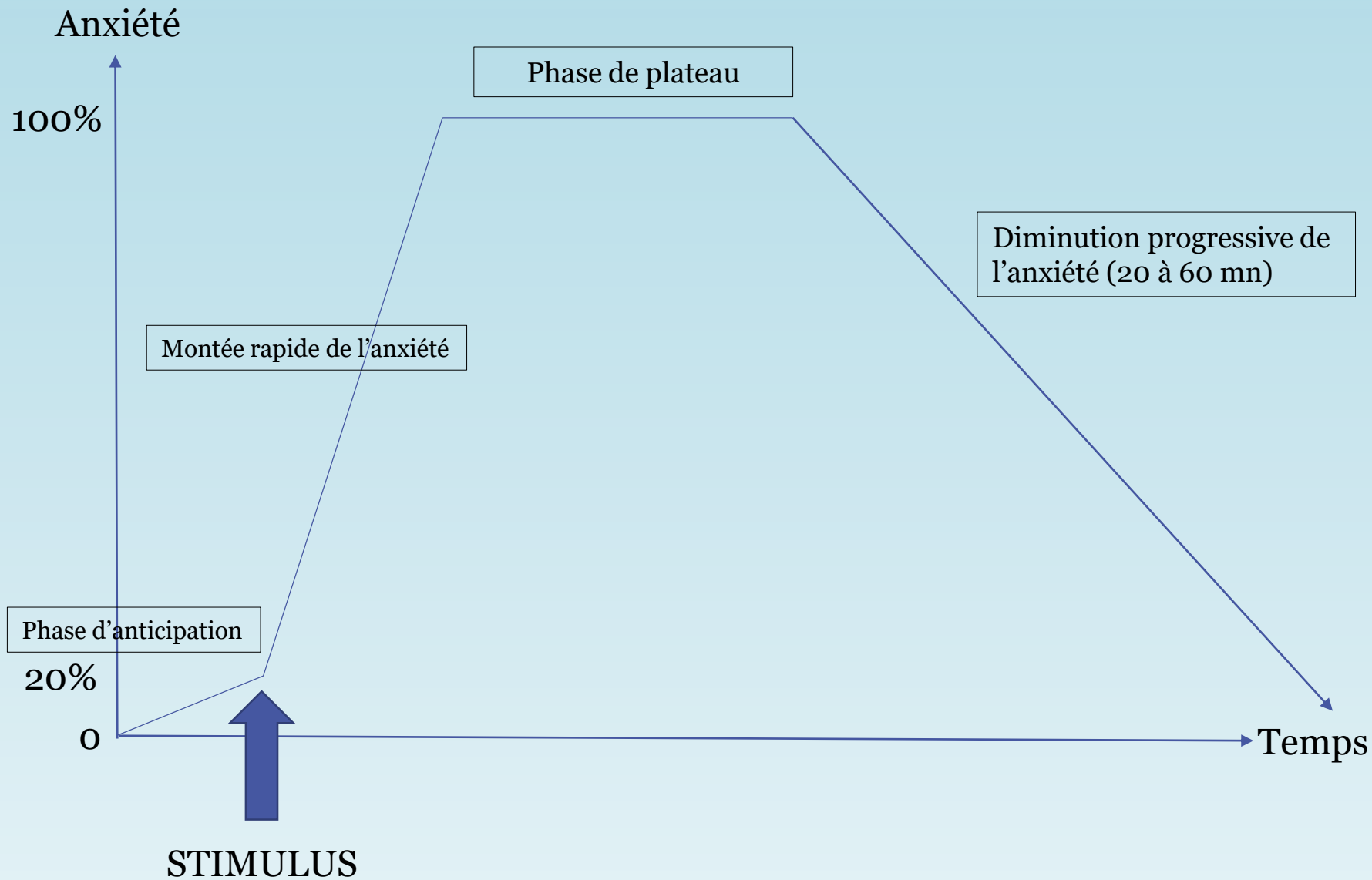


Loi de généralisation

Le transfert de propriétés peut aller jusqu'à un réseau de signifiants, avec des stimuli conditionnels de n ordre. Le caractère appétitif ou aversif d'un stimulus va se transmettre, y compris jusqu'aux mots pour le désigner.

ET EN DOULEUR CHRONIQUE ?





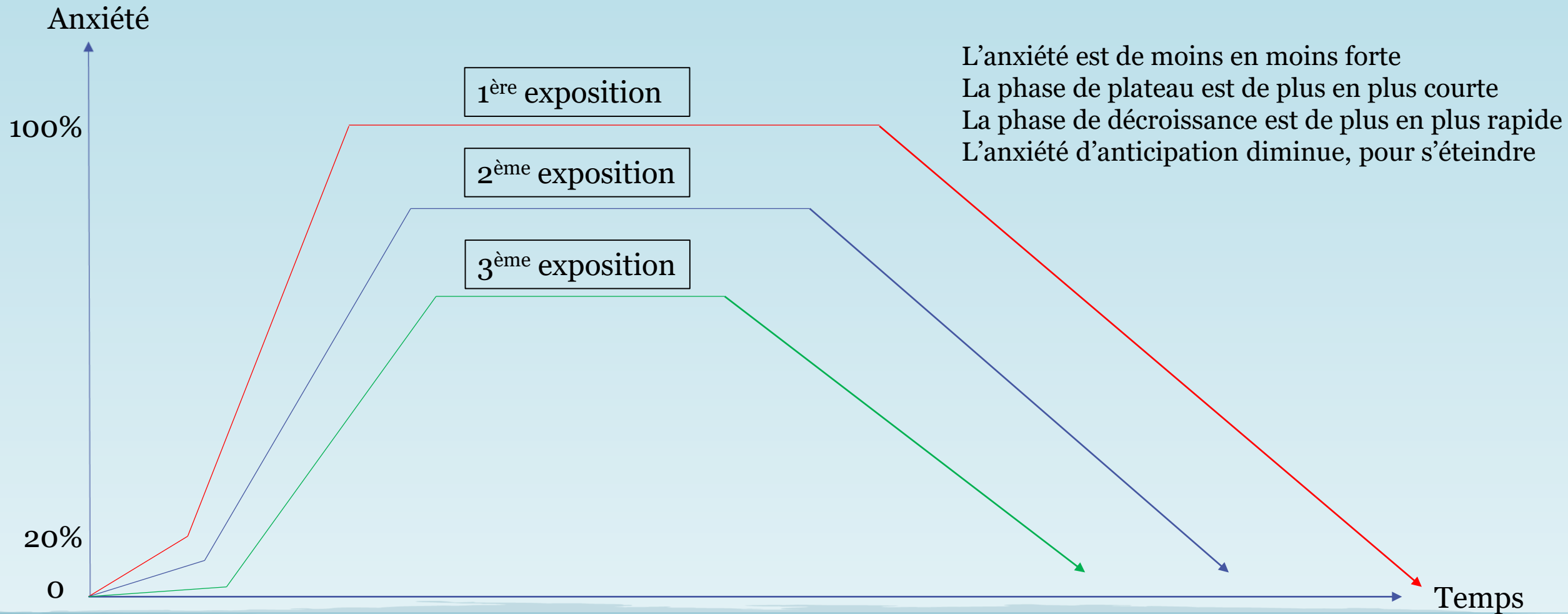
Loi de l'extinction et habituation:

si le SC n'est plus jamais présenté avec le SI, le SC perd progressivement sa propriété de déclencher la réponse et redevient neutre: ce processus s'appelle l'habituation.

C'est la base de la thérapie d'exposition: basée sur la répétition de la présentation du stimulus conditionnel, c'est la base de la thérapie comportementale.

La thérapie d'exposition est par exemple utilisée dans le traitement des phobies.

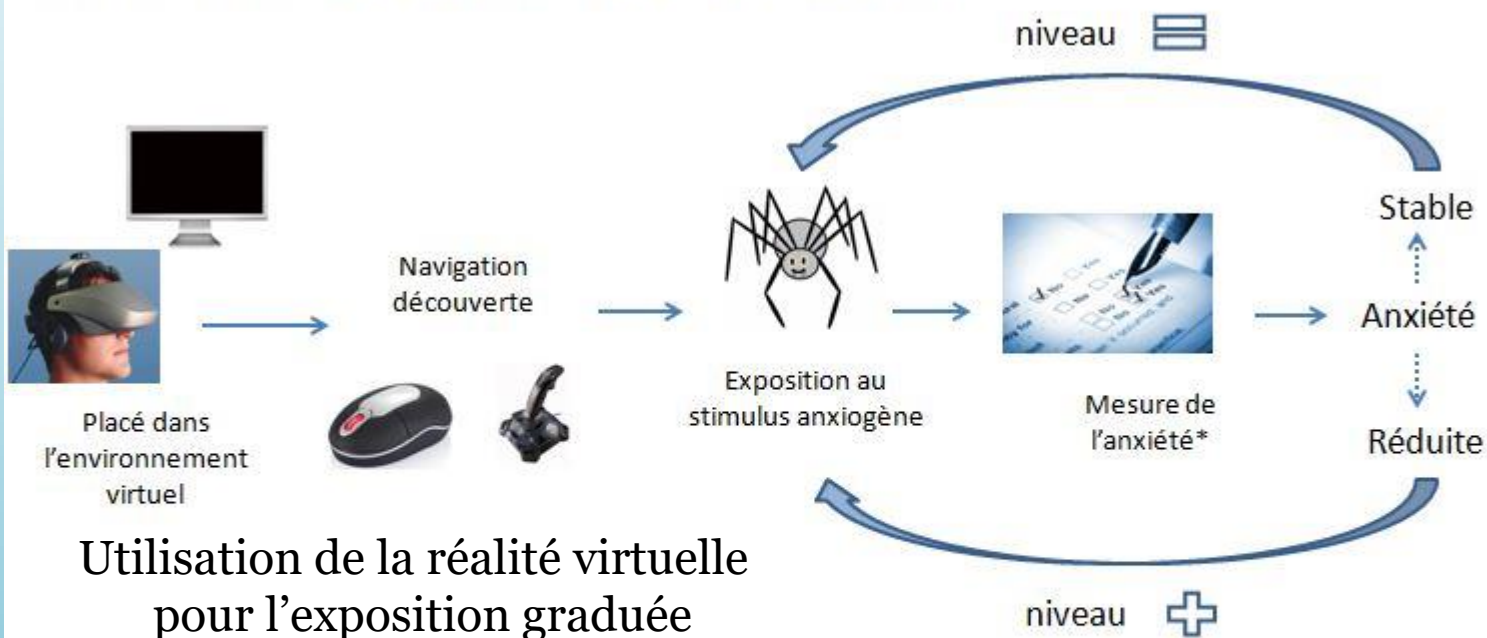
Thérapie d'exposition



Désensibilisation systématique
=
Exposition progressive avec
relaxation
(contrôle de l'anxiété)



Schéma expérimental type pour une thérapie par Exposition à la RV :



Exposition graduée,
En imagination, in vivo

Patiente 50 ans, ayant une fibromyalgie.

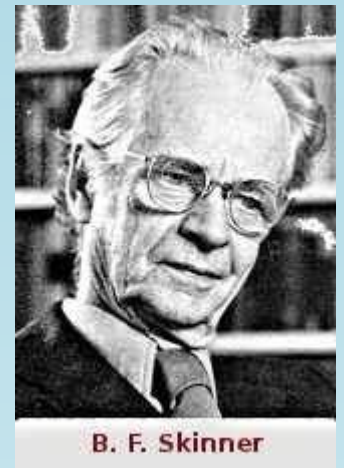
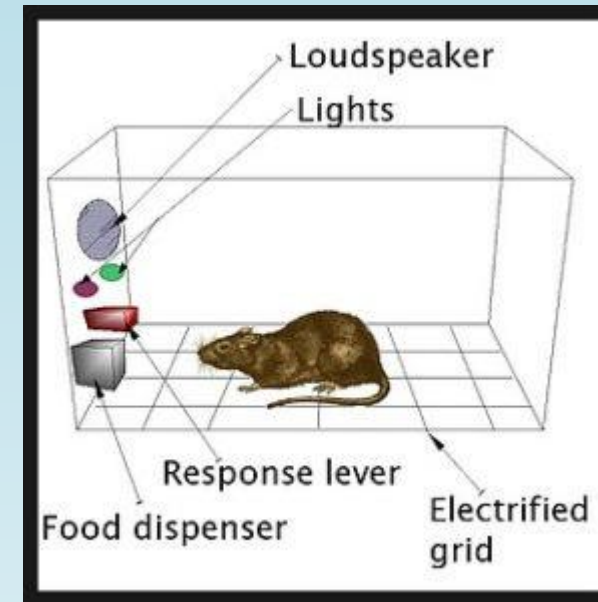
Situation	Évaluation de l'angsiété 0 à 10
- Courir	10
- marche allume souteune	10
- s'abaisser	10
- monter + d'1 étage	9
- porter des charges de + de 2kg	9
- lessiver les sols	8
- changer les draps	8
- nettoyer les vitres	7
- passer l'aspirateur	7
- position debout de + de 10mn.	6
- faire la vaisselle	6
- s'habiller (enfiler un pantalon en position assis)	6
- porter mon chat (+ de 2kg) et jouer X avec elle (lever les bras...)	6

en coup, ce qui avait provoqué douleur et culpabilité. Nous avons travaillé le « comment faire autrement », et Mme [] proposait de faire le ménage pièce par pièce. Il était convenu qu'elle expérimente cette solution. Retour ce jour : elle a passé l'aspirateur un jour dans le séjour, et l'autre jour dans la chambre : OK sur la douleur, pas de problème, mais sentiment de frustration.

La semaine dernière, Mme B avait aussi apporté sa **liste hiérarchique des activités de la plus anxiogène vers la moins anxiogène** (tâche assignée). L'activité la moins anxiogène (6/10) est la reprise du jeu avec [] (le chat). Ce jeu consiste à agiter une fausse souris au bout d'une ficelle en levant le bras pour que le chat puisse sauter en l'air. C'était auparavant un moment très plaisant pour Mme [] (et le chat...). Son chat est une ressource, et il me semble donc que travailler autour de la reprise de ces moments plaisants et importants est une étape importante pour reprendre du plaisir. En séance aujourd'hui, nous avons travaillé cela en mimant le jeu. En effet, des douleurs dans les bras sont survenues assez rapidement. « Comment vous pourriez faire ? ». Solution retenue pour commencer = fractionner le jeu et alterner les bras : 5 mn de jeu en alternant les bras, pause calins avec [], 5 mn de jeu, pause calins. Quotidiennement. J'ai fait une ordonnance à Mme [] pour signifier l'importance

Le conditionnement opérant (Skinner)

- Le comportement est conditionné par ses conséquences.
- La probabilité d'apparition d'un comportement est conditionnée par les résultats de l'action.
- Si la conséquence a pour résultat d'augmenter la probabilité d'apparition d'un comportement: c'est un **renforcement**.
- Si la conséquence a pour résultat de diminuer la probabilité d'apparition d'un comportement: c'est une **punition**.



La boîte de Skinner

On introduit un rat dans une boîte, il l'explore. Il découvre par hasard que pression de la barre lui permet d'avoir de la nourriture: il va de nouveau appuyer sur la barre: le rat a appris à appuyer sur la barre pour obtenir de la nourriture

Un peu de confusion...

	Conséquences appétitives (augmentation de la probabilité d'apparition du comportement)	Conséquences aversives (diminution de probabilité d'apparition du comportement)
En donnant (+)	Renforcement positif	Punition positive
En retirant (-)	Renforcement négatif (évitement)	Punition négative

Un exemple en douleur chronique

- Sophie est atteinte d'un syndrome fibromyalgique. Elle est très fatiguée. Elle « ne peut plus rien faire ». Elle passe sa journée sur le canapé, car elle a peur d'avoir trop mal. Du coup sa peur d'avoir mal diminue: cette conséquence est un renforcement (probabilité que le comportement de sophie = rester sur le canapé, augmente) négatif (en retirant la peur). Elle est dans l'évitement de la peur de la douleur.
- Son époux lui cale des coussins dans le dos et lui fait un massage: cette conséquence est un renforcement (= probabilité que Sophie reste sur le canapé augmentée) positif (on ajoute qch= du soin, de l'attention).
- Mais en même temps elle ne voit plus ses amies pour faire du shopping: punition négative: cette conséquence pourrait avoir pour résultat une diminution du comportement de Sophie (punition), car cela lui enlève le plaisir de voir ses amies (en retirant qch).
- En plus elle finit par prendre du poids: cette conséquence pourrait avoir pour résultat une diminution du comportement de Sophie, en lui faisant prendre du poids (on ajoute qch) = punition positive.

Et en douleur chronique?

La kinésiophobie: un comportement conditionné

- Kinésiophobie = peur du mouvement et de l'apparition de douleur ou de blessure.
- Le patient va développer une peur de tout mouvement qui pourrait éventuellement être à l'origine d'une douleur. L'apparition de la douleur reste hypothétique.
- Elle aboutit à une restriction du registre comportemental, par évitement généralisé. En ne s'engageant pas dans des activités, ou en ne réalisant pas certains mouvements, la personne ne peut expérimenter si ce mouvement ou cette activité déclencherait réellement la douleur.
- De plus, la kinésiophobie induit une hypervigilance sur les sensations corporelles, induisant un biais d'interprétation: la moindre sensation peut être interprétée comme un signe de douleur ou d'aggravation.

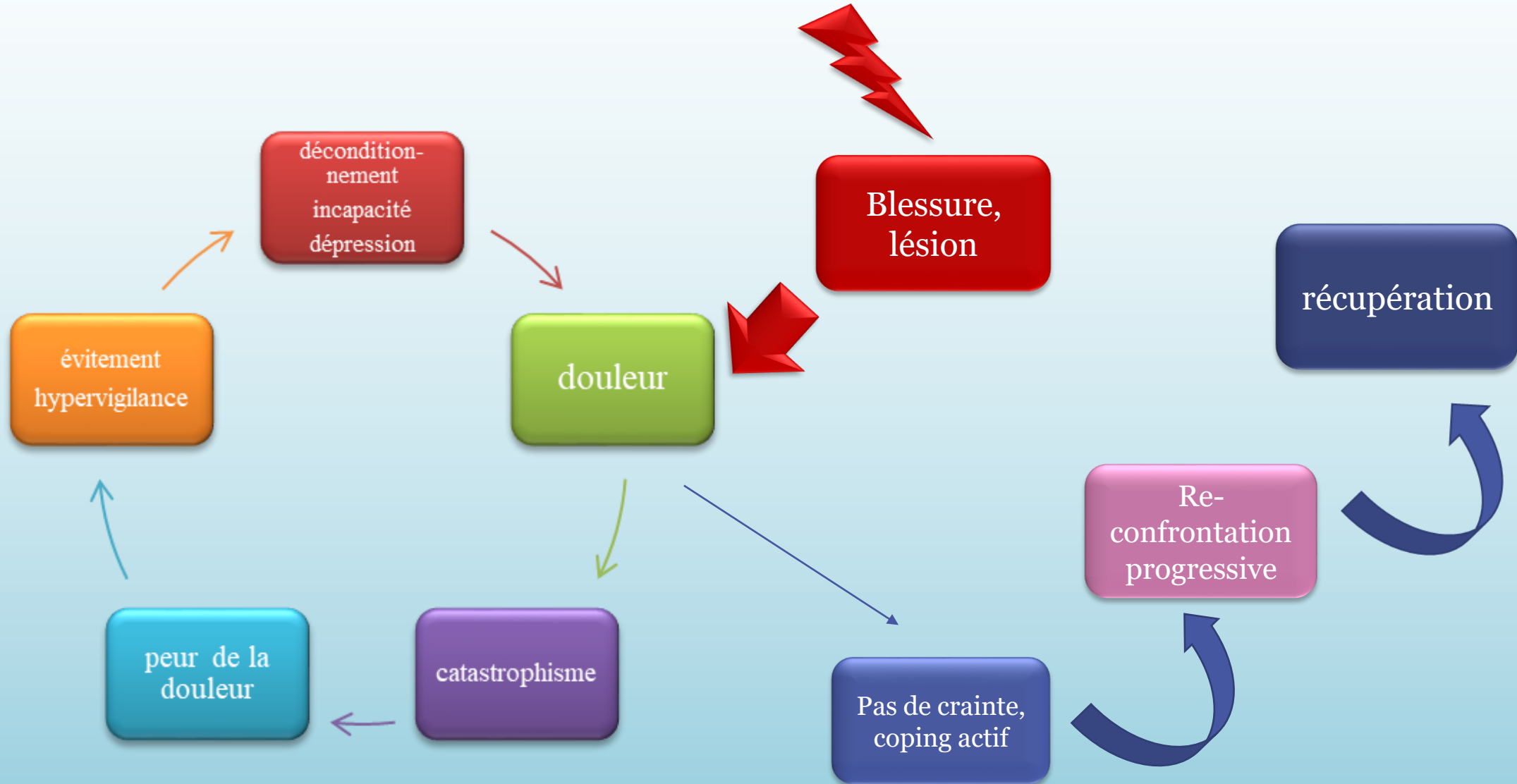
Kinésiophobie

La peur de la douleur est apprise par conditionnement répondant, opérant, et par l'apprentissage social via les processus d'acquisition du langage qui conduisent le sujet à interpréter des sensations ou pensées comme étant des stimuli aversifs. Les stimuli conditionnels peuvent être extéroceptifs (visuels par ex.), intéroceptifs (sensations corporelles), ou proprioceptifs (mouvements).

Elle explique la survenue de comportements d'évitement, et de cercles vicieux, qui participent à la chronicisation de la douleur.

Le modèle de la peur-évitement de Vlaeyen

(Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*. 2012; 153 (6): 1144-7.)



L'apprentissage social ou par observation (Bandura)



- Repose sur l'hypothèse de la possibilité d'apprentissage sans expérience directe.
- Il est possible d'apprendre un comportement en observant celui des autres et en observant les conséquences de ce comportement.
- Cela va amener la personne à définir son niveau d'efficacité personnelle, qui le mènera à s'engager ou pas dans le comportement observé.
- Dans ce modèle, ce sont les attentes et interprétations de la personne quant aux conséquences des comportements observés, et en sa capacité à s'y engager qui sont importantes.



On en rapproche l'apprentissage vicariant dans lequel l'apprentissage se fait par identification à un modèle.



L'efficacité personnelle: concept important de la théorie socio-cognitive de Bandura.

Expériences actives de maîtrise

Les expériences vicariantes

Sentiment d'efficacité
personnelle
Auto-efficacité

La persuasion verbale

L'état physiologique et émotionnel

Le sentiment d'efficacité personnelle se définit comme les croyances d'un individu en sa capacité à organiser et exécuter une tâche. Les sources du SEP:

- Les expériences actives de maîtrise: performances antérieures, succès, échecs. Plus un individu vivra un succès lors de l'expérimentation d'un comportement, plus le SEP sera renforcé. D'où l'importance du choix d'un objectif (SMART ++), le fractionnement, les pauses, ...
- Les expériences vicariantes: observer la réussite ou l'échec d'autres personnes dans une tâche peut influencer le SEP d'un individu, surtout si ces personnes partagent un certain degré de similitude, favorisant l'identification.
- La persuasion verbale: encouragements, avis de personnes significantes;
- L'état physiologique et émotionnel: évaluer ses vulnérabilités (angoisse, stress, anxiété...) dans un contexte donné.

L'impuissance apprise (Seligman)

L'impuissance apprise apparaît lorsqu'une personne ne peut plus faire le lien entre les résultats obtenus et les efforts fournis. Vécue de façon intense et répétée, elle atteint la confiance, l'estime de soi, la capacité à décider et agir, et peut conduire à la dépression.

« J'ai tout fait et rien ne marche » (selon le modèle bio-médical)

« Je suis désespéré »



Et en douleur chronique?



J Pain 2018 Jan;19(1):10-34.

The Role of Self-Efficacy on the Prognosis of Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review

Javier Martinez-Calderon 1, Carmen Zamora-Campos 2, Santiago Navarro-Ledesma 1, Alejandro Luque-Suarez 3

Our results suggest that higher self-efficacy levels are associated with greater physical functioning, physical activity participation, health status, work status, satisfaction with the performance, efficacy beliefs, and lower levels of pain intensity, disability, disease activity, depressive symptoms, presence of tender points, fatigue, and presenteeism. This article presents promising results about the role of self-efficacy on the prognosis of chronic musculoskeletal pain. However, because of the low quality of evidence of included studies, these findings should be taken with caution, and further research is needed.

RESEARCH ARTICLE

WILEY

Self-efficacy as a prognostic factor and treatment moderator in chronic musculoskeletal pain patients attending pain management programmes: A systematic review

Rebecca Hayward^{1,2} | Siobhan Stynes^{3,4}

Results: Six studies investigating self-efficacy as a prognostic factor were included with a total of 1881 participants. No studies were found assessing self-efficacy as a treatment moderator. Self-efficacy was a prognostic factor for physical functioning in two studies. There was weak evidence for self-efficacy as a prognostic factor for disability, health-related quality of life and pain outcomes and no evidence for psychological variables, disease severity and tender point index following PMPs. Quality of evidence was very low using the GRADE system for each outcome measure.

Conclusion: Baseline self-efficacy may play a role in physical function outcomes in CMP patients attending a PMP. Higher quality evidence is needed to determine the influence of self-efficacy on outcomes in this setting.

Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain

Yusuke Karasawa^{1,2*}, Keiko Yamada^{3,4}, Masako Iseki^{1,3}, Masahiro Yamaguchi^{1,2}, Yasuko Murakami³, Takao Tamagawa³, Fuminobu Kadowaki³, Saeko Hamaoka³, Tomoko Ishii³, Aiko Kawai³, Hitoshi Shinohara^{3,5}, Keisuke Yamaguchi³, Eiichi Inada^{1,3}

1 Department of Pain Medicine, Juntendo University Graduate School of Medicine, Bunkyo-ku, Tokyo, Japan, 2 Medical Affairs, Pfizer Japan, Shibuya-ku, Tokyo, Japan, 3 Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Juntendo University Faculty of Medicine, Bunkyo-ku, Tokyo, Japan, 4 Department of Psychology, McGill University, Montreal, Quebec, Canada, 5 Department of Anesthesiology, The Jikei University School of Medicine, Minato-ku, Tokyo, Japan

Table 1. Participants' characteristics.

Variables	
Number of patients (Men/Women)	72 (33/39)
Age, years [mean (SD)]	65.2 (14.8)
Duration of disease, months [mean (SD)]	52.6 (86.4)
Classification of chronic pain for ICD-11 candidate	Number (%)
1.Primary Pain	7 (9.7)
2.Cancer Pain	2 (2.8)
3.Postsurgical and Posttraumatic Pain	9 (12.5)
4.Neuropathic Pain	45 (62.5)
5.Headache and Orofacial Pain	1 (1.4)
6.Visceral Pain	1 (1.4)
7.Musculoskeletal Pain	7 (9.7)

Conclusion

These findings suggest improved self-efficacy is associated with reduced disability in patients with chronic pain, independent of reduction in pain intensity. Focusing on improvement in self-efficacy may be an effective strategy in chronic pain treatment in addition to pain relief.

Table 2. Changes in pain-related assessments at pre- and post-treatment.

	Pre treatment	Post treatment	P-value
PDAS	23.68 (13.71)	19.81 (13.99)	<0.01
PSEQ	32.00 (17.59)	36.60 (15.03)	<0.01
HADS Anxiety	6.36 (4.32)	4.78 (3.66)	<0.01
HADS Depression	6.74 (4.88)	5.54 (3.95)	0.02
NRS	5.56 (2.26)	4.26 (2.35)	<0.01

Data presented as mean (standard deviation), PDAS; Pain Disability Assessment Scale, PSEQ; Pain Self-efficacy Questionnaire, HADS; Hospital Anxiety and Depression Scale, NRS; Numeric Rating Scale,

Table 3. Univariate regression analysis examining predictors of change in disability.

	β (95% CI)	R ²	F _{score}	p value
Dependent = ΔPDAS				
Sex	0.11 (-0.13–0.35)	0.01	0.9	0.35
Age	-0.02 (-0.26–0.22)	<0.001	0.02	0.89
Duration	0.03 (-0.20–0.27)	0.001	0.1	0.78
ΔPSEQ	-0.31 (-0.54–0.08)**	0.10	7.5	0.008
ΔHADS Anxiety	0.20 (-0.03–0.43)	0.04	2.9	0.09
ΔHADS Depression	0.18 (-0.06–0.41)	0.03	2.3	0.14
ΔNRS	0.24 (0.01–0.47)*	0.24	4.2	0.04

Table 4. Multivariate regression analysis examining predictors of change in disability

	β (95% CI)
Dependent = ΔPDAS	
ΔPSEQ	-0.26 (-0.50–0.02)*
ΔNRS	0.15 (-0.09–0.39)

n = 72;

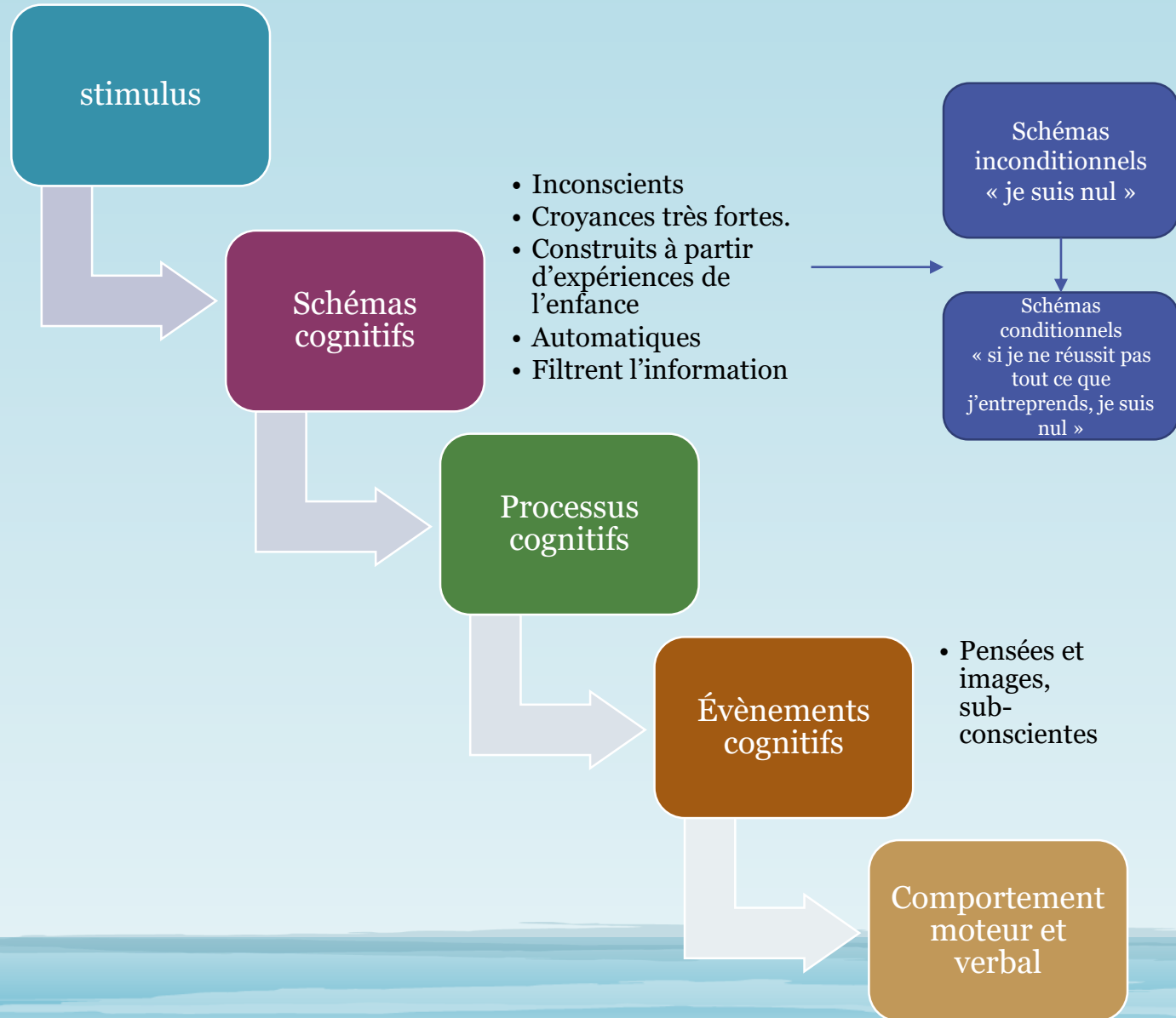
*p<0.05

β; standardized regression coefficient from the each step equation, CI; confidence interval



La 2^{ème} vague: le
cognitivisme

Le modèle cognitif de Beck



- 3 étapes ou **3 niveaux** se référant à des étapes différentes du processus du traitement de l'information:
- **Schémas cognitifs**=règles, croyances.
- **Processus cognitifs ou distorsions cognitives**=transformation de l'information, de manière à confirmer le schéma.
- **Évènements cognitifs** ou cognitions ou pensées automatiques=dialogue interne, images mentales



Les distorsions cognitives

- **La pensée dichotomique** (le tout ou rien): c'est le fait de penser que si une chose n'est pas exactement comme nous le souhaitons, alors il s'agit d'un échec. Ex: si je n'arrive pas à faire les 10 km, alors c'est que je suis nul ».
- **La surgénéralisation**: considère un cas singulier comme une règle générale qui sera ensuite appliquée à toutes sortes de situations. Recours aux « jamais » et « toujours » Ex: « je n'ai pas pu faire la vaisselle ce soir, je vois bien que je ne réussirai jamais à reprendre ma vie » ».
- **L'abstraction sélective ou filtre mental**: ne retenir d'une situation que les éléments qui vont dans le sens de la croyance: échec, danger, incapacité. Ex: la personne réussit à faire 10 km, mais au lieu de s'en réjouir, elle se reproche de ne pas le faire aussi vite qu'avant.
- **La disqualification du positif ou minimisation**: on transforme une expérience neutre ou positive en expérience négative. Ex: La personne a réussi à faire les 10 km, l'éducateur en APA la félicite, la personne répond: « ben c'était juste sur le tapis roulant, c'est facile, c'est pas un chemin de montagne! »
- **La dramatisation (catastrophisme)**: envisager la situation sous l'angle de la catastrophe. « je sais bien que je vais finir en fauteuil roulant ».
- **Les fausses obligations**: pensées formulées comme des obligations ou des devoirs, obligeant la personne à réaliser des actions qu'elle a du mal à accomplir, ce qui entraîne culpabilité et auto-dévalorisation. Ex: « il faut vraiment que je fasse toutes les vitres de la maison aujourd'hui »

Les distorsions cognitives (suite)

- **Les conclusions hâtives** ou inférence arbitraire:

- *la lecture de la pensée d'autrui*: « le médecin ne m'a rappelé juste après mon message, c'est que mon cas ne l'intéresse pas ».

- *les erreurs de voyance*: faire des prédictions et les considérer comme vraies. Ex: « de toutes façons ça ne va pas marcher ».

- . **Le raisonnement émotionnel**: c'est se servir de ses sentiments comme s'il s'agissait de preuves: « je suis angoissé, j'ai donc sûrement quelque chose de grave qu'ils n'ont pas vu ».

- . **L'étiquetage**: jugement définitif et émotionnellement chargé que l'on porte sur les autres ou sur soi-même. Ex: « je suis fibromyalgique »; « je suis un poids pour ma famille ».

- . **La personnalisation**: se sentir responsable du comportement des autres ou des événements. C'est une erreur d'attribution partielle ou totale. La personnalisation conduit à un sentiment de culpabilité. Ex: « si j'ai mal, c'est parce que au boulot j'ai voulu trop en faire ».

Zoom sur le catastrophisme

Le catastrophisme comprend trois dimensions
l'amplification et l'exagération du caractère dangereux de la douleur,
les ruminations et l'incapacité de distraire l'attention de la douleur,
et **l'impuissance** par rapport à l'expérience douloureuse.

Catastrophisme et dépression sont des facteurs de risque d'évolution péjorative de la douleur dans différentes maladies rhumatologiques dont la fibromyalgie .

(Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. Nat Rev Rheumatol. 2011; 7: 216-24.)

Le catastrophisme constitue donc une cible thérapeutique importante des TCC .

Il est donc important de l'identifier et de l'évaluer (cf questionnaire).



Copyright © 1995
Michael J.L. Sullivan

PCS-CF

N° Client : _____ Âge : _____ Sexe : M() F() Date : _____

Tout le monde est confronté à la douleur à un moment ou à un autre de sa vie. Il peut s'agir de maux de tête, de douleurs dentaires, articulaires ou musculaires. Les situations pouvant entraîner la douleur ne sont pas rares : maladie, blessure, soins dentaires, chirurgie par exemple.

Nous nous intéressons ici à ce que vous pouvez penser et ressentir lorsque vous avez mal. Vous trouverez ci-dessous treize phrases qui décrivent divers sentiments et pensées pouvant être associés à la douleur. À l'aide des choix de réponse suivants, veuillez indiquer à quel point les pensées et sentiments décrits vous correspondent quand vous avez mal.

0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – tout le temps

Quand j'ai mal...

- 1 ☐ Je m'inquiète tout le temps car je me demande si la douleur va s'arrêter.
- 2 ☐ Je sens que je n'en peux plus.
- 3 ☐ C'est terrible et je pense que cela ne va jamais s'arranger.
- 4 ☐ C'est horrible et je me sens dépassé(e).
- 5 ☐ J'ai le sentiment de ne plus pouvoir supporter la douleur.
- 6 ☐ J'ai peur que la douleur devienne plus forte.
- 7 ☐ Je n'arrête pas de penser à d'autres moments où j'ai eu mal.
- 8 ☐ Je souhaite désespérément que la douleur disparaisse.
- 9 ☐ C'est comme si je ne pouvais pas m'empêcher d'y penser.
- 10 ☐ Je pense tout le temps à la douleur et à quel point c'est douloureux.
- 11 ☐ Je veux désespérément que la douleur disparaisse et j'y pense tout le temps.
- 12 ☐ Je ne peux rien faire pour réduire l'intensité de la douleur.
- 13 ☐ Je me demande si quelque chose de grave pourrait arriver.

Total

Cognitive-Behavioral Therapy Increases Prefrontal Cortex Gray Matter in Patients With Chronic Pain

1580 The Journal of Pain

CBT Increases Prefrontal Gray Matter in Chronic Pain

David A. Seminowicz,^{*} Marina Shpaner,[†] Michael L. Keaser,^{*} G. Michael Krauthamer,[†] John Mantegna,[†] Julie A. Dumas,[†] Paul A. Newhouse,[†] Christopher G. Filippi,[†] Francis J. Keefe,[‡] and Magdalena R. Naylor[†]

^{*}Department of Neural and Pain Sciences, University of Maryland, School of Dentistry, Baltimore, Maryland.

[†]Clinical Neuroscience Research Unit, Department of Psychiatry, The University of Vermont, College of Medicine, Burlington, Vermont.

[‡]Pain Prevention and Treatment Research Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina.

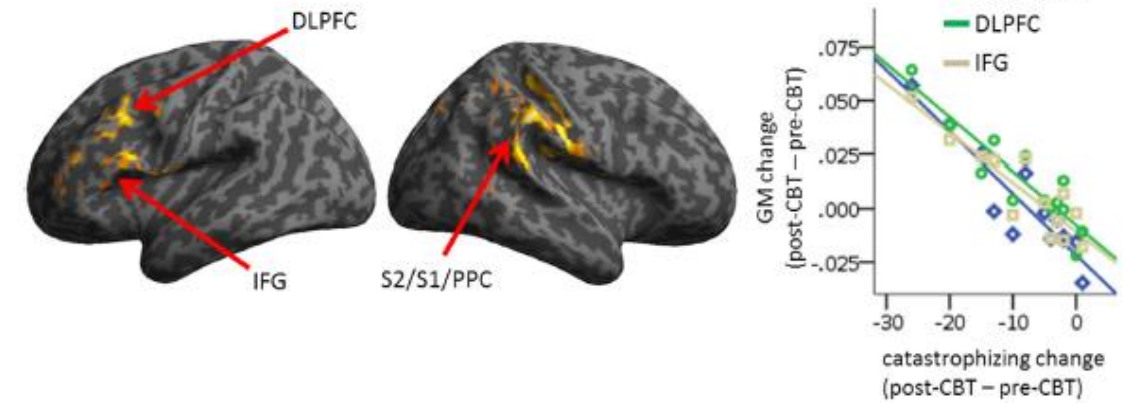


Figure 4. Three of the 4 clusters where increased GMV after CBT correlated with decreased pain catastrophizing. The left DLPFC and IFG and the right S2/S1/PPC clusters are shown. Results are cluster corrected at $P(\text{PWE}) < .05$. See Table 2 for details. Scatterplot shows change in GM as a function of change in catastrophizing. IFG, inferior frontal gyrus; S1, primary somatosensory cortex; S2, secondary cortex.

Abstract: Several studies have reported reduced cerebral gray matter (GM) volume or density in chronic pain conditions, but there is limited research on the plasticity of the human cortex in response to psychological interventions. We investigated GM changes after cognitive-behavioral therapy (CBT) in patients with chronic pain. We used voxel-based morphometry to compare anatomic magnetic resonance imaging scans of 13 patients with mixed chronic pain types before and after an 11-week CBT treatment and to 13 healthy control participants. CBT led to significant improvements in clinical measures. Patients did not differ from healthy controls in GM anywhere in the brain. After treatment, patients had increased GM in the bilateral dorsolateral prefrontal, posterior parietal, subgenual anterior cingulate/orbitofrontal, and sensorimotor cortices, as well as hippocampus, and reduced GM in supplementary motor area. In most of these areas showing GM increases, GM became significantly higher than in controls. Decreased pain catastrophizing was associated with increased GM in the left dorsolateral prefrontal and ventrolateral prefrontal cortices, right posterior parietal cortex, somatosensory cortex, and pregenual anterior cingulate cortex. Although future studies with additional control groups will be needed to determine the specific roles of CBT on GM and brain function, we propose that increased GM in the prefrontal and posterior parietal cortices reflects greater top-down control over pain and cognitive reappraisal of pain, and that changes in somatosensory cortices reflect alterations in the perception of noxious signals.

Perspective: An 11-week CBT intervention for coping with chronic pain resulted in increased GM volume in prefrontal and somatosensory brain regions, as well as increased dorsolateral prefrontal volume associated with reduced pain catastrophizing. These results add to mounting evidence that CBT can be a valuable treatment option for chronic pain.

Les étapes et outils de la thérapie cognitive (1)

1-Identification des pensées automatiques, par l'identification initiale de l'émotion dysfonctionnelle; (pensée —→ émotions). Cela peut nécessiter au préalable une psycho-éducation des émotions, car les personnes douloureuses chroniques ont souvent une alexithymie (difficultés à nommer les émotions).

Rappel des émotions primaires: peur, colère, honte, tristesse, dégoût, surprise, joie.

Faire prendre conscience du lien entre cognition et émotion.

Utiliser le tableau à 3 colonnes

Situation	Émotion	Pensée automatique

Les étapes et outils de la thérapie cognitive (2)

- **2- Repérage des distorsions cognitives:**

Avec le tableau d'enregistrement des pensées automatiques.

Et le questionnaire de décentration

- Est-ce que je confonds une pensée avec un fait réel ?
- Est-ce que je juge ou conclus trop hâtivement ?
- Est-ce que je pense en termes de tout ou rien ?
- Est-ce que je pense que ma façon de voir les choses est la seule possible ?
- Qu'est-ce que je veux ? Quels sont mes buts ?
- Est-ce que je pose des questions auxquelles on ne peut pas répondre ?
- Est-ce que je pense en termes de tout ou rien ?
- Est-ce que j'utilise une forme d'ultimatum dans mes pensées ?
- Est-ce que je me concentre sur mes faiblesses, oubliant mes points forts ?
- Est-ce que je considère comme personnel quelque chose qui n'a rien à voir avec moi ?
- Est-ce que je ne considère que le côté noir des choses ?
- Est-ce que je me blâme pour quelque chose dont je ne suis pas responsable ?
- Est-ce que je suppose que je ne peux rien faire à la situation ?
- Est-ce que j'exagère les risques de désastre ?
- Est-ce que je cherche à prédire l'avenir plutôt que simplement expérimenter la situation ?
- Est-ce que je en considère que le côté noir des choses ?
- Est-ce que j'attends de moi d'être parfait ?

Les étapes et outils de la thérapie cognitive (3)

- **3- la restructuration cognitive:** Le but est d'amener la personne à trouver des pensées alternatives,

- par le questionnement socratique →

- « Et » au lieu de « mais »

- Arguments pour/contre

- Avantages/inconvénients

- Ré-attribution des causes

(camembert de responsabilité).

• Quel est la situation?

Recherche de preuves

• Quelles preuves viennent supporter cette idée?

• Quelles preuves vont à l'inverse?

Recherche d'alternatives

• Il y a t il une autre interprétation ou un autre point de vu?

• Qu'est ce qui pourrait arriver de pire? Pourrai je y faire face?

Decatastropher

• Qu'est ce qui pourrait arriver de meilleur?

• Qu'est ce qui est le plus réaliste?

• Quel est l'effet de ma pensée automatique?

Impact de la PA

• Que pourrait être l'effet d'un changement de cette pensée?

• Que penserait ou dirait _____ dans cette situation?

distance

• Que conseillerez vous à _____ dans cette situation?

Résolution de problème

• Que dois je faire?

Étapes	la résolution de problème
1	Définir le problème de manière précise: · quelle est la situation actuelle? · que devrait elle être? (changements souhaités) · quelles sont les obstacles?
2	Est-ce à moi de le résoudre? si ce n'est pas à moi, s'orienter vers un conseil
3	Mes objectifs à court et long terme? · définir des objectifs réalistes et atteignables. · définir des objectifs en termes concrets: quoi, ou, quand? · un but doit être formulé par une question commençant par: · « comment faire pour que...? » · « que faire pour que...? »
4	Lister le maximum de solutions. · lister des solutions même les plus improbables (ne pas se limiter!) · ne pas juger ses solutions.
5	Éliminer les solutions qui:. · ne répondent pas aux objectifs. · sont trop risquées. · sont inapplicables.
6	Lister les avantages et les inconvénients de chaque solution. · réaliser deux colonnes: avantages et inconvénients. · commencer par la colonne avantages. · pondérer chaque argument avec une note d'importance de 0 à 100. · faire le total de chaque solution en comptant des valeurs positives pour les colonnes avantages et négatives pour les colonnes inconvénients. · sélectionner les solutions ayant la meilleur somme. · noter si les objectifs sont bien remplis.
7	Choisir la solution qui vous semble la meilleure.
8	Préparer la réalisation pratique de la solution sélectionnée · imaginez la réalisation de la solution pour en voir les étapes. · Lister les obstacles et les ressources nécessaires pour y arriver. · préparer chacune de ces étapes par un plan détaillé avec échéancier.
9	Appliquer la solution si possible rapidement pour réaliser le premier pas qui rassure sur nos capacités.
10	Évaluer les résultats de la solution.
11	Retour à l'étape 1 si non satisfaisant.

Les étapes et outils de la thérapie cognitive (4)

- 4- la confrontation à la réalité:

La réponse finale doit être une modification comportementale.



La 3^{ème} vague

La thérapie
d'acceptation et
d'engagement = ACT

ACT (Steven Hayes): Le concept

- Repose sur la théorie des cadres relationnels (TCR):
conditionnement par le langage;
- Les comportements dysfonctionnels peuvent se développer en réponse à des stimuli aversifs constitués de pensées sans connexion avec la réalité;
- Ce qui aboutit à un évitement d'expériences = évitement expérientiel.

Adhésion à des règles verbales

- « Je ne dois plus avoir mal pour sortir »;
- « On doit trouver une solution à ma douleur »;
- « Je ne peux pas travailler si j'ai la douleur »;
- « Je ne peux pas vivre si j'ai la douleur »;
- « Je n'ai aucun avenir à cause de la douleur »
- Etc...

—————→ Renforce l'évitement expérientiel
—————→ Restreint le panel comportemental
—————→ Fige la situation, rigidifie

ACT

Les objectifs thérapeutiques

- Modifier la **relation** au symptôme: modifier la **relation à la douleur**, aux émotions, cognitions, sensations liées à la douleur.
- Promouvoir la **flexibilité psychologique** = capacité à être pleinement conscient du moment présent et à persister ou changer son comportement au service de **valeurs** choisies.

MODELE DE LA FLEXIBILITE PSYCHOLOGIQUE:HEXAFLEX

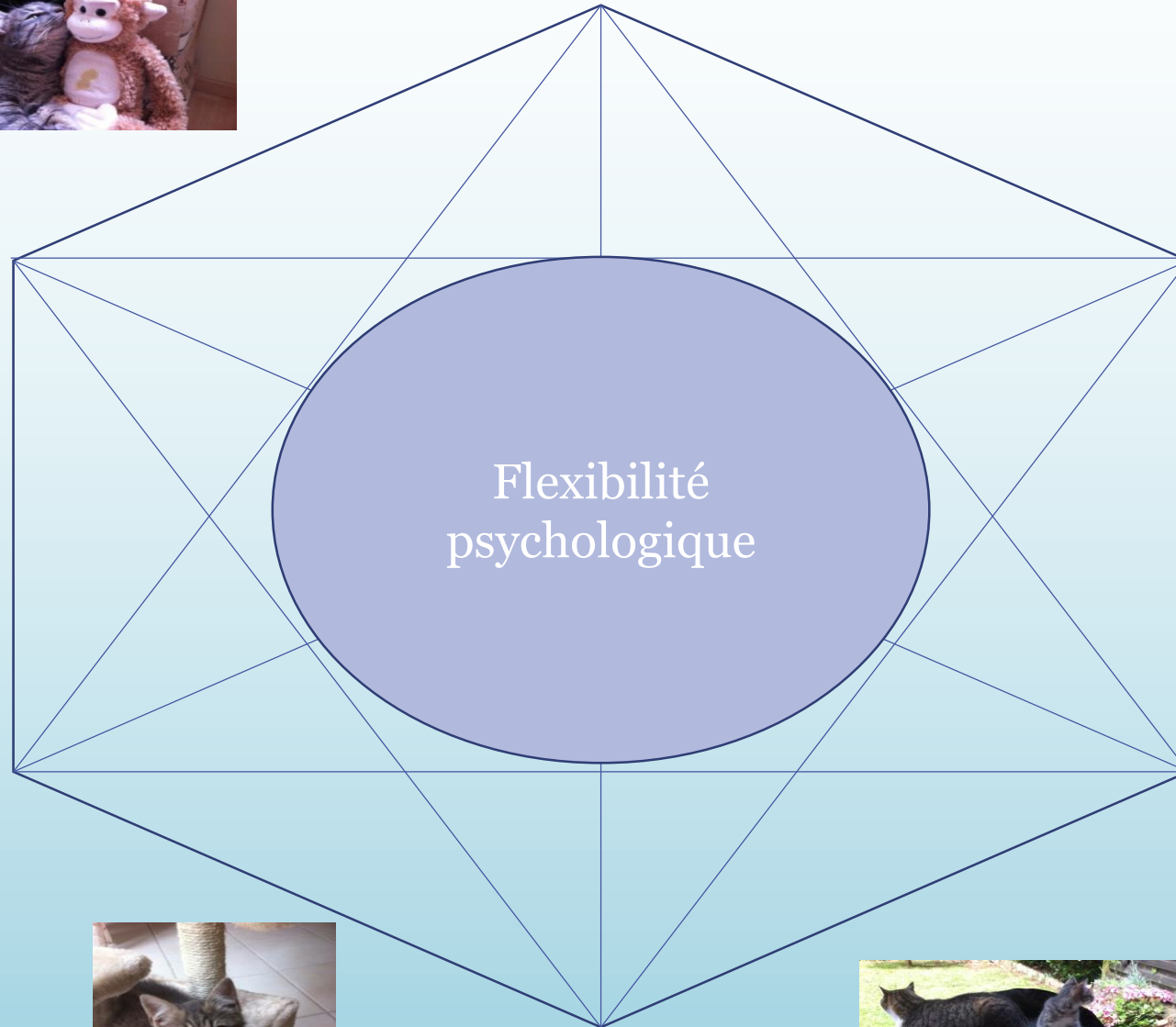
Contact avec le moment présent



Acceptation



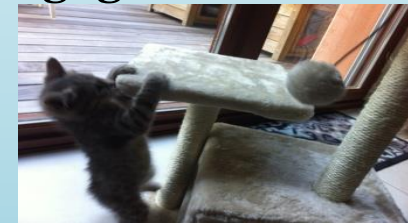
Valeurs



Défusion cognitive



Action engagée



Soi comme contexte



Contact avec le moment présent:
Attention flexible vis-à-vis de la douleur
≠ biais attentionnels, hypervigilance, anticipation

Acceptation
Accueil des sensations
douloureuses,
émotions, pensées
(« *accipere* » = recevoir)

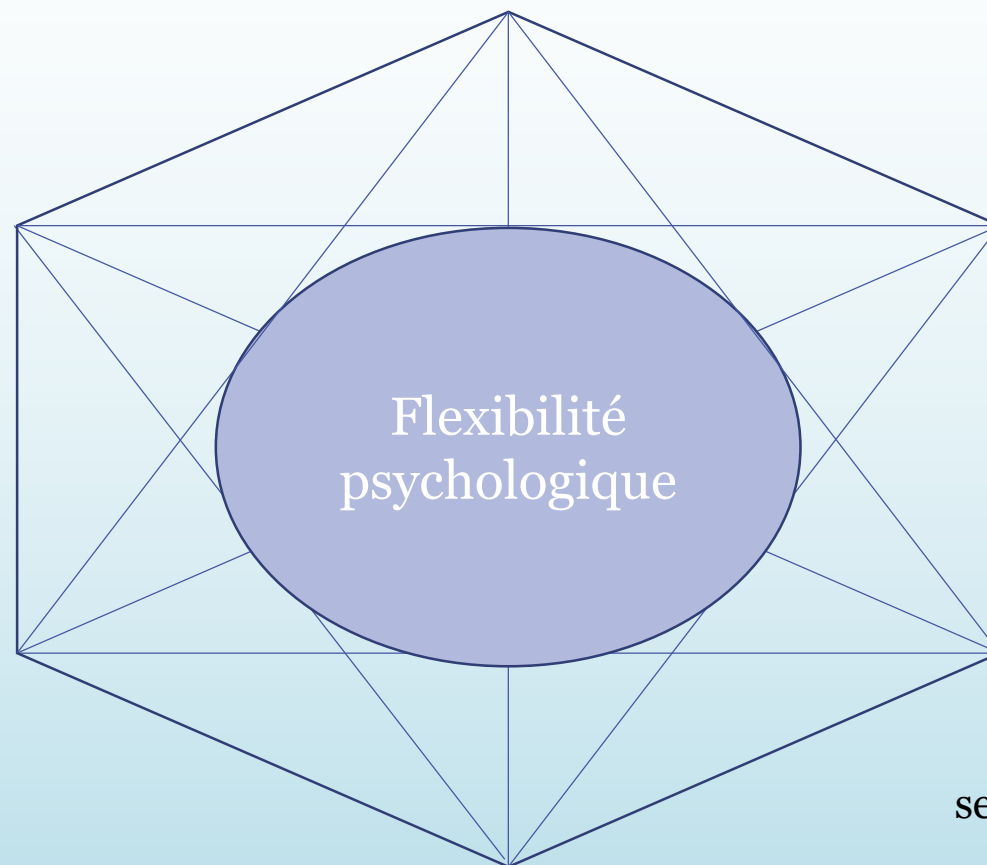
Défusion
Je vois mes pensées, souvenirs
ou images liés à ma douleur avec
détachement;
Les pensées ne sont pas des actes

Valeurs
Qu'est-ce qui fait sens
pour moi?

Action engagée
Quelles actions concrètes
je peux entreprendre pour vivre
selon mes valeurs malgré la douleur?

Soi comme contexte
Ma douleur n'est pas mon identité;
Je suis conscient de ce que je ressens et pense vis-à-vis de ma
douleur, mais elle ne me définit pas.

Soi observateur = « soi continuellement présent à travers les âges, l'espace et les événements, semblable à une toile de fond sur laquelle apparaissent les phénomènes psychologiques transitoires de l'individu » (Neveu et Dionne)



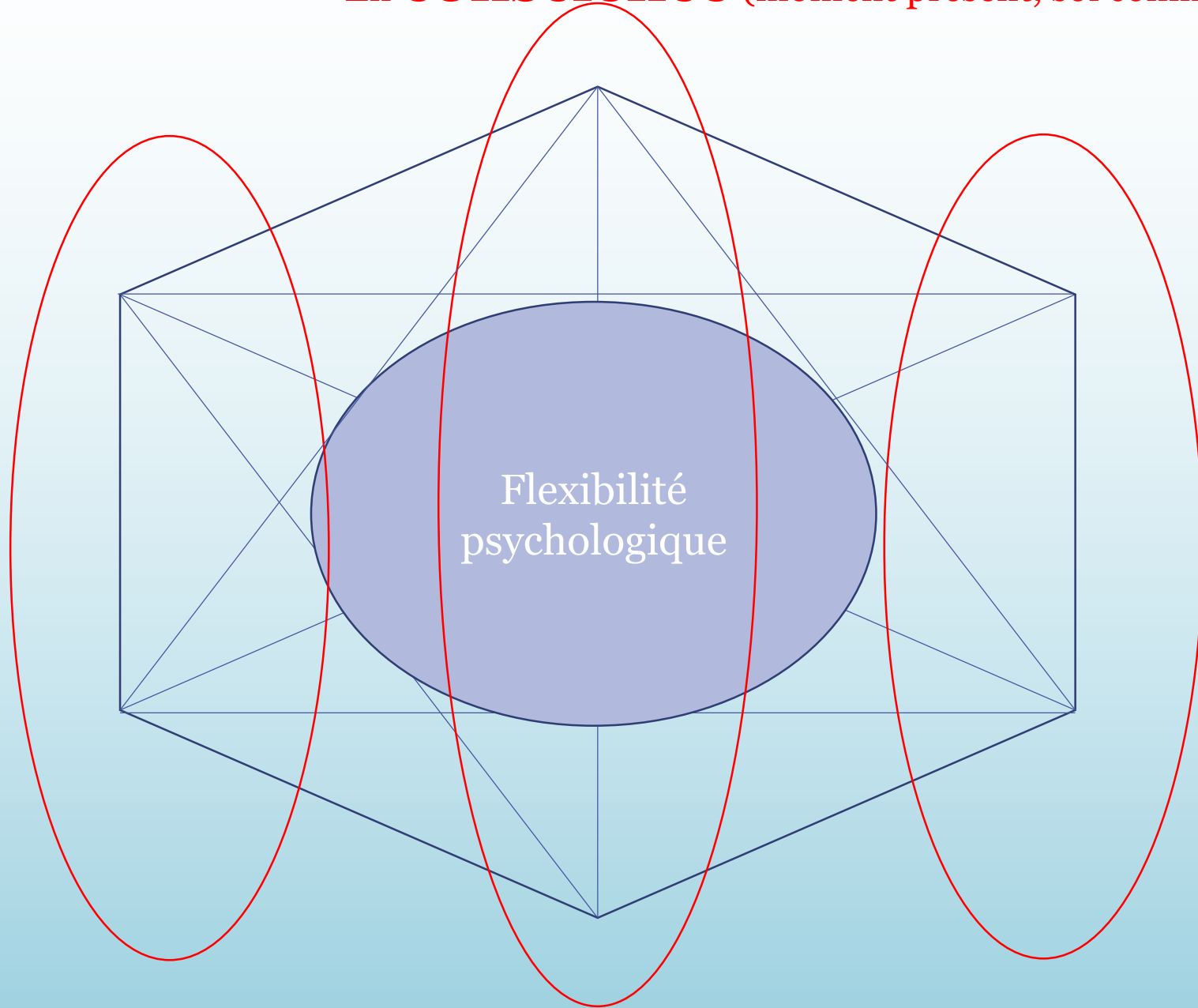
En **conscience** (moment présent, soi comme contexte)

Ouverture

à l'expérience

douloureuse

(acceptation et
défusion)



Engagement
(valeurs, actions)

La Matrice

Ce que je fais pour éviter ma souffrance
(ou ma douleur)

Ce que je fais pour avancer vers ce qui compte

Évitement

Rapprochement

Quelles sont les pensées et émotions
qui m'empêchent d'avancer.

Qu'est ce qui m'importe vraiment?
(les valeurs)

La Matrice

Je suis invitée à aller boire un verre avec des amies

Ce que je fais pour éviter ma souffrance
(ou ma douleur)

Je reste chez moi
Je trouve une excuse pour ne pas y aller

Ce que je fais pour avancer vers ce qui compte

Rien...

Évitement

Rapprochement

Quelles sont les pensées et émotions
qui m'empêchent d'avancer.

Je vais avoir mal
Il ne faut pas qu'elles voient que je souffre
J'ai honte d'imposer ma douleur aux autres
J'irai quand j'aurais moins mal grâce à la rééducation

Qu'est ce qui m'importe vraiment?
(les valeurs)

Le partage
Le respect
L'amitié

POURQUOI ACT?

Les stratégies de contrôle peuvent être contre-productives



Pain 105 (2003) 197–204

PAIN

www.elsevier.com/locate/pain

Coping or acceptance: what to do about chronic pain?

Lance M. McCracken*, Chris Eccleston

Pain Management Unit, Royal National Hospital for Rheumatic Diseases and University of Bath, Bath BA1 1RL, UK

- 230 patients ayant une douleur chronique consultant dans un centre universitaire;
- Evaluation initiale de leurs stratégies face à la douleur:
- **Stratégies de coping traditionnelles** = distraction, relaxation, réévaluation cognitive, augmentation de l'activité, VS
- **Stratégies d'acceptation de la douleur;**
- L'acceptation est associée à moins de douleur, d'incapacité fonctionnelle, de dépression, d'anxiété liée à la douleur;
- Les stratégies de contrôle sont associées à plus de douleur et à un moins bon fonctionnement global.

Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care

Lance M. McCracken *, Sophie C. Velleman

*Centre of Pain Services, Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, Bath, UK
Centre of Pain Research, University of Bath, Bath, UK*

- Relation significative entre les composants de la flexibilité psychologique et le fonctionnement émotionnel, physique et social.
- La flexibilité psychologique influence le fonctionnement de façon plus importante que l'intensité douloureuse.

Les valeurs



Pain 123 (2006) 137–145

PAIN

www.elsevier.com/locate/pain

The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain

Lance M. McCracken ^{a,*}, Su-Yin Yang ^{a,b}

^a Pain Management Unit, Royal National Hospital for Rheumatic Diseases and University of Bath, Bath, UK

^b Tan Tock Seng Hospital, Rehabilitation Centre, Singapore

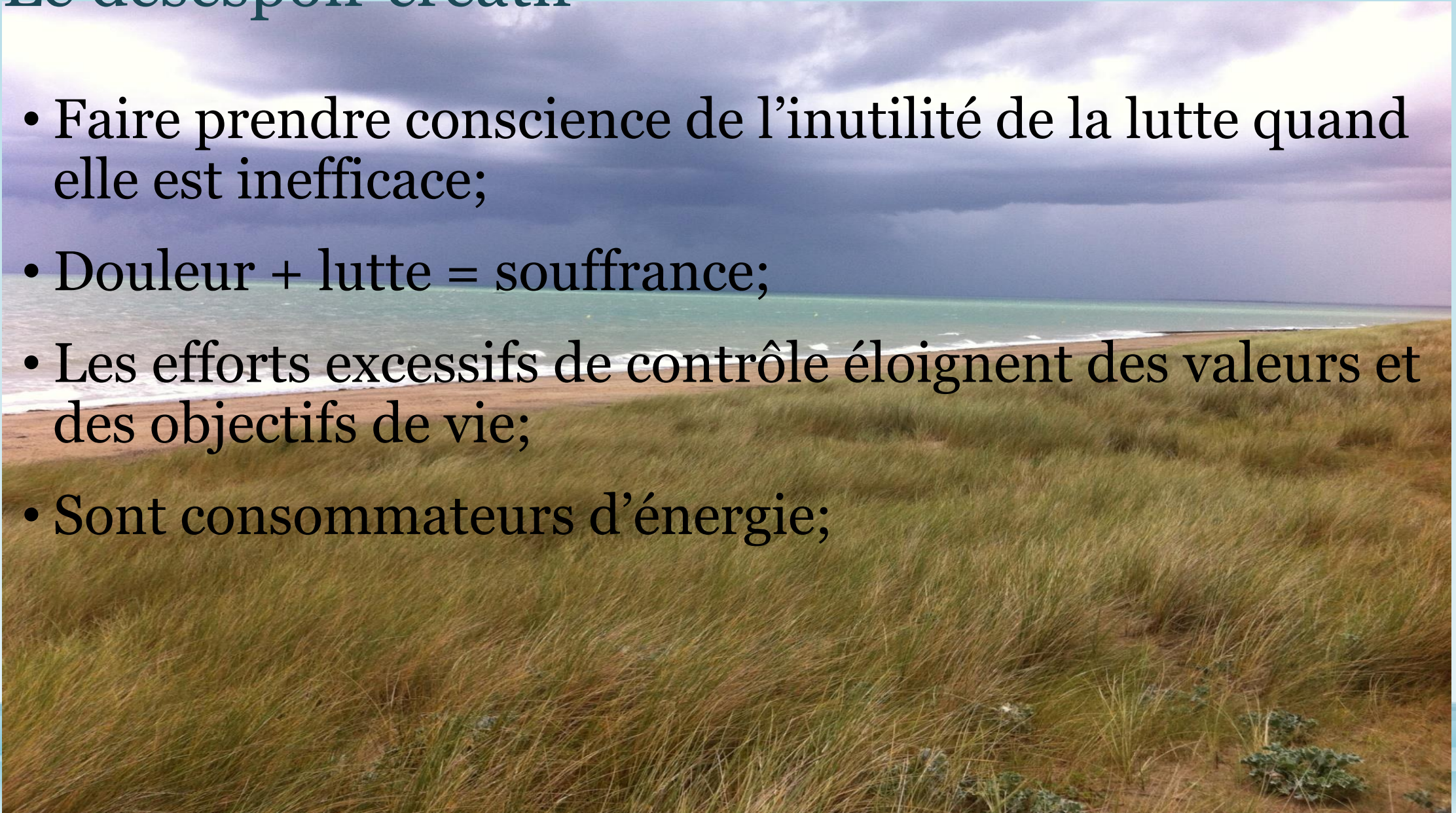
- Les patients qui parviennent à vivre en cohérence avec leurs valeurs ont un meilleur fonctionnement physique, psychosocial et moins de dépression et d'anxiété liée à la douleur.

Le désespoir créatif: de l'ombre à la lumière, de la lutte à l'acceptation



Le désespoir créatif

- Faire prendre conscience de l'inutilité de la lutte quand elle est inefficace;
- Douleur + lutte = souffrance;
- Les efforts excessifs de contrôle éloignent des valeurs et des objectifs de vie;
- Sont consommateurs d'énergie;



Les outils thérapeutiques...

- Les **métaphores**;
- Les **exercices expérientiels**, y compris en séance++;
- Au service d'un apprentissage;
- A répéter et poursuivre par le patient pour qu'il devienne son « auto-thérapeute ».

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses

Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Clin J Pain. 2017; 33: 552-68

- 11 études.
- ACT > contrôles (pas d'intervention ou traitement usuel)

variable	Taille de l'effet
Acceptation de la douleur	Moyen à important
Flexibilité psychologique	
Fonction	Faible à moyen
Anxiété	
Dépression	
Intensité douleur	0
QDV	0

ORIGINAL ARTICLE

**Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia:
A randomized controlled trial**

R. K. Wicksell^{1,2}, M. Kemani^{1,2}, K. Jensen^{4,5}, E. Kosek^{2,6}, D. Kadetoff^{2,6}, K. Sorjonen², M. Ingvar^{2,6},
G. L. Olsson^{1,3}

- 1^{ère} étude évaluant ACT dans la fibromyalgie;
- 40 femmes ayant une fibromyalgie ;
- ACT vs liste d'attente;
- ACT = 12 sessions hebdomadaires en groupe;
- Evaluation en fin d'intervention et à 3-4 mois.

Résultats-ACT efficace sur

Variables	En fin d'intervention et à 3-4 mois	
Variable primaire	Retentissement de la douleur	+
Variables secondaires		
	Dimension physique de la QDV	-
	Dimension mentale de la QDV	+
	Impact de la FM	+
	Efficacité personnelle	+
	Dépression	+
	Anxiété	+
	Intensité douloureuse	-
Variable de processus	Inflexibilité psychologique	+ facteur médiateur++

Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study)



Juan V. Luciano^{a,b,*}, José A. Guallar^c, Jaume Aguado^a, Yolanda López-del-Hoyo^{b,d}, Bárbara Olivan^{b,d}, Rosa Magallón^{b,e}, Marta Alda^{b,f}, Antoni Serrano-Blanco^{a,b}, Margalida Gili^g, Javier Garcia-Campayo^{b,f}

- Etude randomisée, 3 groupes, ACT vs tt méd Prégabaline +/- Duloxétine ou liste d'attente;
- Evaluation en fin d'intervention et à 6 mois;
- 156 patients;
- Les « plus » par rapport à l'étude de Wicksell:
 - nb de patients >
 - Comparaison ACT à un traitement actif = médicaments
 - Durée de follow up > (6 mois).

Résultats

ACT > Prégabaline/Duloxétine > liste d'attente

Variables		Taille d'effet	
		Fin d'intervention	6 mois
Variables primaires	Impact de la FM	Large	Large
Variables secondaires			
	Catastrophisme	Moyen	Moyen
	Anxiété/dépression	Faible	Faible
	Acceptation douleur	Large	Large
	Intensité douleur	Moyen	Faible
	QDV	Large	Moyen

ACT vs Prégabaline/Duloxétine

A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain

Julie Loebach Wetherell^{a,b,*}, Niloofar Afari^{a,b}, Thomas Rutledge^{a,b}, John T. Sorrell^c, Jill A. Stoddard^d, Andrew J. Petkus^e, Brittany C. Solomon^f, David H. Lehman^{a,b}, Lin Liu^b, Ariel J. Lang^b, J. Hampton Atkinson^{a,b}

ACT VS TCC

- 114 patients répartis en 2 groupes, ACT/TCC;
- Interventions: 8 sessions en groupes;
- Evaluation pré-traitement, post-traitement, à 6 mois;
- **ACT = TCC;**
- ACT et TCC améliorent le degré d'interférence de la douleur, la dépression et l'anxiété liée à la douleur;
- ACT et TCC n'ont pas d'effet sur l'intensité douloureuse, l'activité, la QDV physique ou mentale;
- **ACT > TCC pour le degré de satisfaction des patients.**

Les mots de la philo...

« C'est la marque d'un esprit cultivé que d'être capable de nourrir une pensée sans la cautionner pour autant ». *Aristote*

« Qui craint de souffrir, il souffre déjà de ce qu'il craint ». *Montaigne*

« Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, ce sont les jugements qu'ils portent sur les choses ». *Epictète*

« Dis-toi d'abord qui tu veux être puis fais en conséquence ce que tu dois faire ». *Epictète*

Comment conduire la thérapie?

Les objectifs

- Passer de comportements douloureux dysfonctionnels à des comportements bien-portants fonctionnels, avec des renforcements positifs naturels, valeurs, plaisirs, pour que ces nouveaux comportements appris se maintiennent.
- Améliorer les stratégies de « coping »: les stratégies de coping regroupent l'ensemble des « efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». Dans le domaine de la douleur chronique, les stratégies de coping les plus fonctionnelles sont celles qui sont centrées sur le problème et qui sont actives : distraction, réinterprétation, acceptation. Les stratégies dysfonctionnelles sont celles qui sont centrées sur les émotions et qui sont passives : au niveau comportemental on retrouve l'évitement, et au niveau cognitif le catastrophisme.
- « Pacing »: régler le rythme des activités, activités à quotas au lieu du « forcer puis ne rien faire ».

Les étapes

- Anamnèse;
- Diagnostic des comorbidités;
- Psychoéducation de la douleur et des TCC;
- Analyse fonctionnelle;
- Objectif, contrat thérapeutique;
- Evaluation, ligne de base;
- Stratégies thérapeutiques:
- Réévaluation.

1- L'ANAMNESE

Un style d'entretien...

L'alliance thérapeutique +++++

Quelques idées...

- **Rogers (1957)** base sa théorie sur la capacité du thérapeute à offrir des **qualités relationnelles spécifiques** qui peuvent entraîner un processus de changement chez le client: la **compréhension empathique**, le **regard positif inconditionnel** (regard non évaluateur, très humain), l'**authenticité**. L'AT est « nécessaire et suffisante » pour rendre efficace la thérapie.
- **Alford et Beck (1997)** : AT en TCC : **relation de collaboration** empirique qui serait comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème. Cependant, le changement en thérapie est dû aux capacités du sujet et non, uniquement, à la relation et doit se généraliser dans d'autres contextes que la thérapie.

L'AT n'est pas toujours une condition suffisante pour promouvoir le changement.

L'alliance thérapeutique

- Relation de collaboration et de partenariat.
- Objectifs réalisables.
- Être consensuel sur ces objectifs et les moyens à mettre en place.
- Motivation, confiance.
- Respect, sécurité.

Empathie

« C'est l'art de percevoir avec justesse et sensibilité le point de vue d'une autre personne dans son cadre de référence à elle, avec ses différentes composantes (cognitives, émotionnelles et expérientielles), c'est à dire ses représentations, ses sentiments et son vécu global. C'est surtout entendre, écouter les sentiments, l'expérience, les émotions (...) vécus ici et maintenant et le faire savoir au patient. La frontière de ce qui est du patient et de ce qui est du thérapeute ne doit pas être franchie »

Anne Berquin et Jacques Grisart: Les défis de la douleur chronique

Empathie

		écoute	compréhension	aide
Apathie	Ne perçoit pas la détresse	0	0	0
Antipathie	Minimise la détresse	+	0	0
Sympathie	Partage la détresse	+	+	0
Empathie	Comprend la détresse sans la partager	+	+	+

Authenticité

- Collaboration (position basse++)
- Faillabilité (je peux me tromper, être en difficultés, et je le dis)
- Auto-observation (je reconnais mes émotions et mes pensées)
- Se livrer
- Flexibilité (je suis capable de m'adapter)
- Laisser la main (pour maintenir l'AT)

Et aussi...

- **Observer** le patient...

- Et son entourage s'il est présent, la relation
- Importance du langage non verbal ++
- Comment la personne bouge (ou pas...), souplesse ou rigidité
- Repérer les changements d'états émotionnels
- Le paraverbal: celui du patient, de son entourage, celui du médecin

S'observer

- Mes sensations physiques
- Mes émotions et sentiments
- Mes pensées automatiques
- Les conséquences sur mon fonctionnement
- Les conséquences sur le patient
- Les conséquences sur la relation thérapeutique

...et d'autres outils...

- Les 4 R:
 - Recontextualiser
 - Reformuler
 - Résumer
 - Renforcer
- OURSES = observer, utiliser (les ressources du patient), ratifier, saupoudrer, encourager, sécuriser

2- Diagnostic des comorbidités

- La prévalence de la dépression est de 20 à 70% chez les patients ayant une douleur chronique.
- La prévalence d'une comorbidité anxieuse peut atteindre 35 à 50% des patients.
- Troubles de la personnalité: 31% à 81% des patients.
- Etude Dolor Patens –CHU de Rennes 2018: prévalence des troubles psychiatriques à l'instauration d'un traitement par TENS chez les patients douloureux chroniques primo-consultants au CETD: 58,2%:
 - Troubles de l'humeur: 54,5%.
 - EDM: 36,4%.
 - Risque suicidaire élevé: 12,7%.
 - Troubles anxieux: 29%.

Les co-morbidités sont importantes à diagnostiquer car elles peuvent expliquer un « échec » de la rééducation (ex: dépression, TSPT)

Elles doivent alors être prises en charge en parallèle de la rééducation et parfois même en amont.

syndrome de stress post-traumatique et fibromyalgie

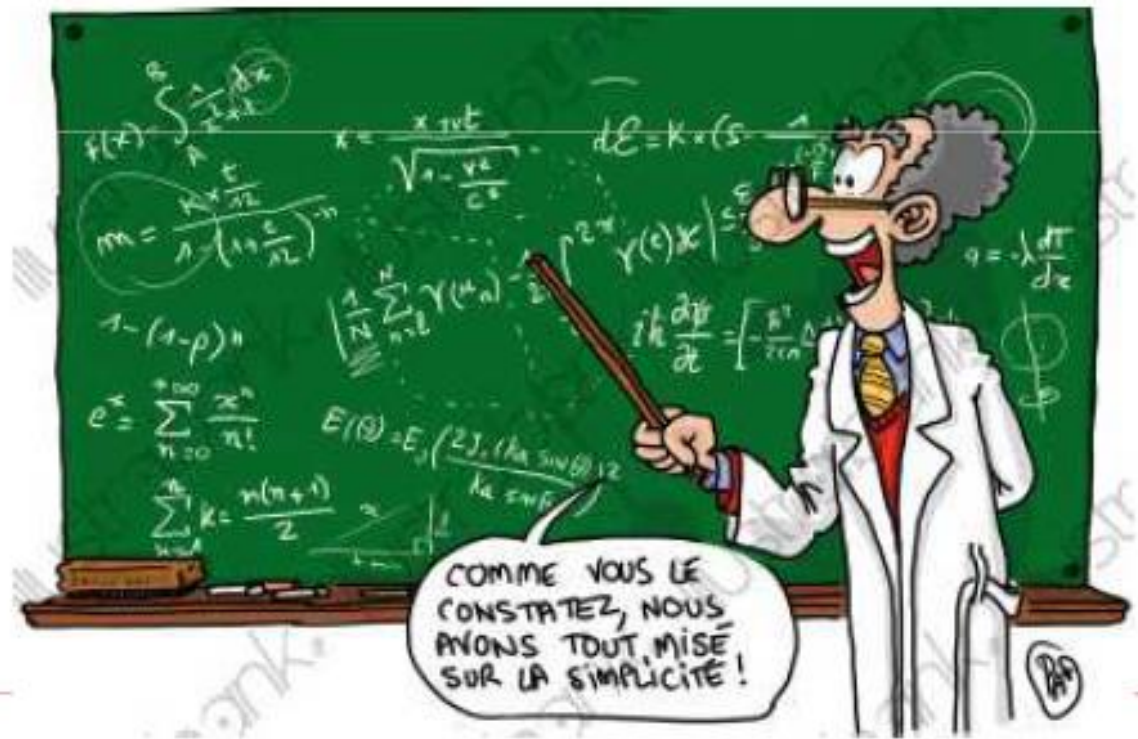
- Plusieurs études rapportent un lien statistique entre traumatismes dans l'enfance ou à l'âge adulte (violences physiques, psychiques, abus sexuels) et la fibromyalgie.
- Une étude récente a comparé la prévalence des violences dans l'enfance et d'un TSPT chez des patientes ayant une fibromyalgie, une dyspepsie fonctionnelle (qui est un trouble fonctionnel digestif) et une achalasie (qui correspond à une maladie de la motricité de l'œsophage) [Coppens E, Van Wambeke P, Morlion B, Weltens N, Giau Ly H, et al. Prevalence and impact of childhood adversities and post-traumatic stress disorder in women with fibromyalgia and chronic widespread pain. *Eur J Pain*. 2017; 21: 1582-90.]. Les patientes ayant un trouble fonctionnel, fibromyalgie ou dyspepsie fonctionnelle, rapportaient significativement plus de violences dans l'enfance que celles ayant une achalasie. Le TSPT était 6 fois plus fréquent chez les patientes fibromyalgiques par rapport aux 2 autres groupes.
- Une étude multicentrique allemande a comparé la prévalence d'évènements traumatiques et d'un TSPT entre des patients ayant une fibromyalgie et une population contrôle (échantillon de la population générale) [Häuser W, Galek A, Erbslöh-Möller B, Köllner V, Kühn-Becker H, et al. Post-traumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*. 2013; 154: 1216-23]. Le TSPT était diagnostiqué selon les critères du DSM IV. La prévalence d'un évènement traumatique était de 70% chez les patients fibromyalgiques et de 17.5% chez les contrôles. La prévalence du TSPT était de 45% chez les patients fibromyalgiques contre 3% dans la population générale. Les évènements traumatiques chez les patients fibromyalgiques avec TSPT étaient : être témoin d'un évènement traumatique = 15%, un abus sexuel avant l'âge de 14 ans = 9.5%, des violences physiques sévères = 7.3%, un accident grave = 3.4%, un autre évènement traumatique = 52%. Le TSPT était corrélé à la sévérité de la fibromyalgie. Ainsi, le nombre de sites douloureux, la détresse psychologique, le retentissement fonctionnel et l'existence d'un trouble dépressif, étaient plus importants chez les patients fibromyalgiques avec TSPT par rapport à ceux sans TSPT. Cette étude s'est intéressée au lien temporel entre TSPT et fibromyalgie. Le TSPT était antérieur à l'apparition des douleurs diffuses chez 66.5% des patients, il était postérieur à l'apparition des douleurs chez 29.5% des patients. Enfin, TSPT et douleurs étaient simultanés chez 4% des patients. Le TSPT pourrait donc être un facteur de risque de survenue d'une fibromyalgie. De la même façon, l'existence d'une fibromyalgie pourrait impacter les ressources adaptatives en cas de survenue d'un évènement traumatique, et faciliter la survenue d'un TSPT.

3-Psychoéducation

- De la douleur chronique
- Des TCC
- Des pensées et des
- Émotions

(alexithymie fréquente)

Partage d'un modèle de compréhension commun



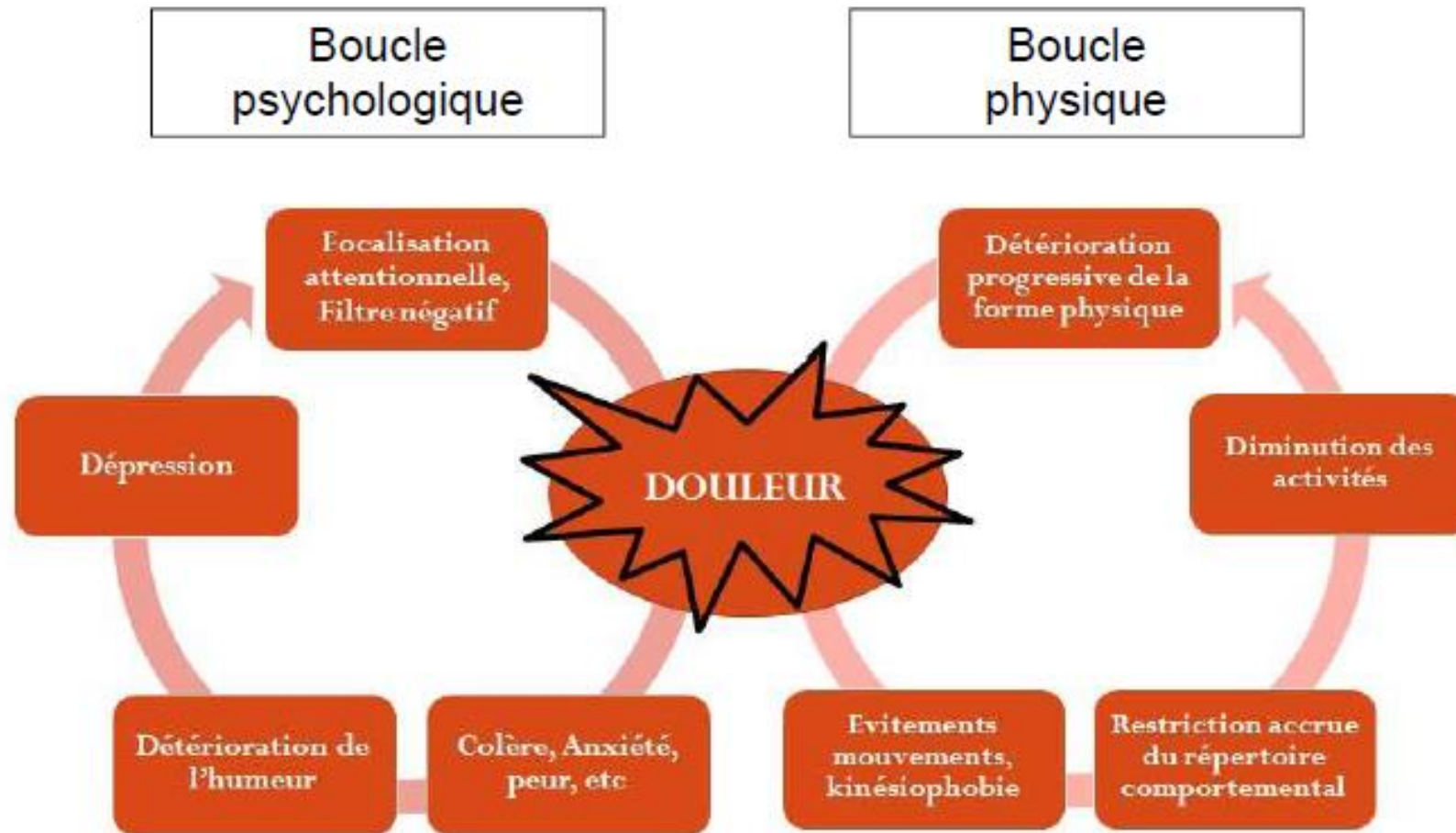
4- L'ANALYSE FONCTIONNELLE

- Replacer l'histoire de la plainte dans l'histoire du patient, interroger le contexte de vie de survenue de la douleur;
- Retracer le parcours de soin;
- Cognitive: croyances par rapport à l'origine et à l'évolution, repérer les distorsions cognitives (catastrophisme);
- Des attentes: souvent démesurées, nécessitant un recadrage;
- Des émotions: anxiété, dépression, colère, sentiment d'impuissance, kinésiophobie;
- Des comportements: évitements ou « faire trop », passif, agressif;
- Du retentissement sur la vie personnelle, sociale, familiale;
- Du retentissement professionnel: arrêt de travail, invalidité, etc

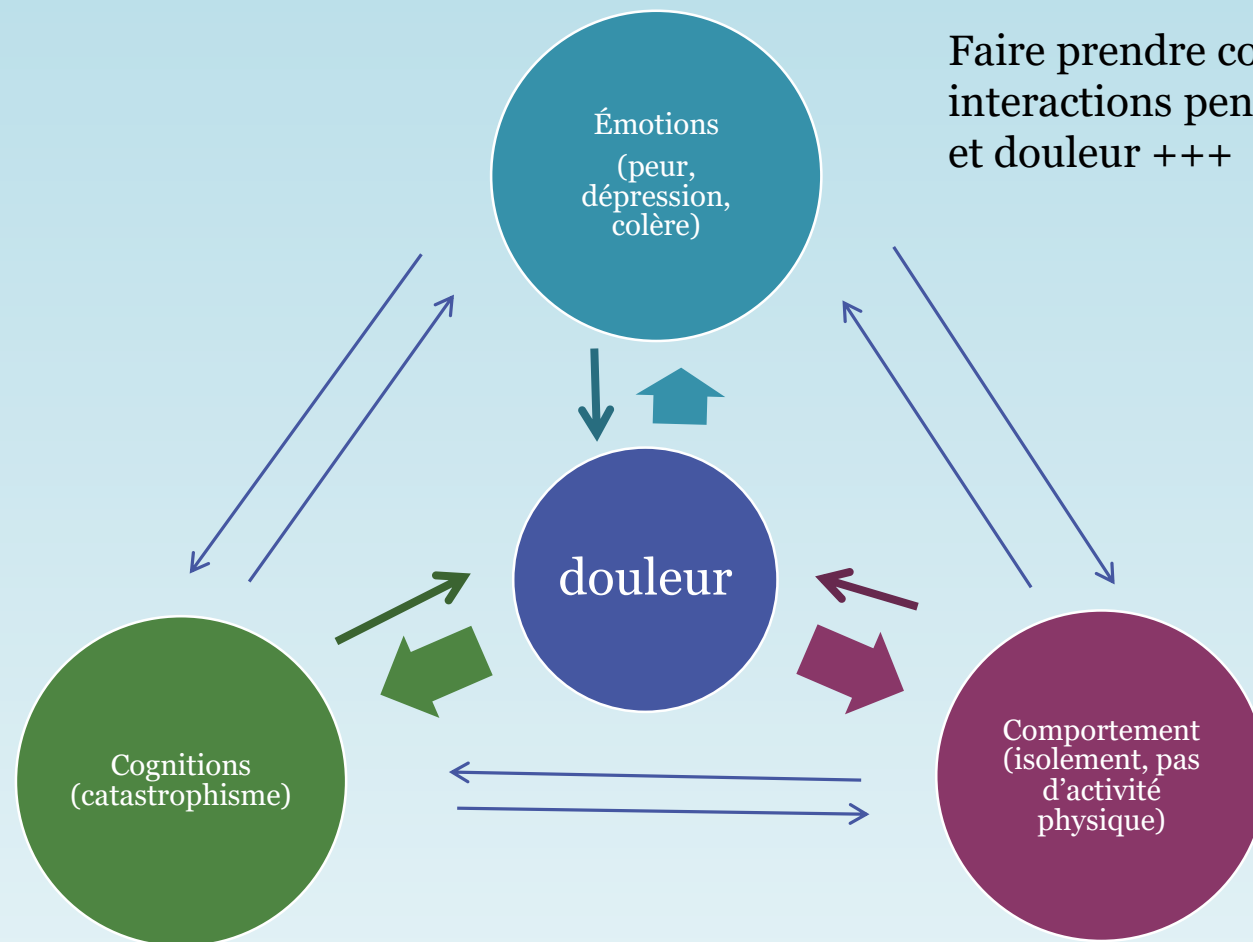
Exemple de tableau d'auto-observation

Jour, heure	situation	Douleur (intensité)	Pensées automatiques	Émotions (ce que je ressens)	Comportement (ce que je fais)
Lundi 16h	Mes amies m'appellent pour aller faire un tour en ville	5/10	J'ai déjà mal Qu'est-ce que ça va être après Je vais être fatiguée Et pour bosser demain ça va être galère	Peur Tristesse lassitude	Je reste à la maison Je pleure (Mon mari me console)

Cercles viciieux de la douleur



Identifier les cercles vicieux

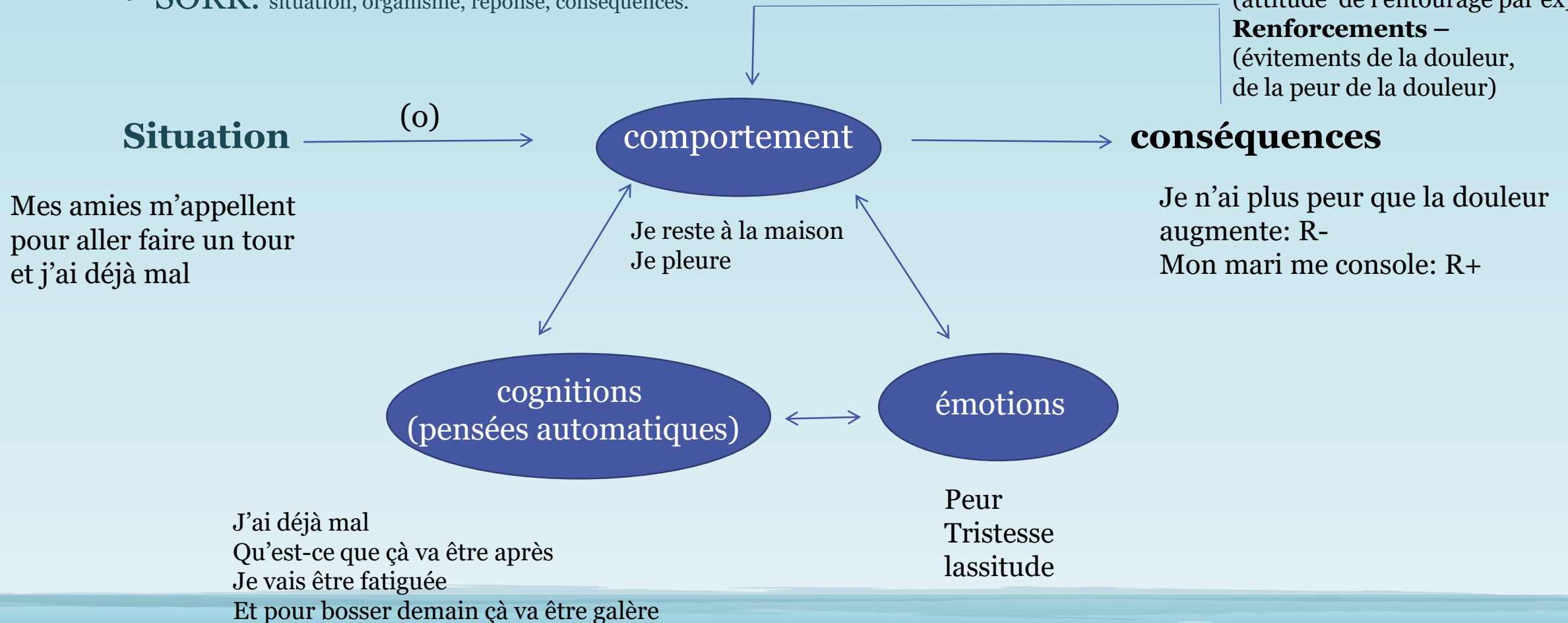


Faire prendre conscience à la personne des interactions pensées, émotions, comportements et douleur +++

L'utilisation de grilles d'analyse fonctionnelle

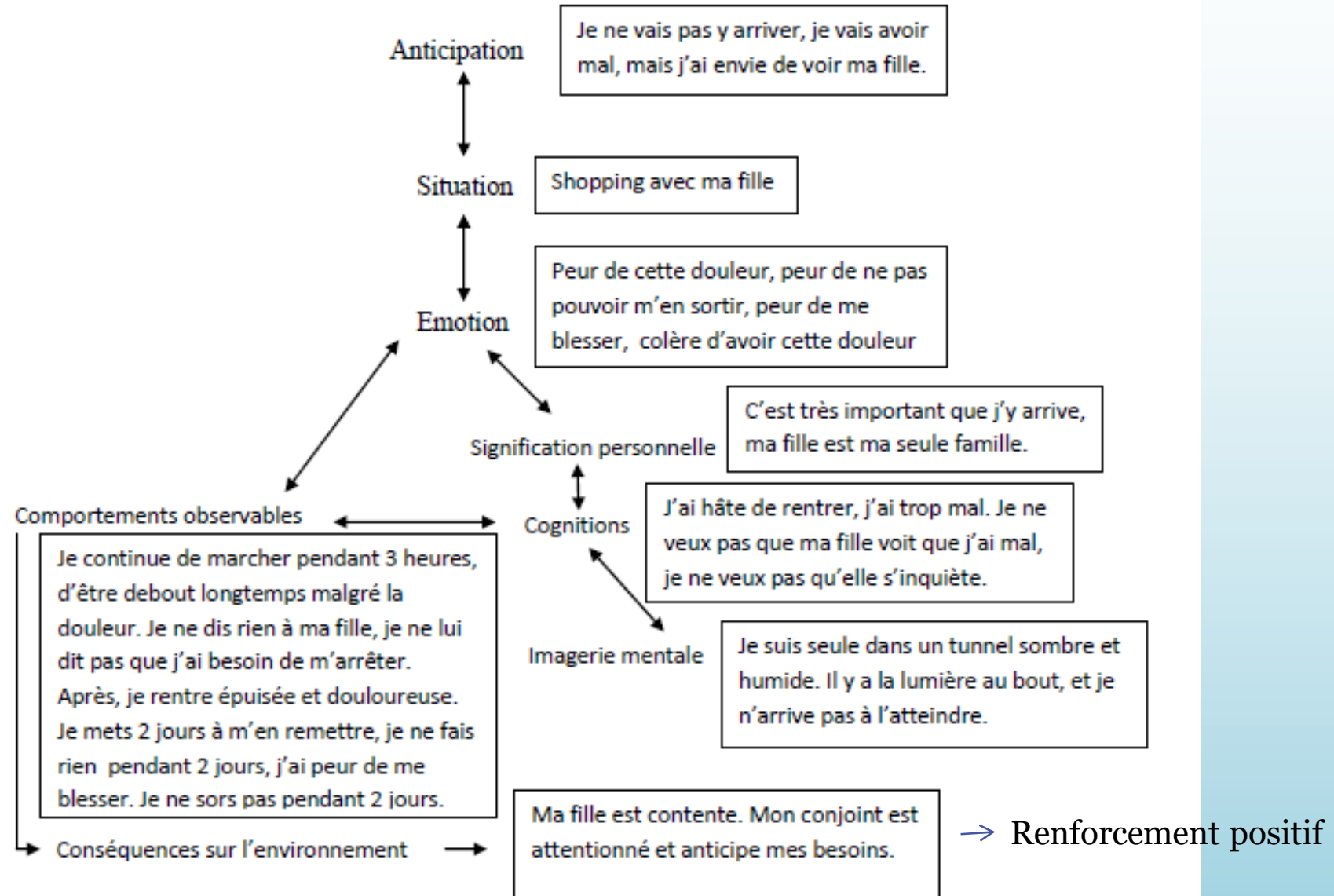
- **SORK**: situation, organisme, réponse, conséquences.

Renforcements +
(attitude de l'entourage par ex)
Renforcements –
(évitements de la douleur,
de la peur de la douleur)



Grille SECCA

Analyse synchronique :



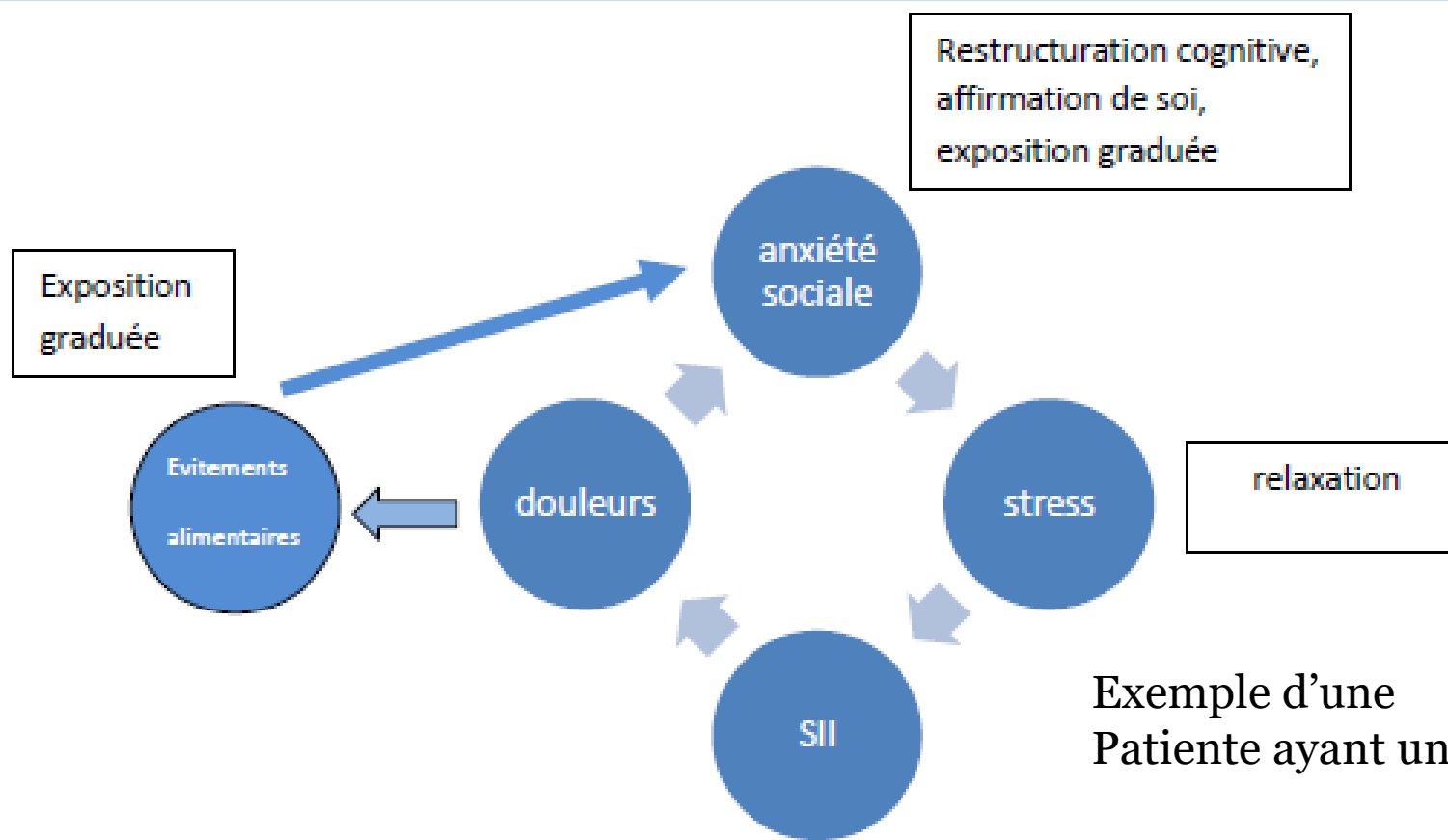


Cercle vicieux de Cungi.

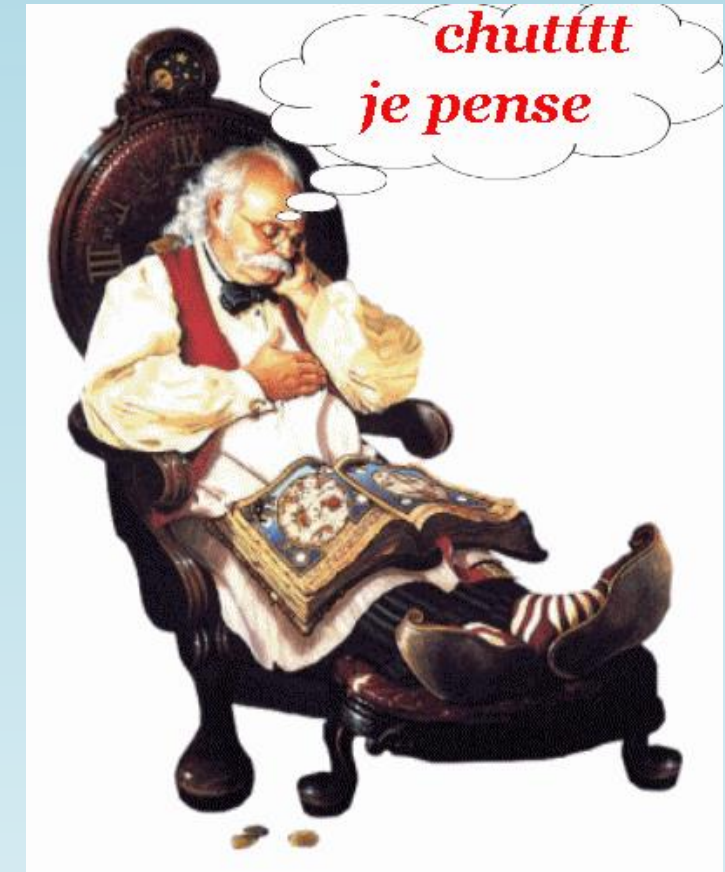
Simple à utiliser pendant une séance quand un cercle vicieux apparaît dans le discours du patient; ou par le patient pendant la phase d'observation

6- Conceptualisation du cas

Et hypothèses de travail



Exemple d'une
Patiente ayant un SII et une anxiété sociale



7- Objectifs et contrat thérapeutique

- L'objectif est COMPORTEMENTAL, le nouveau comportement appris, fonctionnel, remplace le comportement douloureux dysfonctionnel.

- SMART:

Spécifique

Mesurable

Atteignable

Réalisable

Temporalité

- . Contrat: les 2 parties s'engagent, l'objectif est négocié et consensuel, en fonction de ce que peut faire le patient, et renforcera son sentiment d'efficacité personnelle (renforcement positif naturel).

8- Evaluation et ligne de base

- **Par des « observables »**, ex: nombre de marches par semaine, combien de km, activités conservées, à quel rythme, etc...

- **Par des questionnaires:**

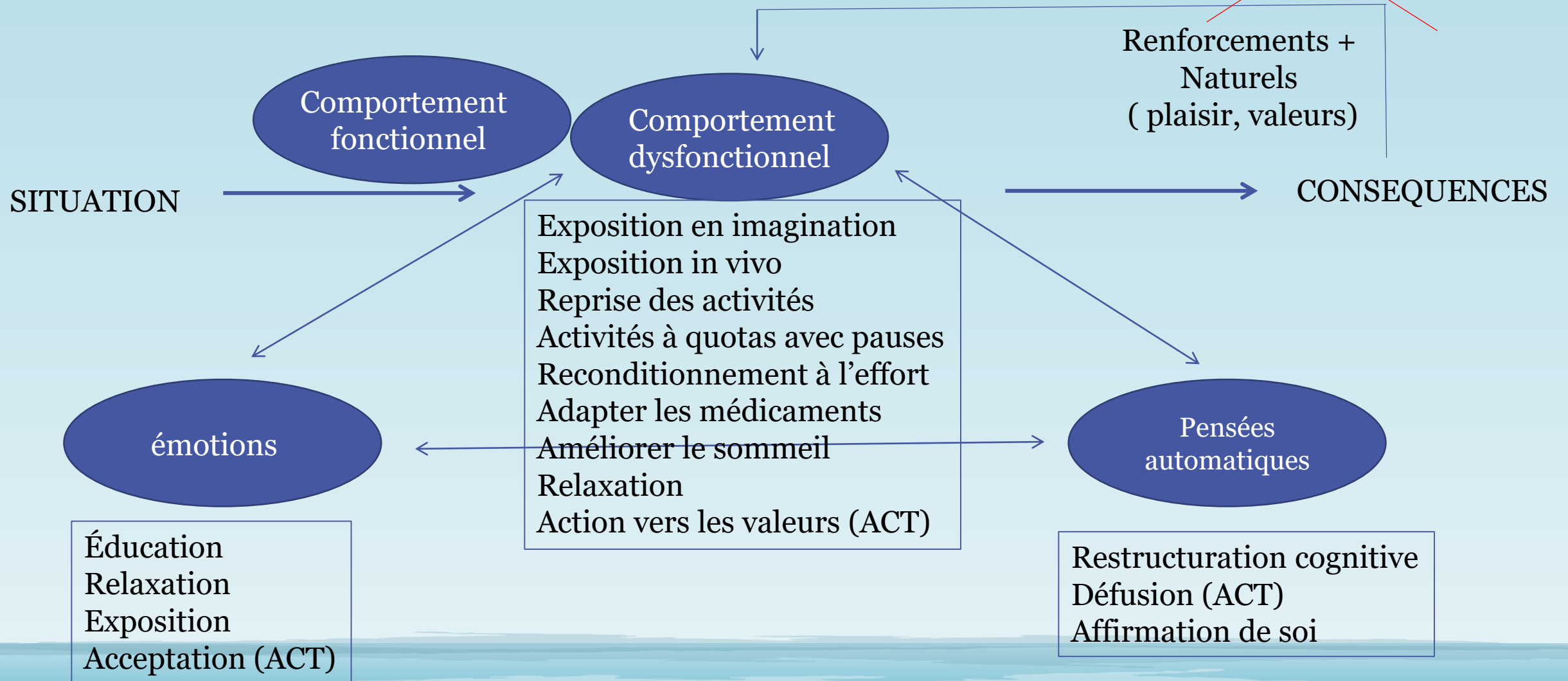
- Spécifiques de psychopathologie: exemples

- Inventaire abrégé de dépression de Beck
- Questionnaire d'anxiété état STAI YA et d'anxiété trait STAI YB de Spielberger
- Questionnaire de dépistage de syndrome de stress post-traumatique PCL-5.

- Spécifiques de la pathologie (douleur chronique):

- Questionnaire concis des douleurs (QCD)
- Questionnaire de kinésiophobie de Tampa (TSK-CF)
- Questionnaire de catastrophisme (PCF-CF)
- Questionnaire de coping stratégie (CSQ)
- Questionnaire de flexibilité psychologique par rapport à la douleur (PIPS): composé d'un sous-score d'évitement et de fusion cognitive
- Questionnaire d'acceptation de la douleur chronique (CPAQ) : comporte un sous-score d'acceptation de la douleur et un sous-score d'engagement dans les activités.

9- les stratégies thérapeutiques





Un peu d'EBM



Review Article

Nonpharmacological Interventions in Targeting Pain-Related Brain Plasticity

Maral Tajerian^{1,2} and J. David Clark^{1,2}

¹Department of Anesthesiology, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA

²Veterans Affairs Palo Alto Health Care System, Palo Alto, CA, USA

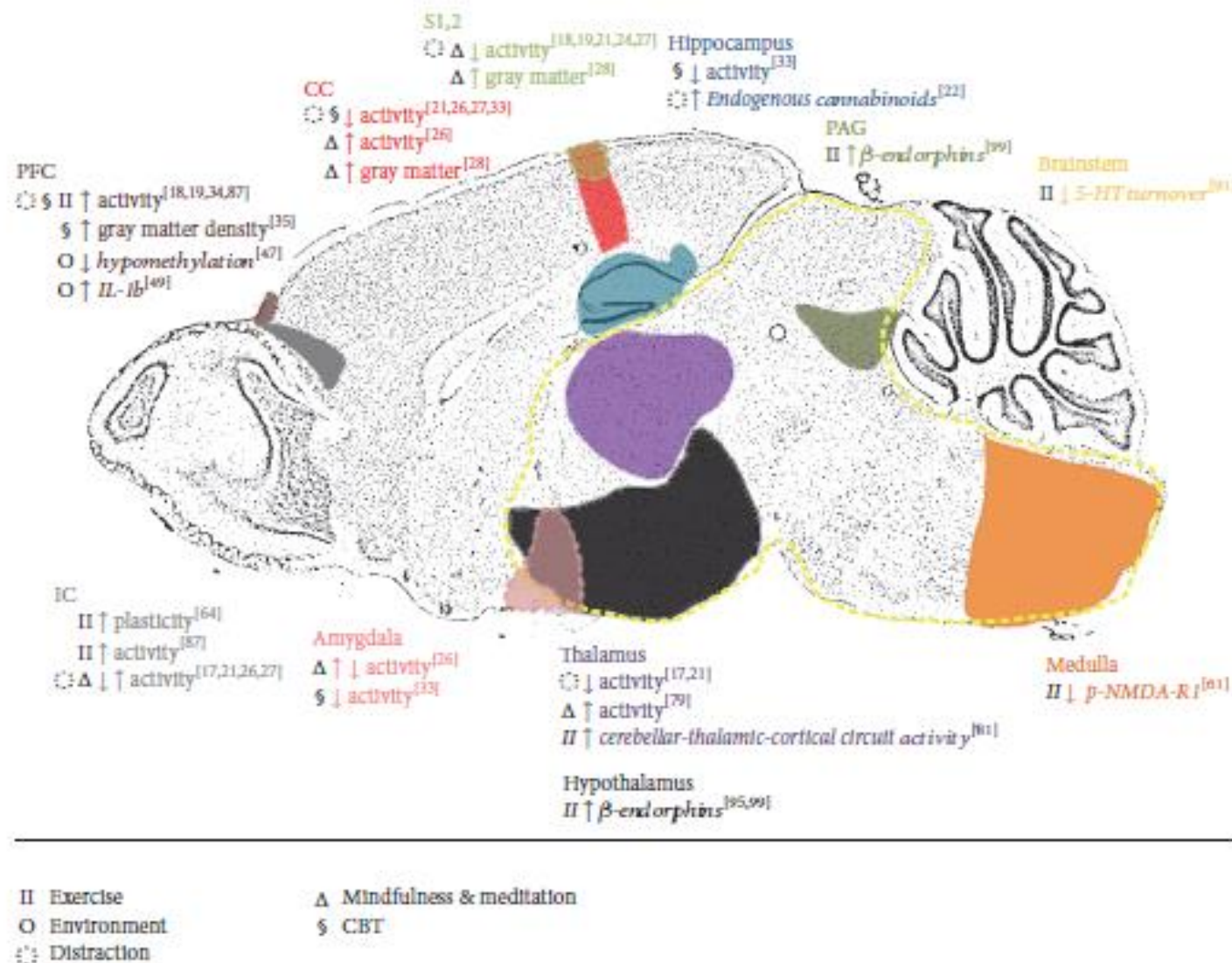


FIGURE 1: Illustrated summary of key CAM-responsive centers in the pain brain. Text in colors correspond to each painted brain region in that same color. Due to the single sagittal view of the brain, some areas may not be visualized in their entirety or may not be true to scale. CC: cingulate cortex; IC: insular cortex; IL-1b: interleukin 1-beta; PAG: periaqueductal gray; PFC: prefrontal cortex; SI,2: primary and secondary somatosensory cortices; 5-HT: 5-hydroxytryptamine/serotonin. Text in italics refers to findings from rodent studies.



**Psychological therapies for the management of chronic pain
(excluding headache) in adults (Review)**

Williams ACDC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C

The largest evidence base was for CBT (59 studies). CBT versus active control showed very small benefit at treatment end for pain (standardised mean difference (SMD) -0.09, 95% confidence interval (CI) -0.17 to -0.01; 3235 participants; 23 studies; moderate-quality evidence), disability (SMD -0.12, 95% CI -0.20 to -0.04; 2543 participants; 19 studies; moderate-quality evidence), and distress (SMD -0.09, 95% CI -0.18 to -0.00; 3297 participants; 24 studies; moderate-quality evidence). We found small benefits for CBT over TAU at treatment end for pain (SMD -0.22, 95% CI -0.33 to -0.10; 2572 participants; 29 studies; moderate-quality evidence), disability (SMD -0.32, 95% CI -0.45 to -0.19; 2524 participants; 28 studies; low-quality evidence), and distress (SMD -0.34, 95% CI -0.44 to -0.24; 2559 participants; 27 studies; moderate-quality evidence). Effects were largely maintained at follow-up for CBT versus TAU, but not for CBT versus active control.

Evidence quality for CBT outcomes ranged from moderate to low. We rated evidence for AEs as very low quality for both comparisons.

Authors' conclusions

We found sufficient evidence across a large evidence base (59 studies, over 5000 participants) that CBT has small or very small beneficial effects for reducing pain, disability, and distress in chronic pain, but we found insufficient evidence to assess AEs. Quality of evidence for CBT was mostly moderate, except for disability, which we rated as low quality. Further trials may provide more precise estimates of treatment effects, but to inform improvements, research should explore sources of variation in treatment effects. Evidence from trials of BT and ACT was of moderate to very low quality, so we are very uncertain about benefits or lack of benefits of these treatments for adults with chronic pain; other treatments were not analysed. These conclusions are similar to our 2012 review, apart from the separate analysis of ACT.

EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia

2016

G J Macfarlane,¹ C Kronisch,^{1,2} L E Dean,¹ F Atzeni,³ W Häuser,^{4,5} E Fluß,¹ E Choy,⁶
E Kosek,⁷ K Amris,⁸ J Branco,⁹ F Dincer,¹⁰ P Leino-Arjas,¹¹ K Longley,¹²
G M McCarthy,¹³ S Makri,¹⁴ S Perrot,¹⁵ P Sarzi-Puttini,¹⁶ A Taylor,¹⁷ G T Jones¹

Recommendations

Table 3 Recommendations

Recommendation	Level of evidence	Grade	Strength of recommendation	Agreement (%)*
<i>Overarching principles</i>				
Optimal management requires prompt diagnosis. Full understanding of fibromyalgia requires comprehensive assessment of pain, function and psychosocial context. It should be recognised as a complex and heterogeneous condition where there is abnormal pain processing and other secondary features. In general, the management of FM should take the form of a graduated approach.	IV	D		100
Management of fibromyalgia should aim at improving health-related quality of life balancing benefit and risk of treatment that often requires a multidisciplinary approach with a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities tailored according to pain intensity, function, associated features (such as depression), fatigue, sleep disturbance and patient preferences and comorbidities; by shared decision-making with the patient. Initial management should focus on non-pharmacological therapies.	IV	D		100
<i>Specific recommendations</i>				
<i>Non-pharmacological management</i>				
Aerobic and strengthening exercise	Ia	A	Strong for	100
Cognitive behavioural therapies	Ia	A	Weak for	100
Multicomponent therapies	Ia	A	Weak for	93
Defined physical therapies: acupuncture or hydrotherapy	Ia	A	Weak for	93
Meditative movement therapies (qigong, yoga, tai chi) and mindfulness-based stress reduction	Ia	A	Weak for	71–73
<i>Pharmacological management</i>				
Amitriptyline (at low dose)	Ia	A	Weak for	100
Duloxetine or milnacipran	Ia	A	Weak for	100
Tramadol	Ib	A	Weak for	100
Pregabalin	Ia	A	Weak for	94
Cyclobenzaprine	Ia	A	Weak for	75

* Percentage of working group scoring at least 7 on 0–10 numerical rating scale assessing agreement.

Recommandations ANAES 2019 pour la prise en charge de la lombalgie chronique

Interventions psychologiques
type TCC
Recommandation de grade B

Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés ; par un professionnel ou une équipe formés aux TCC de la douleur.

Médecine physique + TCC > médecine physique seule ?

ACT

TCC classiques

US ASP
US ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN



The Journal of Pain, Vol 21, No 1-2 (January/February), 2020: pp 71-81
Available online at www.jpain.org and www.sciencedirect.com

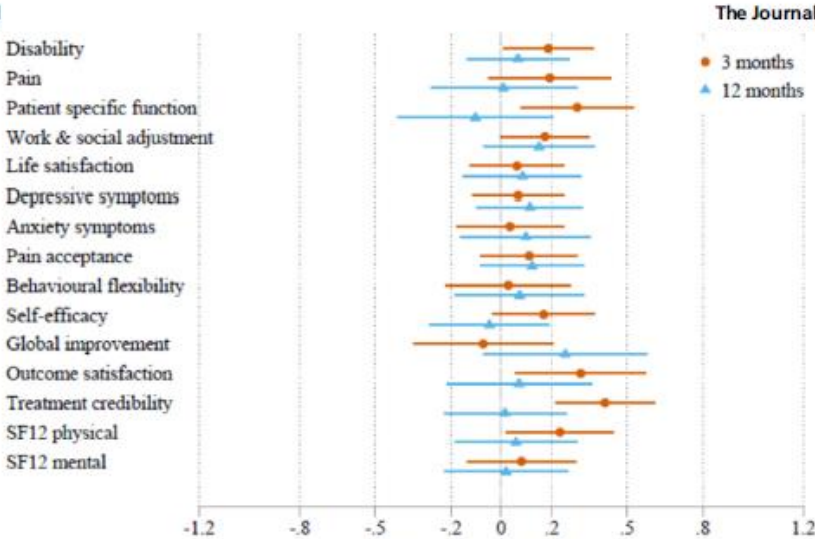
Physical Therapy Informed by Acceptance and Commitment Therapy (PACT) Versus Usual Care Physical Therapy for Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial



Emma Godfrey,*,[§] Vari Wileman,*, Melissa Galea Holmes,*, Lance M. McCracken,*, Sam Norton,*, Rona Moss-Morris,*, Sandra Noonan,[†] Massimo Barcellona,[‡] and Duncan Critchley[§]

[§]Health Psychology Section, Department of Psychology, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK, [†]Guy's and St Thomas' Hospital NHS, St Thomas' Hospital, London, UK, [‡]King's College Hospital NHS Foundation Trust, London, UK, [§]Department of Physiotherapy, School of Population Health and Environmental Sciences, Faculty

Godfrey et al



PM R 11 (2019) 167-176



www.pmrjournal.org

Analytical-Systematic Review

The Influence of Cognitive Behavioral Therapy on Pain, Quality of Life, and Depression in Patients Receiving Physical Therapy for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review

Abdolhamid Hajihasani, PhD, PT, Mitra Rouhani, MSc, PT, Mahyar Salavati, PhD, PT, Rosita Hedavati, PhD, PT, Amir H. Kahlaee, PhD, PT ^{1b}

Table 3
The findings of the analyzed studies for each of the CLBP-related outcome measures

Article variable	Khan et al 2014 ³	Monticone et al 2013 ⁵⁰	Altmaier 1991 ⁵¹	Nicholas et al 1991 ⁵⁸	Nicholas et al 1991 ⁵⁸	Schweikert et al 2006 ⁵⁶	Turner et al 1990 ⁵⁷	Smeets et al 2006 ³⁸	Vong et al 2011 ⁵³	Vong et al 2011 ⁵³
Pain	(+)	(+)	NS	(+)	NS	NS	NS	NS	(+)	(+)
Disability	(+)	(+)	NS	---	---	---	---	NS	(+)	(+)
Quality of life	---	(+)	---	---	---	NS	NS	NS	(+)	---
Depression	---	---	---	NS	NS	NS	NS	(-)	---	---
Functional capacity	---	---	NS	(+)	(+)	NS	NS, (+)	NS, (+)	---	---

The “+” and “-” signs are indicative of a positive effect in favor of CBT + PT protocol over PT and vice versa, respectively. NS: The impact of the protocols was not significantly different “---”: The outcome measure was not assessed in the study. In cases when more than one variable was used to measure the outcome.

In half of the studies, the addition of CBT to PT resulted in benefits of pain and disability reduction, enhanced functional capacity, and improved quality of life. In the other half, no extra benefit was achieved from addition of the CBT component to routine PT.



Merci

