

THERAPIE DE PLEINE CONSCIENCE, THERAPIE D'ACCEPTATION ET
D'ENGAGEMENT ET DOULEUR CHRONIQUE

Monestès, J.L.

Service Universitaire de Psychiatrie - Neurosciences Fonctionnelles & Pathologies

CNRS FRE 2726 - Centre Hospitalier Ph. Pinel - Route de Paris –DURY

80044 AMIENS CEDEX 1 – France

03.22.53.46.41

g08.moneste@ch-pinel.fr

Vuille, P.

Psychiatre et psychothérapeute FMH

Moulins 51

2004 Neuchâtel 4

Suisse

Serra, E.

Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

Centre Hospitalier Universitaire

80054 AMIENS - France

RESUME

Le mécanisme de l'évitement a été mis en évidence comme à l'origine du maintien des phénomènes de douleur chronique. Le concept de kinésiophobie en constitue un exemple fort bien documenté. La thérapie de pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement, deux modèles psychothérapeutiques proches des thérapies cognitives et comportementales, se développent depuis quelques années pour la prise en charge de différents troubles. Plusieurs applications de ces modèles psychothérapeutiques ont été menées pour le traitement des patients douloureux chroniques et laissent apparaître des résultats encourageants.

La thérapie d'acceptation et d'engagement comme la thérapie de pleine conscience postulent que les évitements comportementaux et cognitifs constituent la base des difficultés des patients douloureux chroniques et sont à l'origine du maintien des douleurs. Ces démarches proposent une prise de conscience volontaire et progressive de la douleur, qui a vocation à devenir complète dans un but d'exposition thérapeutique incluant les pensées. Cet article vise à présenter la démarche de la thérapie d'acceptation et d'engagement et de la thérapie de pleine conscience, ainsi que les premiers résultats obtenus par ces méthodes.

Mots clés : douleur chronique, thérapie de pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement, kinésiophobie

Keywords : chronic pain, mindfulness therapy, acceptance and commitment therapy, kinesiophobia

1 Introduction

Au cours de ces dernières années, deux modèles thérapeutiques proches se sont développés en parallèle. L'un d'entre eux, la thérapie de pleine conscience¹, puise ses fondements dans la méditation bouddhiste, utilisée comme un outil thérapeutique sans ses aspects métaphysiques. L'autre, la thérapie d'acceptation et d'engagement², se fonde sur des travaux expérimentaux sur le langage. Tous deux visent à limiter les évitements cognitifs et comportementaux, qu'ils considèrent à la source de nombreux troubles. Les deux modèles constituent des prolongements de la thérapie cognitive et comportementale des douloureux chroniques, dont les bases ont été proposées par Fordyce [1] (pour une revue, voir [2][3]). Ces approches ne sont pas nouvelles puisque les premiers travaux remontent à 1982 dans les travaux de Kabat-Zinn [4], mais elles ont connu dernièrement un regain d'intérêt.

Les deux modèles ont donné naissance à des recherches cliniques dans de nombreux domaines : dépression, phobies, troubles obsessionnels compulsifs, trichotillomanie, symptômes psychotiques, addictions, stress, et douleur chronique.

Nous présenterons tout d'abord les évitements repérés dans les problématiques de douleur chronique, puis nous aborderons les méthodes déjà utilisées pour les contrer, mises en place notamment par la thérapie cognitive et comportementale. Nous terminerons par une présentation des apports de la thérapie de pleine conscience et de la thérapie d'acceptation et d'engagement.

¹ « Mindfulness therapy » en anglais, on trouve aussi l'appellation « Mindfulness Based Cognitive Therapy », MBCT - thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

² Acceptance and Commitment Therapy, en anglais –ACT, acronyme que les cliniciens francophones pratiquant cette forme de thérapie ont décidé de conserver.

2 Douleur chronique et évitements

Les évitements sont au cœur des problématiques de douleur chronique. Ils prennent des formes multiples : évitements de situations, d'activités, de mouvements ou encore de pensées. Les évitements conduisent le plus souvent à l'apparition d'un cercle vicieux. Eviter une activité conduit le plus souvent à court terme à la disparition ou à l'absence d'apparition d'une douleur, renforçant d'autant l'usage futur d'autres évitements. Les évitements se généralisent ainsi très rapidement. Ils interdisent au sujet de constater si la douleur redoutée serait réellement apparue, et participent à une perte d'autonomie, une diminution des activités, à un repli sur soi. Ils sont souvent à l'origine des affects dépressifs retrouvés chez nos patients.

2.1 Les évitements comportementaux

Au niveau comportemental, les évitements se manifestent par une diminution marquée des activités, celles à l'origine de douleurs dans un premier temps. Ils peuvent consister en un arrêt du travail, ne plus se rendre à son club de gym, ne plus aller au cinéma ou au théâtre pour ne pas rester assis trop longtemps, ne plus recevoir d'amis pour pouvoir aller s'allonger à tout moment, etc. C'est finalement toute activité sociale et/ou professionnelle qui peut être supprimée.

2.2 La kinésiophobie

Le concept de kinésiophobie [5], défini comme la peur du mouvement et de l'apparition ou réapparition de douleur ou de blessure, rassemble un groupe d'évitements du mouvement. Le patient va développer une peur de tout mouvement qui pourrait être à l'origine d'une douleur et progressivement supprimer ces mouvements.

2.3 Le catastrophisme

Les patients présentant un style de pensée catastrophiste ont tendance à présenter des croyances négatives sur l'évolution de leurs troubles. Le patient imagine que ses douleurs vont empirer et que son autonomie va progressivement se réduire. Les patients présentant une tendance marquée au catastrophisme ont une activation des zones cérébrales liées à l'anticipation de la douleur et à l'attention portée à la douleur [6] qui laissent envisager une sensibilité accrue.

Un style de pensée catastrophique ne constitue pas à proprement parler un évitement. Le problème est que ce type de cheminement de pensée est rarement mené à son terme par les patients. Ces derniers imaginent les conséquences catastrophiques qui pourraient apparaître, mais poussent rarement la réflexion à son terme. C'est là que les évitements de pensée peuvent faire leur apparition : les patients envisagent involontairement les catastrophes qui pourraient apparaître, mais tentent le plus souvent de distraire leur attention de ces pensées qui déclenchent chez eux de l'anxiété et parfois même des douleurs. Ce faisant, ils s'interdisent de mettre à leur disposition toutes les informations dont ils pourraient disposer et créditent encore d'avantage le fait que cette issue est probable et la plus dramatique qui soit. Par ailleurs, comme pour tout évitement, plus les patients parviennent effectivement à distraire leur attention de ces pensées douloureuses, plus cette démarche est renforcée et tendra à se reproduire, laissant le patient encore d'avantage paniqué à l'idée que ses pires pensées ne se réalisent.

Enfin, la lutte contre les pensées intrusives conduit le plus souvent paradoxalement à leur réapparition [7]. Les stratégies de contrôle des pensées associées à la douleur ont été mises en évidence comme à l'origine d'une moins grande tolérance à la douleur et d'un vécu plus douloureux [8]. Parmi les douloureux chroniques, les personnes qui répriment leurs

pensées et souvenirs désagréables sont par ailleurs moins à même d'être aidées par des traitements antalgiques [9].

Ces catégories d'évitements ont en commun de constituer des actions mises la plupart du temps délibérément en œuvre par les patients afin de contrôler leurs douleurs et les émotions qui s'y rattachent. Elles correspondent à la lutte que mène le patient pour qu'aucune douleur n'apparaisse. Si cette démarche de contrôle de la douleur peut être adaptée et efficace lorsqu'elle apparaît peu fréquemment, elle peut devenir problématique lorsqu'elle devient l'unique rapport du patient à ses douleurs et qu'il continue à vouloir contrôler la douleur même lorsque cela s'avère inefficace. Le plus souvent, les évitements conduisent à une diminution à court terme des douleurs et de leurs retentissements, mais se révèlent délétères à plus long terme.

3 L'exposition dans la prise en charge des douleurs chroniques

Cette tendance aux évitements a été très tôt repérée dans les problématiques de douleur chronique et a conduit à la mise en place de démarches visant à les limiter, notamment au travers de l'initiation de programmes de reprise d'activité et dans la prescription d'antalgiques en continu. La lutte contre les pensées catastrophiques constitue également un des axes de la thérapie cognitive des patients douloureux chroniques.

3.1 Programmes de reprises d'activité

Afin de limiter l'isolement et la perte d'autonomie, on peut proposer au patient de constituer un programme de reprise d'activités modéré et progressif. Outre la reprise d'activités pouvant être à l'origine de plaisir, ces programmes permettent également de contrer les évitements comportementaux. Le patient parvient ainsi à constater directement que toutes les activités ne sont pas systématiquement à l'origine de douleur, ce dont il ne peut se rendre compte quand il les évite systématiquement. Pour cette raison, la reprise d'activité

constitue également une exposition progressive aux situations qui sont redoutées par le patient. De même, en favorisant la reprise de certains mouvements, la reprise d'activité contribue à une exposition qui va à l'encontre des évitements déclenchés par la peur de l'apparition ou de la réapparition de douleurs [10]. A ce titre, la kinésithérapie est un bon moyen de lutter contre les évitements engendrés par la kinésiophobie, à la condition qu'elle soit clairement inscrite dans un programme médical comportemental.

3.2 Prescription d'antalgiques en continu

La prescription d'antalgique en continu plutôt que « si besoin » est une autre forme de travail sur les évitements. Lorsqu'un traitement par antalgique est prescrit « si besoin », un des problèmes est que les patients relient la prise du médicament au soulagement (dans le meilleur des cas). Cela constitue un problème car la séquence à laquelle le patient est confronté est souvent : mouvement ou activité, douleur, antalgique, soulagement. C'est ce qu'on appelle un échappement. Le patient va chercher à contrôler sa douleur par la prise d'un médicament dont l'efficacité n'apparaîtra qu'après coup. Ces échappements peuvent se transformer en évitements : évitement des mouvements potentiellement dangereux, évitement des activités liées à ce mouvement, voire, de façon plus subtile, prise anticipée d'un médicament antalgique. Dans cette dernière forme d'évitement, les patients prennent alors un antalgique avant que n'apparaisse la douleur, par exemple avant de devoir faire une longue marche ou avant de se rendre au supermarché. Mais ils ne peuvent à nouveau pas constater si la douleur serait effectivement apparue et ont alors tendance à augmenter leur consommation d'antalgiques par « précaution », pour un nombre toujours plus important d'activités. Une prise d'antalgiques en continu, lorsqu'elle est indiquée, permet de ne plus faire suivre systématiquement un mouvement de douleurs. Elle permet de ne plus avoir à anticiper négativement un événement douloureux, tantôt prévisible, tantôt surprenant, mais toujours redouté. Le traitement continu ou traitement de fond permet d'anticiper l'événement

douloureux avec moins d'appréhension. Il autorise alors une prise d'antalgiques à la demande pour une crise douloureuse comme dans les accès douloureux paroxystiques liés au cancer ou comme dans la migraine.

3.3 Scénario du pire

Au cours d'une thérapie cognitive, il arrive que le thérapeute fasse verbaliser au patient les pires catastrophes qu'il imagine en lien avec ses douleurs chroniques. Au moyen de la technique de la flèche descendante qui consiste à demander au patient d'expliquer les conséquences de chacune des étapes qu'il imagine, on met au jour des conséquences dramatiques que le patient envisage, parfois sans que celui-ci ait pleinement conscience d'avoir ce genre de scénario catastrophe en tête. La mise en évidence de tels enchaînements de pensée constitue là encore une exposition qui va à l'encontre des évitements.

4 Thérapie de pleine conscience - Thérapie d'acceptation et d'engagement

Comme nous venons de le voir, les évitements sont très présents dans les problématiques de douleurs chroniques et sont à l'origine d'un maintien des douleurs et des émotions qui y sont associées. Ces évitements sont déjà la cible thérapeutique de nombreuses démarches de soin. La thérapie de pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement font de ces évitements des cibles thérapeutiques privilégiées. Outre les évitements comportementaux, les deux modèles thérapeutiques vont chercher à lutter contre les évitements des pensées qui y sont associés.

4.1 Ancrages théoriques

4.1.1 La thérapie de pleine conscience

La thérapie de pleine conscience correspond à l'utilisation de techniques de méditation issues du bouddhisme dans un but thérapeutique. Cette origine étonne de prime abord. Mais le recours aux techniques issues du bouddhisme se fait en dehors de toute référence métaphysique ou religieuse. Il s'agit de faire de la méditation un outil thérapeutique qui doit être confronté à la clinique et à l'expérimentation. La thérapie de pleine conscience constitue une approche qui vise à développer la capacité à devenir pleinement conscient de ses expériences. Dans le cas de la douleur chronique, son but est de changer la relation du patient à sa douleur. Les patients vont progressivement apprendre à amener délibérément leur attention sur les sensations physiques spécifiques de la douleur au lieu de chercher à les contrôler ou s'en distraire. L'appropriation d'une attitude générale de curiosité permet de mettre à distance les résistances et de percevoir la douleur comme un ensemble de sensations variées et plus uniquement comme « douleur ». La thérapie de pleine conscience va essentiellement consister en un travail sur la respiration et la conscience du corps que nous décrivons ci-dessous.

4.1.2 La thérapie d'acceptation et d'engagement

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) repose sur des travaux menés dès le début des années 80 par Hayes [11] et ses collègues sur les processus d'apprentissage relationnel qui rendent possible le langage. Ces travaux ont mis en lumière comment ces processus, entraînés durant la période d'apprentissage du langage et constamment renforcés par la suite en raison des succès qu'ils permettent, ont aussi des effets délétères. Ils nous amènent en effet à réagir à certaines de nos sensations physiques et de nos pensées comme à des stimuli aversifs que nous allons inévitablement tenter d'éviter, de modifier ou d'éliminer. Ils ont aussi pour conséquence que les fonctions aversives des contenus psychiques

indésirables sont automatiquement transférées aux élaborations que nous allons construire dans le but d'éliminer les expériences déplaisantes. Ces mécanismes expliquent comment le phénomène de la douleur peut devenir particulièrement problématique chez l'être humain : plus il essaie de s'en débarrasser, plus elle devient omniprésente et obsédante. Cet «effet secondaire» de l'instrument qui a assuré notre réussite a pour conséquence une amplification marquée des processus d'évitement de la douleur. Nos évitements vont bien au-delà de l'aspect adaptatif inhérent à la mise au repos de structures anatomiques lésées.

4.2 Principes de la prise en charge

Les deux modèles théoriques décrits précédemment se rejoignent globalement dans leurs applications thérapeutiques. Leur objectif principal va donc être un travail sur les évitements au travers d'une prise de conscience volontaire de la douleur, du corps, et des pensées telles qu'elles arrivent involontairement à l'esprit.

Les deux approches visent à étendre les expositions, à ramener les pensées inflexibles concernant la douleur à des actes de pensée sans signification supplémentaire, et à aider le patient à définir les valeurs vers lesquelles il souhaite œuvrer. L'exposition est ici plus globale et concerne les indices proprioceptifs, les sensations douloureuses, et toutes les pensées, émotions et souvenirs qui s'y rapportent et que les patients ont l'habitude d'éviter [12]. Par exemple, une exposition aux pensées négatives associées à la douleur peut être proposée, ce qui constitue une différence notable de démarche avec la thérapie cognitive dans laquelle la nature irrationnelle des pensées négatives est mise en lumière. Concernant les pensées associées à la douleur, ce n'est pas leur contenu qui est discuté, mais la réaction du patient face à ces pensées. Dans ces modèles thérapeutiques, le patient est invité à considérer ses pensées pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire de simples événements mentaux qu'il peut observer de façon de plus en plus distanciée, comme d'autres productions de l'esprit. Le patient va, là encore, progressivement apprendre à en prendre conscience et à les accepter. Notons que le

terme d'acceptation est utilisé dans une version active : il ne s'agit pas d'un renoncement ou d'une abdication devant la douleur, qui constituerait une acceptation « passive », mais d'une démarche globale de curiosité et d'investigation de la douleur qu'on peut qualifier d'acceptation « active », au sens d'exposition volontaire à la sensation de douleur et aux émotions qui s'y rapportent. Fort de cette acceptation active, le patient peut s'orienter vers les valeurs qui l'animaient avant l'apparition des douleurs et auxquelles il a plus ou moins renoncé. Pour ces deux modèles thérapeutiques, la douleur qui gouverne complètement la vie des patients peut et doit progressivement devenir une expérience simple, à considérer au même titre que les autres expériences. Enfin, les deux modèles intègrent également une utilisation des méthodes traditionnelles d'exposition décrites ci-dessus.

L'utilisation de la méditation en tant qu'outil thérapeutique est la pierre angulaire de ces deux approches. La méditation correspond à un moyen d'apprendre à focaliser intentionnellement son attention. A ce titre, elle contribue à lutter contre les évitements dont les patients ont une grande habitude. Dans la thérapie de pleine conscience, cette méditation passe par une attention focalisée sur la respiration dans un premier temps, puis sur les différentes sensations physiques au moyen d'un « *body scan* » au cours duquel l'attention est portée successivement sur les différentes parties du corps. Au cours de ces exercices, les pensées intrusives sont fréquentes. Le patient a pour consigne de ne pas chercher à les chasser. Il lui est expliqué qu'elles sont impossibles à éviter et on lui suggère d'en prendre note, de les remarquer, et de revenir simplement à la focalisation de son attention sur sa respiration ou la partie du corps qu'il était occupé à explorer. Il s'agit alors d'une première approche de changement de regard sur les pensées, dont le contenu n'est plus crédité ni considéré comme une « vérité », mais simplement comme un phénomène simple dont on peut prendre connaissance tout en poursuivant l'activité en cours. Par la suite, l'attention est portée sur les parties douloureuses du corps, toujours dans l'idée d'une découverte bienveillante d'un

phénomène qu'il n'est pas possible de maîtriser, malgré les efforts. Enfin, et selon les cas, ce sont les pensées négatives elles-mêmes qui seront mises au centre de l'attention, afin de les considérer comme des événements mentaux et non comme une perception exacte de la réalité.

Le langage nous permet d'orienter nos comportements en fonction de valeurs offrant des perspectives allant au-delà d'expériences de satisfaction à court terme. La thérapie d'acceptation et d'engagement met particulièrement l'accent sur ce concept. Elle part du principe que, quelles que soient la gravité et l'aspect éventuellement tragique de la situation dans laquelle nous nous trouvons, nous avons la possibilité de faire des choix guidés par les valeurs qui comptent profondément pour nous. La manière dont la thérapie d'acceptation et d'engagement conçoit les aspects problématiques du simple fait de savoir penser avec des mots permet d'établir avec le patient une relation thérapeutique dans laquelle ses perceptions sont validées puisqu'il est invité à mettre en question non pas ce qu'il pense et ce qu'il ressent, mais la façon dont sa vie s'éloigne de ce qui compte vraiment pour lui quand il laisse ses pensées et ses sensations physiques prendre le contrôle de ses actions. Les valeurs propres du patient peuvent ainsi être mobilisées comme un puissant levier motivationnel au service du réengagement dans l'activité. En même temps qu'elle tire parti de l'aspect constructif des processus fondant le langage, la démarche thérapeutique vise à en affaiblir l'impact là où il est destructeur. Elle aide le patient, notamment par des métaphores et des exercices expérientiels, à acquérir des stratégies dont le but est le même que celui des exercices de méditation utilisés par les thérapies de pleine conscience : permettre le développement d'une capacité de distanciation, c'est-à-dire de l'aptitude à retrouver dans la position de l'observateur un espace de sécurité à partir duquel des choix moins marqués par la nécessité d'éviter les pensées et les sensations physiques aversives deviennent possibles. Pour utiliser le langage métaphorique volontiers utilisé par la thérapie d'acceptation et d'engagement, le patient apprend à se vivre comme «le ciel» et non comme «le temps qu'il fait», c'est-à-dire qu'il apprend à se vivre

comme le lieu d'où il peut prendre note de ses sensations physiques et de ses pensées plutôt que comme un être qui se confondrait avec ses sensations physiques et ses pensées.

Il acquiert ainsi la possibilité de passer d'une position où ce sont ses douleurs qui le «possèdent» à une autre où c'est lui qui a les douleurs. Il peut alors plus aisément choisir où il veut aller et ce qu'il veut faire avec ses douleurs, dans une attitude d'acceptation active où elles sont accueillies et respectées mais où il n'a plus à mettre toute sa vie au service de l'espoir sans cesse déçu de s'en débarrasser.

4.3 Premiers résultats

4.3.1 Travaux expérimentaux

Des évaluations sans intervention ont d'abord mis en évidence l'acceptation comme facteur de meilleur pronostic que les stratégies de coping. Par exemple, 70 sujets ne souffrant d'aucune douleur ont été confrontés à une sensation désagréable de froid au niveau de la main. Les participants qui avaient recours à des stratégies de distraction de l'attention ou d'évitement de la douleur supportaient moins facilement et moins longtemps la douleur. De plus, la durée de disparition de la douleur une fois la stimulation terminée était plus longue pour ces sujets [13].

Par ailleurs, d'autres travaux montrent que les patients présentant une plus grande acceptation de leur douleur ont moins d'éléments dépressifs, moins d'anxiété par rapport à la douleur, un retentissement moins important de la douleur sur le fonctionnement social et professionnel, et finalement une intensité de douleurs moindre [14]. L'acceptation est évaluée dans ces travaux au moyen d'un questionnaire, le « Chronic Pain Acceptance Questionnaire » ou sa version révisée [15].

4.3.2 Recherches cliniques

Certaines interventions cliniques pionnières remontent maintenant à une vingtaine d'années. Les premiers travaux [16] ont montré des différences entre des patients participant à

un programme de relaxation et de pleine conscience de 10 semaines et d'autres recevant une prise en charge classique de leurs douleurs. Les patients ayant participé au programme de pleine conscience montraient une amélioration significative en termes de ressenti de leur douleur, d'inhibition de l'activité, ainsi qu'au niveau des affects anxieux et dépressifs. Ils avaient par ailleurs diminué leurs prises d'antalgiques. Ces résultats s'étaient maintenus 15 mois plus tard.

McCracken et al. [17] ont proposé une prise en charge intensive aux 108 patients d'un groupe de douloureux chroniques, dont une moitié de lombalgiques. La durée moyenne des douleurs pour ces patients était de 132 mois. Le traitement mis en place par une équipe pluridisciplinaire occupait 5 jours par semaine pendant 3 à 4 semaines, dans un travail en petits groupes. Le traitement consistait en une focalisation graduée de l'attention sur les différentes parties du corps (« body-scan »), une exposition aux pensées et aux sentiments liés à l'expérience douloureuse, ainsi que d'autres exercices de méditation de pleine conscience. Les résultats obtenus étaient comparés aux évaluations réalisées lorsque les mêmes patients étaient sur liste d'attente. Ces résultats montrent notamment une augmentation significative du nombre d'activités entreprises, une réduction de 41% du taux de dépression et de 61% du temps passé au repos en raison des douleurs. Ces résultats se sont maintenus au cours des trois mois suivants.

Plus récemment, Burch et al. [18] ont comparé un programme de thérapie de pleine conscience à la prise en charge habituellement proposée à des douloureux chroniques. Leur groupe de 81 sujets présentait des affections hétérogènes : lombalgie, arthrite, fibromyalgie, douleurs post-opératoires, douleurs cancéreuses, etc. Les patients inclus dans le programme de thérapie de pleine conscience ont obtenu en moyenne une diminution de l'intensité de leurs douleurs ressenties ainsi qu'une amélioration de leur humeur par rapport à ceux du groupe pris en charge de la façon habituelle.

Dans une étude préliminaire, randomisée mais portant sur un petit nombre (19) de cas d'employés d'un service national de santé publique en situation à haut risque d'incapacité de travail de longue durée pour des problèmes de stress et de douleurs chroniques, Dahl et al. [12] ont comparé l'évolution d'un groupe de patients qui avaient reçu le traitement médical habituel et celle d'un groupe qui avait bénéficié, en plus du traitement habituel, de 4 séances d'une heure de thérapie d'acceptation et d'engagement. Six mois plus tard, les patients qui avaient reçu l'intervention ACT présentaient une diminution significative des absences pour raison de maladie et de la demande de mesures médicales par rapport au groupe témoin, malgré l'absence de différences entre les deux groupes quant à l'intensité des douleurs et des symptômes de stress. Ce résultat suggère que l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement repose bien sur une modification du rapport que le patient entretient avec ses symptômes plutôt que sur une réduction de la symptomatologie.

Enfin, l'intérêt de la thérapie d'acceptation et d'engagement a également été montré dans un groupe de 14 adolescents (âge moyen 17 ans) souffrant de douleurs chroniques idiopathiques [19].

5 Conclusion

La thérapie de pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement constituent deux modèles thérapeutiques proches qui connaissent un développement rapide ces dernières années. Les deux modèles visent à étendre le travail sur les évitements par un centrage de l'attention sur les différentes parties du corps, sur les douleurs, ainsi que sur les pensées et émotions qui s'y rapportent. Ces méthodes thérapeutiques essaient d'amener le patient à ne pas se distraire de sa douleur ou à la fuir, mais à adopter une démarche d'acceptation active dans le but de pouvoir de nouveau dégager son attention de la douleur ou de son éventuelle (ré)apparition. On s'éloignerait des stratégies habituelles de coping pour s'orienter vers un principe d'acceptation. A ce titre, ces modèles constituent un prolongement

des méthodes d'exposition utilisées en thérapie cognitive et comportementale. Plusieurs travaux expérimentaux mettent en évidence l'importance des évitements et des stratégies de contrôle dans le maintien des douleurs. Quelques recherches cliniques ont permis d'envisager un intérêt de l'utilisation des méthodes de méditation dans le traitement des patients douloureux chroniques. Si les résultats obtenus sont encourageants, ils sont encore épars et ne sont pas issus de méthodologies de recherche permettant d'en assurer la pertinence. Pourtant, l'engouement pour ces méthodes est grandissant comme en témoigne le nombre de publications sur le sujet, ainsi que la parution de manuels de thérapeutes [20] ou d'ouvrages destinés au grand public [21]. Ces méthodes méritent d'être évaluées plus avant afin d'en envisager l'intégration dans les prises en charges actuelles.

ELEMENTS A RETENIR

Les évitements cognitifs ou comportementaux constituent des facteurs prépondérants dans le maintien des douleurs.

La thérapie de pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement prolongent le travail sur les évitements réalisés par les patients au moyen d'un développement d'une focalisation de l'attention.

Ces thérapies se fondent sur la méditation et la décentration de l'individu par rapport à ses perceptions, pensées et émotions.

Les résultats obtenus par ces modèles thérapeutiques sont encourageants mais encore trop peu nombreux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Fordyce WE. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis : Mosby company 1976.
- [2] Boureau F. Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique. *Douleur et Analgésie* 1999 ; 4 : 265-273.
- [3] Monestès JL, & Serra E. Modèles cognitifs et comportementaux dans la compréhension du phénomène de douleur chronique. *Douleurs* 2005 ; 6 : 122-129.
- [4] Kabat-Zinn J. An out-patient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982; 4 : 33-47.
- [5] Kori SH, Miller RP, & Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management* 1990 ; 3 : 35-43.
- [6] Gracely RH, Geisser ME, Giesecke T et al. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain* 2004; 127 : 835-843.
- [7] Wegner D, Schneider D, Carter S, & White T. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53 : 5-13.
- [8] Gutierrez O, Luciano C, Rodriguez M, Fink B. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain : Research on acceptance and commitment therapy. *Behavior therapy* 2004; 35 : 767-783.
- [9] Burns JW. Repression predicts outcome following multidisciplinary treatment of chronic pain. *Health Psychol* 2000; 19 : 75–84.
- [10] Vlaeyen JW, de Jong J, Geilen M, Heuts PH, & van Breukelen G. The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clin J Pain* 2002 ; 18 : 251-61.

-
- [11] Hayes SC. A contextual approach to therapeutic change. In Jacobson N (Ed) *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford; 1987: 327-387.
- [12] Dahl J, Wilson K, & Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy* 2004; 35 : 785-801
- [13] Feldner MT, Hekmat H, Zvolensky MJ, Vowles KE, Secrist Z, Leen-Feldner EW. The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: a laboratory test. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37 : 146-58
- [14] L.M. McCracken and C. Eccleston, Coping or acceptance: what to do about chronic pain, *Pain* 2003; 105 : 197–204.
- [15] McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004; 107 : 159-66.
- [16] Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med* 1985; 8 : 163-90.
- [17] McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behav Res Ther.* 2005; 43 : 1335-46.
- [18] Burch V, Hennessey G, & Fricker S. The Breathworks Self-Management Mindfulness-Based Pain Management Programme: Measuring its Effectiveness using Qualitative and Quantitative Research. *Breathworks Research Article* 2006; june.
- [19] Wicksell R, Melin L, & Olsson G. Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain – A pilot study. *European Journal of Pain à paraître*.

[20] Dahl J, Wilson K, Luciano C, & Hayes S. *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Reno, NV: Context Press 2005.

[21] Dahl J, & Lundgren T. *Living Beyond Your Pain: Using Acceptance and Commitment Therapy to Ease Chronic Pain*. Oakland, CA: New Harbinger 2006.