

DIGNITY Publication Series on
Torture and Organised Violence
Praxis Paper

#26

INTERVENTIONS POUR LES KINESITHÉRAPEUTES TRAVAILLANT AVEC DES SURVIVANTS DE TORTURE

Avec une attention particulière sur la douleur chronique, le SSPT et les troubles
du sommeil

Hanne Frank Nielsen

DIGNITY 
DANISH
INSTITUTE
AGAINST TORTURE

INTERVENTIONS POUR LES KINESITHÉRAPEUTES TRAVAILLANT AVEC DES SURVIVANTS DE TORTURE

AVEC UNE ATTENTION PARTICULIÈRE SUR LA DOULEUR CHRONIQUE, LE SSPT ET LES
TROUBLES DU SOMMEIL

Par Hanne Frank Nielsen

Relecture et traduction technique par Hanne Pilon kinésithérapeutes est formée à l'école des kinésithérapeutes à Copenhague (février 1992.)

*INTERVENTIONS POUR LES KINÉSITHÉRAPEUTES TRAVAILLANT
AVEC DES SURVIVANTS DE TORTURE*

*Avec une attention particulière sur la douleur chronique, le SSPT et
les troubles du sommeil*

Hanne Frank Nielsen

Relecture et traduction technique par Hanne Pilon kinésithérapeutes est formée à l'école
des kinésithérapeutes à Copenhague (février 1992.)

Séries de publication DIGNITY sur la torture et la violence organisée N° 26

© L'auteur et DIGNITY

DIGNITY – Institut Danois Contre La Torture
Bryggervangen 55
2100 Copenhague O
www.dignity.dk

Première version en anglais imprimé au Danemark 2014

ISBN 978-87-93675-11-7 (impression)

Contents

Avant-Propos	9
CHAPITRE 1: Initier des Interventions brèves pour les kinésithérapeutes travaillant avec des survivants de torture	10
Contexte	10
Le Modèle de Résolution de Problèmes	11
Interventions globales	11
Points à retenir	12
Préoccupations particulières lorsque l'on travaille avec des survivants de torture souffrant d'un Syndrome de Stress post-traumatique (SSPT)	15
Documentation	18
CHAPITRE 2 : La douleur chronique chez les survivants de torture	19
Définitions	19
La douleur chronique chez les survivants de torture	19
Mécanismes de la Douleur - Théories actuelles de la douleur	20
Le modèle biopsychosocial	21
Réflexions sur les mécanismes de la douleur chronique chez les survivants de torture	22
Mécanismes périphériques	23
Mécanismes centraux	26
Intervention globale et travail d'équipe interdisciplinaire	29
Prise en charge globale de la douleur chronique	31
OUTIL 1 : Éducation et compréhension – « Comprendre la douleur pour ne pas la craindre »	32
OUTIL 2 : Prise de conscience	34
OUTIL 3 : Activité – «Ce qui ne sert pas se perd »	35
OUTIL 4 : Réduction du stress physique - comment réduire l'excitabilité et la tension	37

CHAPITRE 3 : Syndrome de stress posttraumatique (SSPT), hyper excitabilité et réactions physiques	39
Définition	39
Description du problème	40
Symptômes	42
Intervention interdisciplinaire	43
Évaluation et intervention en kinésithérapie	44
Suivi et évaluation	46
Documentation	48
CHAPITRE 4 : Troubles du sommeil	49
Phases du sommeil	49
De combien d’heures de sommeil avons-nous besoin ?	51
Santé et sommeil	51
Conséquences du manque de sommeil	52
Causes mentales et physiques communes des troubles du sommeil	53
Évaluation	54
Traitement	55
Positions de repos	57
Documentation	58
Annexes	59
Annexe 1 : Entraînement à la relaxation musculaire progressive	59
Annexe 2 : Exercices de prise de conscience de la respiration	62
Annexe 3 : Relaxation profonde grâce à la visualisation agréable	65
Annexe 4 : Distraction de l’attention	67

Avant-Propos

La kinésithérapie pour les survivants de torture partage de nombreux aspects avec d'autres types de kinésithérapie. On applique le même processus de raisonnement clinique et la même méthodologie que pour tout autre patient. Cela dit, les survivants de torture présentent également une symptomatologie spécifique. En raison de leur vulnérabilité prononcée, une attention particulière doit être accordée à la manière d'établir une relation et de construire une alliance de travail de confiance avec ces patients. Le chapitre 1 est focalisé sur ce sujet.

Certains symptômes sont typiques chez les survivants de torture. Un chapitre a été consacré à chacun des trois symptômes les plus importants : « douleur chronique », « réactions corporelles au stress » = « syndrome de stress post-traumatique - SSPT » et « troubles du sommeil ». L'objectif de ces chapitres n'est pas de traiter de façon exhaustive toutes les questions de la kinésithérapie pour les survivants de torture, mais plutôt de mettre en évidence certains domaines clés dans lesquels les kinésithérapeutes peuvent grandement contribuer à soulager les problèmes du patient. Le traitement d'autres séquelles liées à la torture, par exemple les symptômes dus à la « falanga » ou à la suspension, sera couvert dans des publications ultérieures.

DIGNITY coopère avec plusieurs pays partenaires différents. À l'origine, cette publication était destinée à fournir une brève description des outils en kinésithérapie qui pourraient être utilisés dans les configurations où, pour une raison ou une autre, les patients ne peuvent assister à la thérapie que quelques fois. Cependant, tout en développant ces outils, l'équipe clinique a réalisé que la même connaissance de base théorique était nécessaire pour concevoir des interventions plus courtes que pour des interventions plus longues. Pour cette raison, le document est devenu plus élaboré que prévu à l'origine.

Le développement de ce document s'est déroulé sur une longue période et a impliqué l'aide et la bonne volonté de nombreuses personnes. Je voudrais remercier les personnes suivantes pour leur patience et leur aide : un grand merci particulier à Peter B. Polatin, M.D, M.P.H. Merci aussi à Mme Karen Prip, PhD, kinésithérapeute, et à mes collègues en kinésithérapie de DIGNITY : Mme Anne Mette Karrer, Mme Anette Klahr, Mme Laila Jacobsen, Mme Lis Termansen, et Mme Lone Tived Salem.

Nous espérons que cette publication fournira des directives pratiques afin d'aider le clinicien à identifier quels sont les problèmes les plus urgents et quels sont les outils en kinésithérapie les plus utiles pour chaque patient. Nous notons que ce document a été utilisé comme outil pédagogique dans plusieurs pays partenaires de DIGNITY avec de bons résultats.

Hanne Frank Nielsen

CHAPITRE 1: Initier des Interventions brèves pour les kinésithérapeutes travaillant avec des survivants de torture

Contexte

Dans de nombreux pays partenaires de DIGNITY, l'accès à la réadaptation physique peut être une difficulté. Les effectifs des équipes de réadaptation sont peu nombreux et le traitement peut être coûteux. Même si le traitement peut être proposé à titre gratuit, les patients peuvent ne pas être en mesure d'y assister régulièrement en raison des mauvaises routes, de l'absence de transport, du manque de financement pour le transport ou d'obligations professionnelles.

Pour faire face à ces défis, DIGNITY développe une intervention de traitement physique conçue pour les kinésithérapeutes, qui travaillent avec des survivants de torture dans des pays du tiers monde avec des ressources limitées. La Thérapie brève est conçue pour être dispensée dans un nombre limité de séances en tant qu'intervention minimale. Comme les conséquences de la torture sont très complexes et difficiles à gérer, une intervention minimale ne sera pas en mesure de résoudre tous les problèmes physiques pour le patient, mais permettra au patient d'acquérir de nouvelles connaissances et outils pour gérer ses problèmes de manière plus appropriée.

En kinésithérapie à DIGNITY, Copenhague, les kinésithérapeutes travaillent selon une vision de la nature humaine qui croit en l'être humain en tant qu'entité indivisible : constituée par les domaines du corps, de l'esprit, du social, de l'existential et du spirituel, qui dans une relation complexe interagissent avec des facteurs contextuels (facteurs environnementaux et personnels, par exemple). L'approche de la kinésithérapie est basée sur l'hypothèse que chaque individu possède un noyau sain et que les symptômes et la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure sont des couches qui entourent ce noyau. L'individu aura besoin de soutien et de conseils pour reprendre contact avec le noyau sain et bénéficier, plus tard, de ce contact renouvelé dans sa vie quotidienne.

Les kinésithérapeutes travaillent afin d'identifier la capacité fonctionnelle du patient plutôt que le déficit fonctionnel ou les dysfonctionnements. Ils se concentrent sur les ressources, au lieu des lacunes, et sur la situation actuelle de la vie du patient et ses possibilités futures.

La relation entre le kinésithérapeute et le patient est caractérisée par la confiance mutuelle, l'interaction, le dialogue et le partenariat basé sur la coopération.

Nous avons identifié trois domaines physiques clés dans lesquels les survivants de tortures éprouvent généralement des difficultés :

- la douleur chronique
- les réactions physiques (psychophysiologiques) au SSPT
- les troubles du sommeil

Ce qui est le plus important pour chaque patient variera, et le défi, lorsque seulement quelques séances sont disponibles, est de cibler les besoins du patient et de mettre les priorités en fonction.

Le Modèle de Résolution de Problèmes

Le kinésithérapeute peut utiliser un modèle de résolution de problèmes afin de hiérarchiser les problèmes pour un cas particulier, et l'ordre dans lequel ils devraient être traités. Ici le kinésithérapeute clarifie avec le patient :

- Quel(s) est(sont) le(s) problème(s) ?
- Qu'est-ce que le patient souhaite accomplir ?
- Quelles sont les possibilités ?
- Quel est le plan d'action ?

Des points supplémentaires doivent être clarifiés le plus tôt possible, de préférence au cours de la première session.

- Les ressources du patient
- La motivation du patient pour le traitement
- Les conditions de vie du patient

Interventions globales

L'éducation du patient est une priorité dès la première séance afin de :

- L'aider à comprendre les raisons de sa souffrance
- Diminuer son anxiété
- L'aider à mieux faire face.

Les outils avec lesquels le patient peut s'aider lui-même sont une autre mesure importante. Ces derniers peuvent inclure :

- des exercices physiques - renforcement, stabilisation, endurance, souplesse, etc.
- des conseils sur l'activité de la vie quotidienne
- des exercices de relaxation
- apprentissage de prise de conscience du corps
- des exercices de contact au sol et de respiration

L'intervention dépendra de l'ampleur des problèmes et des ressources du patient. Cependant, il est très important que le patient soit *habilité* à faire quelque chose lui-même concernant son problème.

Points à retenir

La torture est un acte qui affecte les limites de l'individu de manière violente et intrusive.

L'expérience subjective d'être torturé est caractérisée par :

- *Impuissance*
 - *manque de contrôle*
 - *degré élevé d'impuissance et de perte d'autonomie*
 - *impossibilité d'agir ou de se défendre*
 - *imprévisibilité - les limites personnelles sont envahies et ignorées*
- *Déshumanisation : manque total de respect envers la victime en tant qu'être humain*
- *Humiliation*
- *Peur*
- *Stress ; avec hyper stimulation physiologique intermittente ou continue*
- *Douleur partout dans le corps*

Dans la situation de réadaptation, le kinésithérapeute s'efforce de créer un environnement qui vise à contrer ces expériences :

- **Établir une relation thérapeutique** : Le kinésithérapeute doit essayer de construire une relation de travail avec le patient et *d'instaurer la confiance et établir des liens*. À la suite de la torture à laquelle ils ont été confrontés, et au cours de laquelle ils ont vécu l'expérience de la cruauté délibérée et la trahison, ils ont tendance à faire face au monde et aux personnes avec méfiance et manque de confiance. Souvent, les personnes en position d'autorité, censées protéger les gens, étaient celles qui commettaient des actes de torture. Naturellement, de nombreux survivants de torture décident de ne plus jamais faire confiance à un autre être humain, à un système ou à une institution.
 - Le kinésithérapeute doit présenter au patient une attitude de *compréhension, d'intérêt et d'empathie*, et démontrer une volonté d'écouter et de faire face aux émotions que le patient souhaite exprimer lorsqu'il est capable de les exprimer.
 - Lors de la première séance, le patient est rassuré sur le fait que ses informations sont *gardées confidentielles*.
 - Le kinésithérapeute doit faire très attention à *ne pas reproduire l'expérience d'interrogatoire* quand il demande l'histoire du patient. Une manière peut être de réduire le nombre de questions posées.

- À intervalles réguliers, le kinésithérapeute doit demander au patient *comment il se sent*, et s’il a besoin d’une pause ou s’il est d’accord de continuer. Cela est particulièrement important au cours de la première séance.
- **Éducation et information:** Le patient doit être informé en tout temps afin de favoriser un sentiment de *contrôle et de prévisibilité*. Le kinésithérapeute doit constamment informer le patient de ses intentions et des raisons de ses recommandations.
- **Créer un environnement sécuritaire:** Le kinésithérapeute doit *fournir un environnement sécuritaire* où le patient se sent assez à l’aise pour raconter son histoire, parler de sa souffrance et exprimer ses émotions. De plus, le patient doit savoir qu’il est autorisé à s’arrêter et à *faire marche arrière*, au moins temporairement, s’il se sent *mal à l’aise*.
- **Régulation:** Le patient doit avoir suffisamment de temps pour exprimer son point de vue. L’une des conséquences du traumatisme est que le corps et l’esprit sont facilement débordés. Le kinésithérapeute peut aider le patient en *s’adaptant à un rythme supportable pour le patient*. Ce rythme peut changer tout au long du traitement et devrait être surveillé en permanence.
 - **Validation:** Le kinésithérapeute doit *reconnaître* ce que le patient a vécu et quelle pourrait être sa situation actuelle.
 - **Désinstitutionnaliser l’environnement:**
 - L’*environnement* dans lequel la thérapie a lieu doit ressembler le moins possible à une institution.
 - Le kinésithérapeute doit être conscient des possibles *rappels de l’événement traumatisant* dans sa pièce. Il doit aussi partager avec le patient sa conscience du potentiel, pour le patient, de rencontrer des rappels traumatisants et doit trouver un moyen d’aborder cela avec le patient. Si le kinésithérapeute soupçonne que quelque chose puisse représenter un rappel, la question doit être traitée directement avec le patient. Par exemple, une bouteille d’eau en verre posée sur la table causait de la détresse et des souvenirs de torture. La bouteille d’eau a été retirée lorsque le kinésithérapeute, en demandant au patient, a découvert qu’il s’agissait d’un élément déclencheur et le patient se sentait beaucoup plus calme lorsqu’elle a été enlevée.
 - Le kinésithérapeute doit déterminer s’il vaut mieux porter un *uniforme* ou s’il est préférable de porter d’autres *vêtements informels*.
 - **Limites:** Lors de la séance de kinésithérapie, le contact doit être caractérisé par le plus grand respect des *limites du patient*.
 - Cela peut inclure le *positionnement du corps entre le patient et le thérapeute* - à quelle distance le patient se sent-il à l’aise ?
 - Le patient peut-il accepter que le thérapeute se tienne derrière lui ou doit-il pouvoir voir le thérapeute à tout moment ?

- La propre place du patient est importante - *où dans la pièce le patient se sent-il à l'aise* - a-t-il par exemple besoin d'être près de la porte pour avoir une « issue de secours » possible ?
- Est-il à l'aise *incliné*, ou cette position déclenche-t-elle de l'anxiété ? Est-ce mieux en position allongée sur le ventre que sur le dos ou est-il plus à l'aise assis ? Une position « ouverte » est susceptible de déclencher un sentiment plus important de vulnérabilité.
- Il peut également être important de considérer si le patient est plus à l'aise *lorsque le thérapeute et le patient sont placés au même niveau physique*. Par exemple, un patient peut être plus à l'aise si tous deux sont assis, par rapport au patient couché et au thérapeute debout, où la simple position indique la supériorité du thérapeute.
- **Déshabillage:** Habituellement, pendant les séances de kinésithérapie, il est régulièrement demandé aux patients de se *déshabiller*. Avec cette catégorie de patients, un soin particulier doit être apporté. La plupart des survivants de torture ont été nus au cours de la torture afin de les humilier. Par conséquent, la question du déshabillage est très sensible.
 - Il doit être *demandé* au patient s'il est à l'aise avec *le fait de se déshabiller*. S'il accepte de se déshabiller, ses réactions doivent être observées en permanence afin de s'assurer qu'il reste à l'aise.
- **Toucher:** Le kinésithérapeute doit accorder une attention particulière à la façon *dont le patient réagit au fait d'être touché*.
 - Le patient pourrait percevoir un toucher bien intentionné comme une intrusion dans son espace personnel ou comme une menace. Il pourrait se sentir mal à l'aise avec la proximité et l'intimité que le toucher implique. Il pourrait ressentir le besoin de se protéger et de réagir avec retrait, à la fois physiquement et mentalement, ou avec une augmentation de la tension physique. Si ces signaux ne sont pas observés par le kinésithérapeute, le niveau d'excitation du patient peut augmenter et l'anxiété et la détresse peuvent être provoquées.
 - D'autres patients n'ont aucun problème avec le fait d'être touchés et ne réagissent pas par une augmentation de leur état d'excitation.
 - Certains patients peuvent accepter d'être touchés sur certaines parties du corps et non sur d'autres.
 - Cela peut être une aide de commencer un traitement manuel sur une région du corps où le patient peut observer ce qui est fait.
 - Avant tout, il est essentiel que le kinésithérapeute accorde une attention particulière aux réactions (physiques / physiologiques et psychologiques) et réponde à ces réactions afin de montrer le respect, éviter l'intrusion et laisser le patient garder le contrôle.
- **Douleur:** Pendant la torture, le patient a été exposé à une douleur insoutenable. Par conséquent, le patient *crain*t et évite souvent la douleur.

- De nombreux patients possèdent *un seuil très faible de tolérance à la douleur* et une réponse à la douleur sera facilement provoquée. Au début d'une séance de kinésithérapie, il faut prendre soin d'éviter les traitements douloureux.
- De nombreux patients *comprennent mal les raisons de leur douleur*. La douleur provoque souvent de l'anxiété lorsque les patients perçoivent la douleur comme un signe qu'ils sont gravement malades.
- Par conséquent, une intervention importante est *l'éducation sur la douleur* et les mécanismes de la douleur. Une autre intervention consiste à travailler sur *l'augmentation de la tolérance à la douleur*.
- Il faut noter que le fait *d'infliger des souffrances peut déclencher de mauvais souvenirs ou même des flashbacks*.
- *L'activité physique provoque souvent de la douleur* et certains patients ont tendance à éviter l'activité afin d'éviter la douleur. D'autres patients ne peuvent pas accepter que la douleur limite leur activité et poursuivront leur activité malgré la douleur. Aucune de ces solutions n'est recommandée. Une méthode d'intervention peut être *l'éducation sur l'approche progressive de l'activité*.
- Lorsque vous demandez au patient de pratiquer une activité physique, il est important de tenir compte du seuil de douleur et de la capacité du patient et de noter le nombre et le niveau d'exercices en conséquence. Parfois, le nombre de répétitions que le patient peut tolérer peut être très faible.

Préoccupations particulières lorsque l'on travaille avec des survivants de torture souffrant d'un Syndrome de Stress post-traumatique (SSPT)

De nombreux survivants de torture souffrent de symptômes de SSPT pouvant influencer leur réadaptation. Entre autres, les symptômes qui peuvent influencer la réponse du patient à la kinésithérapie sont :

- Un niveau d'excitation plus élevé que la normale
- Des flashbacks et mauvais souvenirs
- Une diminution de la concentration et de la capacité à se souvenir
- Une diminution de la capacité à penser clairement
- La dépression
- Un sommeil de mauvaise qualité

- **Un niveau d'excitation plus élevé que la normale :**
 - Pour de nombreux patients, *réduire le niveau d'excitation et apprendre à le contrôler* est un objectif important de la réadaptation. Dans la séance individuelle de kinésithérapie, il est important d'éviter les situations pouvant augmenter le niveau d'excitation.
 - *Les indications d'un niveau élevé d'excitation*, que le kinésithérapeute peut observer, sont en résumé :
 - Une respiration plus rapide
 - Une augmentation de la transpiration
 - Une peau pâle
 - Une peau froide (éventuellement moite)
 - La dilatation des pupilles
 - Une agitation physique
 - Si l'un de ces signes est observé, il est nécessaire de savoir ce qui déclenche l'excitation du patient et de trouver des moyens de l'arrêter. Un exemple pourrait être que le kinésithérapeute est positionné trop près du patient, Un autre pourrait être qu'une position est inconfortable pour le patient, ou par rapport à la douleur ou par rapport à la mémoire, un troisième exemple pourrait être que le patient a été stressé par quelque chose qui a été abordé.
- **Flashbacks et souvenirs envahissants :** Un niveau élevé d'excitation peut augmenter le risque de déclencher de mauvais souvenirs et des flashbacks.
 - Au cours d'un flashback, un patient revit un événement traumatisant. Cela peut être si vif que le patient croit que cet événement traumatisant a lieu en ce moment, et qu'il semble être une illusion ou une hallucination psychotique, ce qui n'est pas le cas.
 - Si le patient a un flashback, le kinésithérapeute doit éviter tout contact physique avec lui et, d'une voix calme, prononcer le nom du patient, lui rappeler où il se trouve et qui est le kinésithérapeute.
- **Une diminution de la concentration et de la capacité à se souvenir :**
 - Un niveau d'excitation élevé peut nuire à la concentration et à la capacité du patient à se souvenir en raison de la diminution de l'activité de l'hippocampe. Par conséquent, sa capacité à rester concentré dans le présent peut se détériorer. Par exemple, il peut être difficile d'effectuer des exercices de conscience corporelle lorsque l'attention et la concentration sont nécessaires.
 - Rappelez-vous qu'un manque de concentration et une mémoire défaillante sont souvent un problème, et il est donc important de ne pas surdoser le nombre d'exercices présentés lors d'une séance.

- Il est essentiel de donner des instructions écrites et illustrées et d'examiner quelle quantité d'information il est capable d'assimiler pendant une séance (comme en psychoéducation).
- **Diminution de la capacité à penser clairement et à se concentrer :**
 - Avec un niveau élevé d'excitation, le patient peut avoir des difficultés à penser clairement et peut devenir dispersé. Dans une telle situation, le patient ne pourra pas bénéficier d'une séance de psychoéducation ou pourra avoir des difficultés à saisir et à se souvenir des instructions.
 - Maintenez *l'information courte et simple* sans trop de détails.
- **La dépression :**
 - Si le patient souffre de dépression, il peut être *difficile pour lui de se motiver* à se rendre à ses rendez-vous en kinésithérapie ou à effectuer des tâches à la maison.
 - Établissez des *objectifs réalisables* avec le patient afin qu'il ne se sente pas dépassé.
 - *Intégrez l'exercice physique* autant que possible dans *l'activité quotidienne*.
 - *Un exercice de faible intensité* est préférable, surtout dans la phase initiale.
 - Communiquez avec le psychologue sur les stratégies cognitives et les outils psychoéducatifs.
- **Un sommeil de mauvaise qualité :**
 - De nombreux survivants de tortures atteints du SSPT souffrent d'un sommeil de mauvaise qualité. Souvent, ils trouvent *difficile de s'endormir ou ils se réveillent des multiples fois* dans la nuit. Par conséquent, certains aiment dormir le matin et il peut être préférable *d'éviter les rendez-vous du matin*.
 - Communiquez avec le psychologue sur le renforcement des stratégies comportementales afin de favoriser un sommeil de meilleure qualité.
- **Relaxation :** Lorsque les patients souffrent d'un niveau de tension physique ou psychologique élevé, de nombreux kinésithérapeutes envisageront automatiquement la relaxation comme mesure de traitement. Bien que cela fonctionne bien dans la plupart des cas, cela peut générer des problèmes supplémentaires chez les survivants de torture.
 - Si le kinésithérapeute choisit la relaxation comme intervention, il est important *de bien réfléchir au positionnement du corps par rapport à la vulnérabilité du patient*. Tel que mentionné précédemment, une position très ouverte (par exemple allongé sur le dos) peut être une position très vulnérable et donc pas le meilleur choix comme position de départ pour la relaxation. Au début, il peut être bénéfique d'essayer une position assise.

- Certains survivants de torture pourraient *inconsciemment utiliser la tension musculaire pour garder à l'intérieur leurs émotions et leurs souvenirs douloureux*. Si le patient est prêt à se confronter à ces émotions ou souvenirs, la séance de relaxation pourrait être utile avant une séance de psychothérapie afin d'accéder plus facilement aux émotions. Mais, si le patient n'est pas prêt à abandonner la défense musculaire (qui le protège des émotions douloureuses), la séance de relaxation peut déclencher de l'anxiété ou des flashbacks.
- Le kinésithérapeute doit soigneusement considérer quand utiliser des méthodes de relaxation actives ou passives. Une méthode active favorisera un degré de contrôle plus important et moins de vulnérabilité. Dans certains cas, la relaxation peut être exclue au profit de *l'exercice actif et de l'augmentation de la force physique*.

Documentation

Roxendahl, G. Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale, Treatment and evaluation in Psychiatric Physiotherapy (Thérapie de Sensibilisation et Échelle de Conscience corporelle, Traitement et évaluation en physiothérapie psychiatrique).

Rothschild, B. The Body Remembers (Les Souvenirs du Corps). W.W. Norton & Company, N.Y & London. 2000.

Rothschild, B. Help the Helper (Aider l'Aidant). W.W. Norton & Company, N.Y & London. 2006.

Yehuda, R. Biology of Posttraumatic Stress Disorder (Biologie du Syndrome de Stress post-traumatique). Journal de psychiatrie clinique 2001; 62 (suppl 17)

Bisson, J. The neurobiology of post-traumatic stress disorder (La neurobiologie du syndrome de stress post-traumatique). Psychiatrie 8:8. Elsevier 2009.

RCT Field Manual (Manuel de terrain RCT) p. 367-394 + p. 272-277 + p. 179-180 + p. 169-172

CHAPITRE 2 : La douleur chronique chez les survivants de torture

Ce chapitre sera focalisé sur le symptôme que les survivants de torture présentent le plus souvent en kinésithérapie ; la douleur chronique.

Des modèles généraux de la douleur seront présentés et des réflexions sur les mécanismes possibles de la douleur chez les survivants de torture seront abordés. La dernière partie du chapitre se concentrera sur des suggestions d'interventions en kinésithérapie.

Définitions

Douleur: Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes d'une telle lésion. (Association Internationale d'Étude de la Douleur, IASP, 1994).

Douleur chronique: Douleur sans valeur biologique apparente qui a persisté au-delà du temps normal de guérison des tissus (généralement considéré comme étant de 3 mois). (IASP, 2003).

La douleur chronique chez les survivants de torture

Parmi la multitude de problèmes présentés par les survivants de torture orientés vers un traitement, la douleur persistante dans le système musculo-squelettique est reconnue comme l'une des plaintes physiques les plus fréquentes¹. Des études indiquent une forte prévalence de la douleur persistante chez les survivants de torture, avec une incidence globale allant jusqu'à 83%².

Le tableau clinique est celui d'une douleur locale ou généralisée. Les douleurs les plus communes sont les maux de tête, les douleurs musculo-squelettiques, les douleurs dorsales et/ou cervicales, les douleurs thoraciques, les douleurs articulaires y compris les douleurs à l'épaule, aux pieds, et les douleurs pelviennes. Les symptômes viscéraux (maladies cardiovasculaires, respiratoires, intestinales et urogénitales) sont également fréquents^{3,4,5}. Les douleurs multiples sont courantes⁶.

Dans une étude de 2010, 78 % des 178 survivants de torture interrogés ont signalé des douleurs multiples persistantes, principalement à la tête et au bas du dos. L'étude a montré une nette association entre la douleur abdominale / pelvienne / génitale féminine et le viol / agression sexuelle ainsi qu'entre la douleur anale masculine et le viol⁷.

1 Pain, Clinical Updates.) (Douleur, Mises à jour cliniques), Oct. 2007, Vol. XV, Version 7

2 Scand J publ Health 2006;34:496-503

3 Torture 2006; 16(1)

4 Torture 2005; 15:16-24

5 Thèse de PhD, Olsen DR. Copenhague : Faculté des Sciences de la santé, Université d'Århus et RCT. 2006

6 Pain (Douleur) 133 (2007) 5-8

7 Journal of Pain and Symptom Management, (Journal de la gestion de la douleur et des symptômes), Vol. 40, No 5, Nov 2010

Étude de cas

Ahmed est un Kurde Irakien qui, dans sa jeunesse, était impliqué dans un Mouvement de Libération Kurde. Il a été soumis à de violentes tortures pendant ses multiples interrogatoires et au cours de son emprisonnement. Les méthodes de torture utilisées étaient des coups sur tout le corps, y compris la falanga, la suspension par les bras, les brûlures de cigarettes, les positions forcées et la torture électrique. Il était emprisonné dans une petite cellule surpeuplée dans laquelle il était impossible pour les détenus de s'allonger pour dormir tous en même temps. La nourriture de la prison était rare et de mauvaise qualité.

Lorsqu'il a été libéré de prison, Ahmed s'est enfui au Danemark et a commencé une nouvelle vie. Malgré ses douleurs au dos, au cou et à l'épaule et des douleurs aux pieds, il réussit à apprendre le Danois et à poursuivre des études. Il avait parfois des flashbacks et son sommeil était interrompu par des cauchemars, mais il travaillait dur pour supprimer les souvenirs de la torture.

Après vingt ans au Danemark, Ahmed le trouve de plus en plus dure d'endurer ses douleurs et ses mauvais souvenirs. Il prend de nombreux jours de congés maladie à son travail et est licencié à cause de cela. Il se plaint de maux de tête récurrents, de douleurs constantes au cou et au dos, de douleurs à l'épaule, de picotements et de tremblements dans les mains et de douleurs bilatérales aux pieds qui s'aggravent quand il y a une lourde charge de travail. Après avoir perdu son travail, il éprouve des poussées de ses symptômes de douleur, et il se sent davantage stressé en raison de son inquiétude pour son avenir. Cela devient un cercle vicieux dans lequel la douleur et le stress se maintiennent.

Mécanismes de la Douleur - Théories actuelles de la douleur

Théorie dite du portillon (Gate Control)

Melzack et Wall ont développé la théorie du portillon en 1965 pour expliquer pourquoi il n'y a pas de relation simple et directe, entre l'afférence nociceptive et la sensation douloureuse.

La théorie du portillon était une tentative d'expliquer l'expérience de la douleur (y compris les facteurs psychologiques) sur le plan physiologique.

Dans la théorie du portillon, la douleur est divisée en deux composants qui sont traités séparément par le corps. Ce sont :

- Des signaux provenant du système nerveux périphérique qui se trouve à l'extérieur du cerveau et de la moelle épinière, et
- Des signaux provenant du système nerveux central qui comprend la moelle épinière et le cerveau.

Les signaux nociceptifs circulent le long des nerfs périphériques jusqu'à la moelle épinière et se dirigent vers le cerveau. Dans la moelle épinière, il y a des « portillons » (dans la corne dorsale - substance gélatineuse) qui peuvent inhiber (fermer) ou faciliter (ouvrir) les impulsions nerveuses allant du corps au cerveau. Ces « portillons » sont influencées par un certain nombre de facteurs, dont le diamètre du nerf périphérique actif convergeant dans les cornes dorsales ainsi que les « signaux / informations / instructions » descendant du cerveau.

Quand les portillons sont plus ouvertes, une personne éprouve davantage de douleur puisque les messages circulent librement. Quand les portes se ferment, la douleur est réduite ou peut ne pas être ressentie du tout.

Ceci est une version très simplifiée de la théorie complexe originale. Certaines de hypothèses physiologiques de la théorie du portillon ont été révisées, mais le modèle conceptuel est resté important et en tant que tel, il est précieux dans l'éducation des patients.

La Théorie de la Neuromatrice

Cette théorie est un développement ultérieur à la Théorie du Portillon. Dans la théorie de la neuromatrice, la douleur est perçue comme une expérience multidimensionnelle. L'expérience de la douleur est divisée en trois dimensions :

- La *sensorielle-discriminatoire* (somato-sensorielle), qui fait référence à la sensation de douleur et comprend son emplacement, sa qualité (par exemple brûlante, sourde, ou aigüe), son intensité et sa durée.
- L'*affective-motivationnelle* (limbique), qui englobe les réactions émotionnelles à la douleur, par exemple à quel point la douleur dérange le patient.
- L'évaluative cognitive (thalamocorticale), qui se réfère à la façon dont la douleur est perçue et interprétée. Les croyances et attitudes du patient vis-à-vis de la douleur, qui peuvent découler de son origine culturelle et des expériences douloureuses antérieures, jouent un rôle crucial dans cette dimension qui peut modifier les deux autres dimensions.

Les trois dimensions contribuent de manière égale à l'expérience de la douleur et motivent également les actions visant à soulager la douleur.

La conclusion est qu'il n'y a pas qu'un seul centre du cerveau qui traite la douleur, mais plutôt que l'expérience / la perception de la douleur est une synthèse d'activités à plusieurs niveaux dans le cerveau. En outre, plus la condition est chronique, plus le rôle du somatosensoriel est petit et plus les rôles des centres limbiques et thalamocorticaux sont importants. *Ceci est un savoir important à transmettre aux patients. Une répercussion pour le traitement est d'utiliser des pensées positives ou des actions qui peuvent occulter et donc réduire la perception de la douleur.*

Le modèle biopsychosocial

Ce modèle considère la douleur comme une interaction entre des variables biologiques, psychologiques et socioculturelles. Le modèle a été décrit de diverses façons. Le processus de *nociception* est le premier composant. Le second composant est la reconnaissance de la douleur au niveau cortical en conséquence de la nociception. Selon le modèle de Loeser⁸, le composant suivant est la *souffrance*, qui est la réaction affective négative provoquée par la douleur, telle que la dépression, l'anxiété ou la peur. Il est important de souligner que la douleur et la souffrance sont deux phénomènes distincts. Le quatrième élément est le *comportement douloureux*, qui peut être influencé par l'origine culturelle et les facteurs environnementaux et qui comprend les comportements verbaux et non verbaux. Un comportement spécifique à la douleur peut être, par exemple, d'éviter l'activité physique par crainte d'une nouvelle blessure. Dans d'autres versions du modèle biopsychosocial, les éléments supplémentaires sont *les attitudes et les croyances et l'environnement social*.⁸

Réflexions sur les mécanismes de la douleur chronique chez les survivants de torture

De nombreux facteurs entrent en jeu lorsque la douleur aiguë se transforme en douleur chronique persistante. Comme mentionné ci-dessus, un très grand nombre de survivants de torture souffrent de douleurs persistantes quotidiennes. Dans ce chapitre, nous essayons d'identifier les raisons.

L'intensité initiale de la douleur, l'étendue de la blessure et le niveau de stress émotionnel au début de la maladie sont considérés comme ayant une influence sur le développement de la douleur aiguë en douleur chronique. Un traitement inadapté de la blessure aiguë peut également augmenter le risque de développer une douleur chronique. Pour les survivants de torture, cela indique un risque important de développer une douleur chronique ;

- Dans la situation de torture, il y a une amplitude de stimulation douloureuse à plusieurs reprises et pendant longtemps.
- L'intensité de la douleur est extrêmement élevée.
- Le niveau de stress émotionnel est dévastateur.
- La victime de torture est hors de contrôle, ce qui entraîne un sentiment d'impuissance⁹.
- Il n'y a pas ou peu de possibilité de traitement aigu des blessures.
- Il y a d'autres êtres humains qui infligent cette souffrance, souvent avec l'intention d'humilier et de détruire la personnalité du sujet.

Lorsque la douleur est devenue chronique, plusieurs facteurs contribuent au maintien de la douleur:

- Stress émotionnel continu - une hyper stimulation continue, augmente l'activation du système nerveux sympathique qui à son tour sensibilise les nocicepteurs et s'ajoute à l'afférence nociceptive.
- Un sommeil de mauvaise qualité diminue la tolérance à la douleur
- Niveau élevé de comportement d'évitement. La douleur peut rappeler la situation de torture. En conséquence, de nombreux survivants de torture tentent d'éviter les activités provoquant de la douleur. Ce comportement peut entraîner un déconditionnement physique et une aggravation de la douleur.⁹
- Une douleur de longue durée peut entraîner des modifications neuroplastiques dans le cerveau, menant à une sensibilisation centrale
- La dépression, qui est un facteur de comorbidité fréquent avec la douleur chronique, favorise les distorsions cognitives dans lesquelles la douleur est considérée comme étant insurmontable. Chaque poussée de douleur peut s'aggraver vers une détérioration de la condition.

⁹ Généralement on fait référence à la personne qui a été soumise à la torture comme un/e survivant/e de torture. Cependant, dans le cas présent, le terme de victime de torture est choisi, car il décrit la situation où la personne est torturée et a donc perdu le contrôle.

- Le retrait social, ainsi qu'une participation minimale aux activités de la vie quotidienne, peuvent mener à l'ennui et à une concentration accrue sur la douleur et l'histoire passée
- Souffrir de conditions souvent concomitantes du SSPT, d'anxiété et de dépression
- Perte de confiance envers les autres êtres humains et les institutions sociales

Mécanismes périphériques

La peau

La peau représente environ 15 à 20 % de notre poids et agit comme un capteur et un protecteur important vis-à-vis du monde extérieur. Les lésions de la peau entraînent très rarement des douleurs chroniques. Quelques exceptions sont les brûlures graves et la corrosion avec de l'acide. Si la capacité de glisser sur le tissu sous-jacent est diminuée, l'étirement mécanique des petites fibres nerveuses peut provoquer une douleur.

Les cicatrices après des brûlures infligées par des cigarettes ou d'autres agents, des blessures par balles, des lacérations, des tortures électriques ou des sangles peuvent également représenter des rappels et peuvent ainsi provoquer ou maintenir la douleur.

Fascia

Le fascia est un tissu robuste et solide qui est connecté à travers tout le corps. Le réseau fascial entoure toutes nos parties internes du corps, les muscles, les tendons, les ligaments, les os, les nerfs et même les organes internes. Le rôle du fascia est de fournir un environnement de glissement pour les muscles, de maintenir les organes à leur place, de transmettre le mouvement des muscles aux os auxquels ils sont attachés, et de fournir une enveloppe de soutien mobile aux nerfs, et aux vaisseaux sanguins, lorsqu'ils passent à travers et entre les muscles.

Tout traumatisme, faible ou important, peut produire des adhérences et des restrictions au sein de ce tissu qui, par conséquent, introduit une grande pression sur les structures sensibles à la douleur du corps. Les restrictions dans le fascia peuvent être localisées au niveau de la zone spécifique de la blessure, ou être étendues dans des zones du corps qui peuvent sembler ne pas être liées. Non traitées, ces restrictions sont susceptibles de provoquer douleur et dysfonctionnement.

Les blessures liées à la torture qui pourraient compromettre le fascia peuvent être dues à des sanglages, à des violences brutales (coups de poings, de pieds, de matraque, etc., chutes de hauteur, etc.), à la falanga, à des suspensions ou à des positions forcées prolongées. Les facteurs de maintien de la douleur pourraient être une mauvaise posture qui génère un fascia raccourci et tendu.

Muscles

Les douleurs musculaires, représentent le problème le plus fréquemment signalé lié à la douleur. Les muscles ont une irrigation sanguine efficace et, par conséquent, guérissent bien lorsqu'ils sont blessés. Cependant, le tissu cicatriciel dans les muscles peut diminuer leur flexibilité et leur capacité de contraction et conduire à une performance musculaire médiocre, avec une charge accrue sur les muscles voisins en conséquence.

Pendant la torture, les muscles peuvent être blessés par une violence brutale (coups de poings, de pieds, de matraque, chutes de hauteur, écrasement à l'aide de rouleaux, etc.), en transportant des charges lourdes, ou par la torture électrique qui pourrait causer des micro-ruptures dues à des contractions musculaires extrêmes. La suspension et les positions forcées prolongées peuvent causer des tensions / déchirures des fibres musculaires et le sanglage peut réduire l'apport sanguin, provoquant ainsi une douleur.

Les facteurs de maintien de la douleur à long terme suite à la torture peuvent être :

- Une tension accrue dans les groupes musculaires due au stress et à la douleur constante.
- Une posture altérée avec un manque d'alignement qui modifie l'équilibre musculaire, provoquant ainsi des douleurs dans les muscles raccourcis.
- L'inactivité, provoquant le déconditionnement du corps. Le résultat sera des muscles faibles, peu sollicités et en mauvaise santé, qui deviennent douloureux même à un niveau de faible activité.

Nerfs

Les nerfs périphériques relient le cerveau et la moelle épinière aux tissus. Ils sont constitués d'environ 50 % de tissu ligamentaire, ce qui les rend très solides, et de 50 % de neurones. Les nerfs consomment beaucoup d'oxygène et dépendent donc d'un apport sanguin important. Dans le nerf périphérique, une afférence nociceptive continue peut conduire à l'activation de facteurs de croissance nerveux. Ceci conduit à la sensibilisation et à un «sur-classement» des récepteurs (sensibilisation périphérique). Cliniquement, cela se traduit par une hyperalgie, qui est une sensibilité accrue à la douleur. De plus, les nocicepteurs, qui sont normalement « silencieux », deviennent actifs après une lésion tissulaire. De même, les cellules nerveuses peuvent modifier la réponse suivant les signaux qu'elles transmettent. Cela signifie que les nerfs afférents, qui généralement transmettent des informations telles que le toucher, la température ou le mouvement, deviennent nocifs et transmettent des signaux de douleur. Cela provoque une situation dans laquelle la stimulation (par exemple le toucher), qui normalement n'est pas douloureuse, sera perçue comme telle (allodynie).

Les symptômes généralement associés à une lésion nerveuse périphérique sont :

- Fourmillements
- Sensation de brûlure douloureuse
- Douleur nocturne, surtout dans les mains et les pieds

À travers tout le corps, les nerfs glissent lorsqu'on est en mouvement. Les blessures, qui altèrent ces mouvements, peuvent causer de la douleur lorsqu'on bouge. Lorsqu'un nerf est sensible, on tend à favoriser les postures qui évitent d'exercer une charge mécanique sur le nerf affecté, par exemple en soulevant l'épaule douloureuse, en penchant sa colonne vertébrale sur le côté ou en penchant la tête vers l'avant.

Le stress est un facteur aggravant. Les nerfs, en particulier ceux sensibilisés, deviennent sensibles aux substances chimiques qui sont libérées dans le corps par le stress. Cela peut se transformer en cercle vicieux, dans lequel le stress d'avoir mal rend le nerf plus sensible,

l'amenant à envoyer davantage de signaux de douleur. De nombreux survivants de torture ont un niveau élevé d'excitabilité et probablement un niveau plus élevé de substances chimiques relatives au stress, ce qui peut contribuer à maintenir leur douleur.

Les nerfs peuvent être lésés en coupant, en serrant et en tirant trop, par les substances chimiques irritantes entourant le nerf, et par une diminution soutenue de l'apport sanguin. Les formes de torture qui peuvent affecter le système nerveux comprennent les coups, les blessures par balle, les blessures par arme blanche, l'asphyxie, la suspension prolongée, les positions forcées prolongées, les sanglages et les falaka / falanga ainsi que l'électrocution.¹⁰

Os et articulations

Les os et les articulations sont riches en nocicepteurs. Les os sont recouverts d'une couche hypersensible (le périoste) qui agit comme un système de protection supplémentaire. La plupart des articulations sont des articulations synoviales, ce qui signifie que la cavité articulaire

est fermée et contient un liquide lubrifiant. Les parois à l'intérieur de ces articulations sont pleines de nocicepteurs. Si ces nocicepteurs sont sensibilisés, le mouvement sera douloureux.

Les mouvements et la compression régulière sont essentiels pour la santé des articulations. Le mouvement produit et distribue le liquide synovial, et le cartilage est nourri par la compression.

Les os guérissent en général très bien. Les fractures, causées par la torture, sont la plupart du temps laissées sans traitement, causant parfois des malformations et un mauvais alignement.

Les méthodes de torture pouvant causer des blessures aux os et aux articulations et un risque de douleurs chroniques provenant de ces structures, peuvent être la violence brutale, les chutes de hauteur, la suspension, la falanga, port de charges lourdes, les positions forcées prolongées, des cellules de prison froides et humides ou l'exposition à un froid extrême.

Les facteurs de maintien de la douleur peuvent être la peur de bouger. Diminuer le mouvement d'une articulation compromet la nutrition de l'articulation et de son cartilage qui à la longue peut causer de la raideur et de la douleur.

Ligaments

Les ligaments sont des tissus denses qui relient les os à d'autres os pour former une articulation. Les ligaments sont présents au sein de chaque articulation pour maintenir les os en place et empêcher la luxation.

Les ligaments sont des bandes robustes, légèrement élastiques de tissu conjonctif blanc. Ils contiennent des terminaisons nerveuses sensorielles, comprenant des nocicepteurs. Les ligaments protègent également les os de la fracture en agissant comme des amortisseurs.

Les ligaments sont susceptibles d'être distendus par des méthodes de torture telles que des positions forcées prolongées ou une suspension. La distension peut compromettre les capacités de stabilisation des ligaments et conduire à l'instabilité de l'articulation affectée. L'instabilité vertébrale peut entraîner des douleurs du dos et éventuellement des sensations douloureuses correspondant au dermatome, au myotome ou au sclérotome du (des) segment(s) contraint(s). Un traumatisme dû à une violence brutale pourrait également blesser les ligaments. Une mauvaise posture peut entraîner une extension supplémentaire des ligaments.

Mécanismes centraux

Sensibilisation centrale

La sensibilisation est définie comme : « Une réactivité accrue des neurones nociceptifs face à une stimulation normale et/ou apparition d'une réponse face à la stimulation normalement inférieure au seuil »¹¹. La sensibilisation peut être à la fois centrale et périphérique. Sensibilisation centrale : « Réactivité accrue des neurones nociceptifs dans le système nerveux central face à des stimuli normaux ou inférieurs à leur seuil d'activation »¹². La sensibilisation centrale est normalement initiée uniquement par la stimulation sensorielle d'un nocicepteur et est caractérisée par des réductions du seuil et des augmentations de la réponse des neurones de la corne dorsale, ainsi que par l'extension de leurs domaines réceptifs.

Sur la base de l'expérience clinique, certains groupes de symptômes sont considérés comme indiquant une douleur due à une sensibilisation centrale :

- Augmentation de l'intensité et de la répartition de la douleur spontanée, sans aggravation correspondante de la pathologie sous-jacente (périphérique)
- Sensations tardives et sommation (par exemple augmentation de la douleur après palpation et massage)
- Augmentation de l'intensité de la douleur après l'activité physique
- Augmentation de la douleur en position assise et debout qui oblige le patient à constamment changer de position.

Pensées, croyances, émotions à propos de la douleur

La façon, dont le survivant de torture pense à sa douleur, est essentielle, puisqu'une pensée négative de la douleur peut maintenir la douleur. Les pensées négatives conduisent à des émotions négatives. Cela peut perturber le sommeil, ce qui peut augmenter la douleur. Cela peut également entraîner une augmentation du stress et de l'excitabilité, ce qui intensifie l'expérience de la douleur.

Il y a plusieurs manières de penser de façon erronée face à sa douleur. Les plus fréquemment rencontrées se trouvent ci-dessous :

11 IASP, 2011

12 IASP, 2011

- *Dramatiser* – c'est-à-dire imaginer le pire résultat ou scénario possible. « Je suis sûr que mon mal de tête est dû à une tumeur dans mon cerveau » ou « Je suis sûre que cette condition me paralysera et me laissera dans un fauteuil roulant ».
- *Blâmer* – quelqu'un ou quelque chose d'autre est nommé responsable de la douleur. Normalement, le tortionnaire est celui qui est blâmé pour tous les événements horribles de la vie, y compris la douleur. Pour certains survivants de torture, le blâme ou la culpabilité est tourné(e) vers l'intérieur : « C'est de ma faute si cela m'est arrivé ». Le fait de blâmer la fatalité ou un dieu est aussi une façon de rendre quelqu'un d'autre responsable.
- *Filtrer* – implique de voir les situations à travers une sorte de vision tunnel. Le plus souvent, les survivants de torture filtrent tous les aspects potentiellement positifs de leur vie et se focalisent sur la douleur et la détresse. « Je souffre tout le temps. Ce n'est pas vivable. À quoi ça sert ? (Ignorant la journée ensoleillée, quelques bonnes nouvelles, que le printemps est arrivé, etc.)
- *Pensée polarisée* – tout est « noir ou blanc », « bon ou mauvais ». Il n'y a pas de zone grise dans laquelle la réalité ou l'amélioration peut être perçue. « J'ai effectué ces exercices depuis une semaine et ça ne m'a pas aidé. Je ne me débarrasserai jamais de cette douleur ». « Ça n'irait jamais mieux ». « J'ai essayé de faire comme les thérapeutes l'ont dit et équilibré mes activités, mais ma douleur est tout aussi intense. Je ne serais jamais capable de contrôler ma douleur ».

La peur liée à la douleur

La peur est la réaction émotionnelle à une menace spécifique, identifiable et immédiate. La douleur aiguë d'une certaine intensité sera souvent perçue comme une menace, suscitant la peur qui favorise des mesures de protection pour arrêter plus de blessures et faciliter la guérison. Chez la plupart des individus, les blessures et la douleur aiguës disparaissent rapidement et la guérison prend place, mais pour la plupart des patients de DIGNITY, la cicatrisation des tissus n'a pas entraîné la réduction attendue de la douleur. Parce que la douleur persistante est toujours interprétée comme un signal de menace corporelle, une inadéquation se produit entre ce que le patient espère (diminution de la douleur) et ce qui se passe réellement (douleur accrue ou persistante). Dans ces cas, des interprétations catastrophiques erronées de la douleur peuvent avoir lieu. La dramatisation entraîne inévitablement une peur liée à la douleur – la peur de la douleur, la peur de la blessure et la peur de l'activité physique. L'accumulation de preuves montre désormais que ces interprétations erronées et la peur, associée à la douleur, souvent causent une cascade d'événements psychologiques et physiques, comprenant l'hypervigilance, la réactivité musculaire, le comportement d'évitement et les mouvements de protection, qui à leur tour perpétuent les problèmes de douleur et conduisent à un handicap.

Anxiété

De nombreuses études ont démontré que les niveaux d'anxiété ont un impact significatif sur les descriptions de la gravité de la douleur. Des études avec des patients souffrant de douleurs chroniques ont démontré qu'une proportion élevée est très anxieuse et que leur anxiété ne disparaît pas¹³. Dans une étude sur la Douleur publiée en 2007, les résultats venant d'adultes qui vivent dans des communautés dans 17 pays ont indiqué, que les personnes souffrant de douleurs du dos ou de la nuque étaient deux à trois fois plus

susceptibles d'avoir eu, au cours des 12 derniers mois, un trouble de panique, un trouble d'anxiété sociale, un trouble d'anxiété généralisé ou un SSPT.¹⁴

SSPT

La plupart des études indiquent que la douleur et le SSPT sont des conditions très importantes de comorbidité. Les patients souffrant de douleur chronique ont des taux plus élevés de SSPT. De même, les patients souffrant de SSPT sont souvent diagnostiqués avec de nombreuses conditions de douleur chronique¹⁵. En fait, les personnes atteintes du SSPT rapportent une douleur chronique avec une fréquence frappante. Près de 30 % de ceux qui demandent un traitement ambulatoire pour le SSPT auprès des cliniques communautaires et de santé mentale, et 50 à 80 % des anciens combattants militaires et des pompiers volontaires souffrant de SSPT, signalent une douleur chronique.¹⁵

D'autres études ont révélé que les symptômes accrus de SSPT sont liés à l'augmentation des niveaux de douleur, à l'invalidité liée à la douleur et à la douleur généralisée¹⁶. Le SSPT a été identifié comme étant un facteur de risque de la douleur chronique, de l'évolution de la douleur aiguë vers la douleur chronique et de l'invalidité liée à la douleur¹⁶. De plus, la douleur a été identifiée comme un indicateur du développement du SSPT. Il semble que les composants du SSPT maintiennent et accentuent les symptômes de la douleur et vice versa.

Le stress prolongé peut épuiser la production d'opioïdes endogènes et abaisser les seuils nociceptifs et, par conséquent, contribuer au développement de syndromes douloureux d'apparition progressive liée au stress.

Dans les situations de vie stressante prolongées, le système nerveux sympathique est activé, conduisant à un seuil nociceptif plus faible et à une augmentation de l'activité spontanée des nocicepteurs¹⁷, et à la douleur.

La dépression

La recherche suggère que 40 à 50 % des patients souffrant de douleur chronique souffrent de dépression.¹⁸ Dans la plupart des cas, la dépression semble être la réaction des patients à leur situation difficile. Un trouble chronique, douloureux et empêchant l'implication dans les activités quotidiennes normales aura un impact psychologique sur l'individu. De plus, une douleur constante tend à provoquer un repli sur la vie intérieure et une perte d'intérêt pour le monde extérieur. Le résultat pratique est une tendance accrue à l'isolement social et au retrait émotionnel.

14 Depression and Anxiety (La dépression et l'anxiété) 26:888-901 (2009)

15 Moeller-Bertram, T., et al., Pain and post traumatic stress disorder – review of clinical and experimental evidence, *Neuropharmacology* (La douleur et le trouble de stress post-traumatique - revue des preuves cliniques et expérimentales, neuropharmacologie) (2011).

16 Beckham et al., 1997; Geisser et al., 1996

17 Pain Clinical Updates (Mises à jour sur les douleurs cliniques), Vol. XII, No 7: Anxiety and Pain (Anxiété et douleur)

18 Chronic Pain (Douleur chronique) – Turk & Flor, p.260

Sommeil

La recherche suggère qu'il existe un lien entre le sommeil et le ressenti de la douleur. La douleur peut perturber le sommeil et rendre difficile une bonne nuit de sommeil. À l'inverse, un sommeil perturbé semble contribuer à intensifier la perception de la douleur.

Une étude indique qu'un sommeil perturbé semble être un facteur de risque pour un traitement inadapté contre la douleur¹⁹. Des recherches longitudinales et des travaux expérimentaux préliminaires suggèrent que si le sommeil perturbé est une conséquence de la douleur, la perturbation du sommeil peut aussi contribuer directement à l'hyperalgie.²⁰ Une autre étude indique que la perturbation de la continuité du sommeil, et non la simple restriction de sommeil, altère la fonction inhibitrice endogène de la douleur et augmente la douleur spontanée²¹. Ces résultats suggèrent qu'il est très important d'améliorer le sommeil chez les survivants de torture souffrant de douleur chronique.

Intervention globale et travail d'équipe interdisciplinaire

En conséquence des nombreux aspects de la douleur chez les survivants de torture, la réadaptation idéale est une approche multimodale et interdisciplinaire où les professionnels de santé des différentes disciplines travaillent ensemble avec le survivant de torture. Les professionnels concernés pourraient être des médecins, des psychologues, des kinésithérapeutes et des assistants sociaux. Dans les régions du monde où les ressources sanitaires sont limitées, une équipe interdisciplinaire complète n'est pas toujours possible. Cependant, quelles que soient les circonstances, il est essentiel que les thérapeutes / conseillers qui travaillent avec les survivants de torture considèrent tous les aspects de leur souffrance et essaient de les aborder, autant que possible, selon une approche holistique et interdisciplinaire. Au minimum, un conseiller psychosocial et un technicien en réadaptation (ou autre) doivent travailler ensemble.

L'intervention en kinésithérapie

Évaluation

Une évaluation précise de la douleur est la première étape d'une prise en charge efficace de la douleur. Des informations doivent être obtenues sur la nature de la douleur, sur les réponses physiologiques, comportementales et émotionnelles du patient et sur l'expérience antérieure du patient concernant la douleur. Sur la base d'une évaluation approfondie de la douleur, une décision est prise quant à l'intervention à choisir.

Antécédents de douleur

- 19 European Journal of Pain 13 (2009) 1043-1047: Sleep continuity and architecture (Continuité du sommeil et architecture) : Associations with pain-inhibitory processes in patients with temporomandibular joint disorder (Associations avec des processus inhibiteurs de la douleur chez les patients présentant un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire)
- 20 How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate (Comment les troubles du sommeil et la douleur chronique interagissent-ils) ? Smith+Haythornthwaite, Sleep Med Rev 2004;8:119-32.
- 21 The Effects of Sleep Deprivation on Pain Inhibition and Spontaneous Pain in Women (Les effets de la privation de sommeil sur l'inhibition de la douleur et la douleur spontanée chez les femmes). SLEEP, Vol.30, No. 4, 2007

Un historique complet de la douleur doit inclure des questions qui peuvent jouer un rôle important dans la gestion de la douleur ultérieure. Des informations de base telles que l'âge, le sexe, et l'origine ethnique doivent toujours être incluses.

Ci-dessous une liste de considérations importantes à évaluer concernant les antécédents de douleur :

- Douleur ressentie, intensité de la douleur, localisation de la douleur, caractéristiques et durée de la douleur
- Comment et quand la douleur a commencé
- Épisodes antérieurs de douleur et leur traitement
- Facteurs aggravants et facteurs atténuant la douleur
- Activités de la vie quotidienne, y compris les sports et les loisirs
- Antécédents de travail
- Qualité du sommeil
- Pensées concernant la douleur - croyances liées à la douleur et pensées catastrophes
- Comportement lié à la douleur, y compris l'évitement et la kinésiphobie (peur du mouvement physique)
- Comment la douleur influence-t-elle la situation de vie du patient ?
- Système de soutien social, en ce qui concerne la famille, les amis, le travail, la situation économique
- Utilisation de médicaments
- Symptômes de dépression
- Symptômes d'anxiété
- Symptômes de stress (SSPT)

Comme on le remarque d'après la liste, l'approche est bio-psychosociale, ce qui est recommandé pour traiter la douleur chronique.

Des mesures simples pour évaluer l'intensité de la douleur sont l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle d'évaluation numérique (EN), l'échelle d'évaluation verbale et l'échelle d'expression faciale. Elles ont toutes été soigneusement testées pour la fiabilité et la validité. L'échelle numérique semble être la plus utile. Pour obtenir facilement un aperçu de l'emplacement de la douleur, un schéma dessin de la douleur/ dessin du corps est un outil utile.

L'inventaire de la douleur (BPI) est utile pour évaluer l'impact fonctionnel de la douleur. La première partie du BPI mesure l'intensité / la sévérité de la douleur et la seconde partie mesure comment la douleur interfère avec l'activité générale, l'humeur, le sommeil, etc.

Examen physique et fonctionnel

Des outils d'auto-évaluation tels que WHO-DAS ou DRI peuvent être utilisés pour évaluer la capacité du patient à s'engager dans des activités fonctionnelles. De plus, le kinésithérapeute devrait observer :

- La marche, la posture, les transferts, les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), les mouvements et les modèles compensatoires et les problèmes neurologiques évidents.
- Lors de l'observation du mouvement, des éléments tels que la symétrie, le rythme, l'allure, l'harmonie du mouvement, l'économie de l'énergie doivent être pris en compte.
- Une évaluation de l'amplitude de mouvement active et passive, de la force et de la sensibilité devrait également être incluse.

Prise en charge globale de la douleur chronique

De nombreuses personnes souffrant de douleur chronique veulent simplement s'en débarrasser. Ils ont de grands espoirs que quelqu'un ; les médecins, les kinésithérapeutes ou d'autres professionnels de santé pourront y « remédier » et les « libérer de leur douleur ». Cependant, même si les traitements les plus puissants (médicaments tels que les opiacés et les antidépresseurs, ou encore la chirurgie) sont disponibles, ceux-ci ne réduisent généralement leur douleur que de 40 %²². Il n'y a pas de moyen simple ni de remède miracle. L'implication et la participation du patient sont essentielles et il est important que le patient se sente responsable et coopère avec le thérapeute / médecin pour son propre traitement / réadaptation.

Les principales priorités pour la gestion de la douleur chronique sont :

- Que le patient gagne du contrôle sur sa douleur pour s'assurer que le patient, et non la douleur, est responsable de sa vie.
- Atteindre la meilleure fonction possible malgré la douleur
- Améliorer la qualité de vie générale
- Soulager la douleur plutôt que guérir la douleur.

Les interventions sont orientées vers les conséquences de la douleur plutôt que vers les causes de la douleur. Les interventions de kinésithérapie devraient être axées sur les stratégies d'adaptation, les activités de stimulation et l'éducation afin de comprendre les mécanismes responsables de la douleur, et de réduire ainsi l'anxiété et le stress. L'objectif global est de permettre au patient de s'aider lui-même.

OUTIL 1 : Éducation et compréhension – « Comprendre la douleur pour ne pas la craindre »

L'apprentissage de la physiologie de la douleur réduit l'anxiété face à la douleur. Une anxiété réduite diminuera l'activation de tous nos systèmes de protection : sympathique, endocrinien et moteur. Et une réduction de l'activation de ces systèmes peut permettre d'atténuer la douleur²³.

Mécanismes de la douleur: Lorsque vous travaillez auprès de patients qui souffrent de douleur chronique, l'une des missions les plus importantes consiste à leur faire prendre conscience de la différence entre la douleur aiguë et la douleur chronique. De nombreux patients souffrant de douleur chronique traitent leur douleur comme si elle était aiguë, ce qui a une influence négative sur leur comportement douloureux.

Douleur aiguë: « *Douleur associée à une lésion tissulaire, une inflammation ou un processus pathologique* » (IASP, 2011). La douleur aiguë représente un signal d'alarme. En tant que tel, elle sert à protéger le corps contre les dommages tissulaires. Si une lésion tissulaire s'est produite, la douleur aiguë permet du temps pour la guérison.

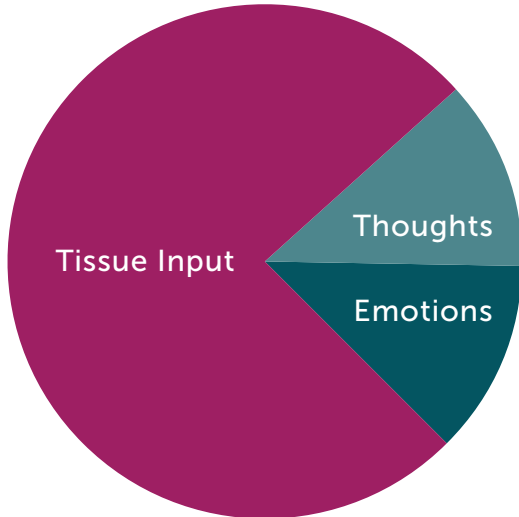
C'est le genre de douleur que vous ressentez lorsque vous vous coupez le doigt ou que vous vous piquez avec une aiguille. Au début, vous ressentirez une douleur vive distincte et peu de temps après, une douleur non spécifique plus vague. Dans la douleur aiguë, il y a souvent une relation directe entre l'importance du dommage tissulaire et la douleur. Et la douleur disparaîtra lorsque le tissu sera guéri.

Douleur chronique: « *Douleur qui apparaît après la guérison des tissus* » ou « *Douleur qui dure plus de 3 à 6 mois* ».

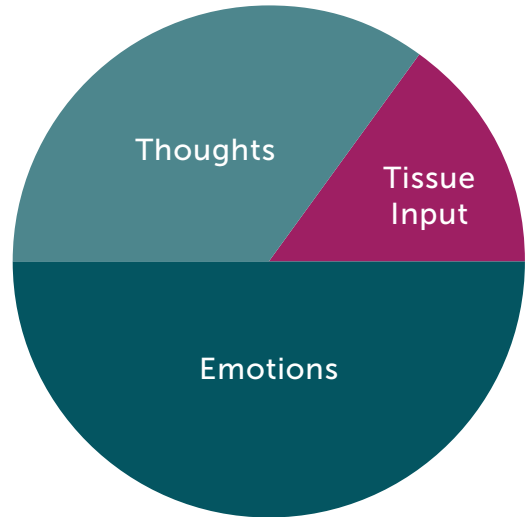
Le message le plus important est que la douleur chronique n'est pas un signal d'alarme comme la douleur aiguë. Elle ne sert pas de fonction protectrice pour le corps. La douleur chronique *n'est pas une douleur aiguë à long terme, mais est une situation dans laquelle la douleur est le problème en soi*. En opposition à la douleur aiguë, les pensées et les émotions jouent un rôle beaucoup plus important.

23 Moseley, GI, Hodges PW, Nicholas MK. A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain (Un essai contrôlé randomisé d'éducation intensive en neurophysiologie dans la lombalgie chronique). Clin J pain, 2003 + Moseley GI. Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain (Preuve d'une relation directe entre les changements cognitifs et physiques au cours d'une intervention éducative chez les personnes souffrant de lombalgie chronique). Euro J Pain, 2004. 8:39-45

ACUTE PAIN



CHRONIC PAIN



Source : "The Psychological Management of Chronic Pain (La gestion psychologique de la douleur chronique) par William W. Deardorff, Ph.D, ABPP

Sensibilisation du système nerveux central et ses conséquences

Le modèle de sensibilisation centrale est mieux expliqué au survivant de torture en des termes simples : « En raison de la douleur intense et répétée infligée pendant la torture, certains changements sont survenus dans votre cerveau, ce qui l'a rendu plus sensible aux stimuli douloureux. Cela signifie que vous avez un seuil douloureux inférieur à celui que vous aviez auparavant. Les sensations qui étaient douloureuses précédemment seront perçues à présent comme étant plus douloureuses. Certaines sensations que vous n'auriez pas ressenties douloureuses auparavant seront maintenant douloureuses. La douleur peut se propager à d'autres zones n'ayant pas été blessées auparavant, même si ces zones n'ont pas été touchées. C'est parce que votre cerveau a reçu, pendant longtemps, des signaux d'alarme de votre tissu endommagé et afin de vous protéger d'endommagement, qu'il a envoyé des signaux de douleur. Cela dure depuis si longtemps, que votre cerveau réagit désormais plus rapidement et plus intensément à ce genre de stimulus, ce qui vous fait ressentir une douleur plus importante, même s'il n'y a aucun problème au niveau des tissus. De plus, lorsque vous ne dormez pas assez bien, le système de réduction de la douleur que tout le monde possède ne fonctionne pas bien. Par ailleurs, le stress et l'hyperexcitabilité vous rendront plus sensible à la douleur, car le seuil douloureux est abaissé ».

OUTIL 2 : Prise de conscience

Une discussion essentielle avec un survivant de torture qui souffre de douleur chronique porte sur les facteurs qui influencent la douleur. L'objectif de cette discussion est de faire prendre conscience au patient des nombreuses dimensions qui affectent la façon dont la douleur se manifeste dans sa situation particulière.

Fonctions corporelles altérées - influence sur la douleur

Les survivants de torture qui souffrent de douleur chronique ont tendance à contracter leurs muscles pour tenter de se protéger de la douleur. Cela peut conduire à un cercle douleur-muscle, spasme-douleur. En cas de spasme, les muscles ont tendance à rester tendus ou contractés, le flux sanguin vers le muscle diminue et une posture corporelle anormale est développée pour compenser. Cela peut maintenir la douleur ou l'aggraver. La douleur est également susceptible d'influencer le profil respiratoire, favorisant potentiellement une respiration superficielle ou d'autres profils défaillants. Tous ces facteurs doivent être abordés avec le survivant de torture, afin de le sensibiliser et de l'encourager à modifier ce cercle négatif. Se concentrer sur :

- La modification de la posture corporelle
- Les tensions
- La modification de la respiration

Il est utile de discuter avec le survivant de torture sur ce qui influence l'expérience de sa douleur. Les facteurs peuvent être classés comme « expériences négatives », qui augmentent la douleur, et « expériences positives », qui diminuent la douleur. Cela peut être illustré en écrivant « douleur » sur une feuille de papier. Le patient est ensuite invité à choisir deux stylos de deux couleurs différentes, une couleur pour l'influence négative et une couleur pour l'influence positive. Les différents facteurs sont écrits autour de la « douleur » et les flèches pointant vers la « douleur » peuvent être faites d'une certaine taille afin d'indiquer à quel point un certain facteur influence la douleur. En prenant conscience des facteurs qui peuvent augmenter et réduire la douleur, le patient peut être encouragé à se concentrer sur les facteurs de réduction de la douleur et essayer de limiter les facteurs qui augmentent la douleur. Pour le thérapeute ainsi que pour le patient, il s'agit d'un outil utile pour avoir une vue d'ensemble. Souvent, cet exercice montrera que la plus grande influence négative sur la douleur est représentée par des mauvais souvenirs de la situation de torture.

Prise de conscience des pensées et des croyances concernant la douleur

Les pensées et les croyances sont aussi transmises par les impulsions nerveuses. Grâce à la recherche scientifique, il a été démontré que les processus de pensée peuvent être assez puissants pour maintenir un état douloureux²⁴. Les pensées nuisibles typiques peuvent être : « Je souffre donc il doit y avoir quelque chose de nocif qui arrive à mon corps » ou « Lorsque le scanner ne peut pas le trouver - cela doit être vraiment grave » ou « Je ne dois rien faire tant que la douleur ne disparaisse pas ». Abordez avec le patient les pensées et les croyances qu'il a à propos de sa douleur afin d'augmenter sa prise de conscience. Grâce à l'éducation au sujet de la douleur, la plupart de ces pensées qui maintiennent la douleur peuvent, espérons-le, être changées. Si non, il est important de les contester au cours d'une discussion avec le patient.

Promouvoir d'autres sensations du corps, outre la douleur

Pour de nombreux survivants de torture souffrant de douleurs à long terme, l'influx sensitif dominant du corps s'est transformé en douleur. Certains patients sont tellement concentrés sur cette sensation que d'autres influx sensitifs ont tendance à être négligés. Un petit exercice consiste à faire un « voyage corporel », en se concentrant sur d'autres influx sensitifs que la douleur. Quelques exemples sont la température, la silhouette du corps, la relation au sol (où le corps a-t-il une liaison avec le tapis ou la chaise), le rythme de la respiration, etc. Cet exercice peut être difficile, car leur attention habituelle est focalisée sur la douleur. Il faudra beaucoup de discipline pour essayer de passer outre cette focalisation. Un avantage supplémentaire de cet exercice est qu'il améliorera la prise de conscience globale du corps. Comme moyen de survie, de nombreux survivants de torture ont fermé au contact avec leur propre corps, en raison de la douleur extrême et de la souffrance résultant de la torture. Pour certains, ce contact n'a jamais été rétabli. Cela peut conduire à ignorer des signaux venant du corps et à être mal ancré au sol. Pour certains survivants de torture, recontacter la prise de conscience du corps peut être une expérience bouleversante et cet exercice doit être réalisé avec précaution afin d'éviter l'apparition de flashbacks, les crises de panique ou la dissociation.

OUTIL 3 : Activité – «Ce qui ne sert pas se perd »

Spirale d'inactivité - déconditionnement

Une conséquence typique de la douleur chronique est que le patient devient de plus en plus inactif. Moins se mouvoir entraîne une diminution de la force musculaire, réduit l'endurance et réduit la capacité respiratoire. Au fil du temps, cela peut augmenter l'invalidité. Après seulement quelques mois de mouvements réduits, de plus en plus d'activités deviendront difficiles et commenceront à provoquer de la douleur. Cette douleur supplémentaire n'est probablement pas liée à la cause initiale de la douleur, mais à des muscles affaiblis. Par conséquent, il est crucial d'aborder cette question avec le patient, afin de lui faire prendre conscience de l'importance de redevenir plus actif.

Crainte - évitement

Si le patient a un problème concernant la peur de la douleur, il sera utile d'utiliser l'illustration ci-dessous pour aborder avec lui les conséquences que cela peut avoir sur son comportement douloureux et comment cela peut influencer et maintenir la douleur.

(Voir p. 27 – Peur liée à la douleur).



Figure 1. Vlaeyen's cognitive-behavioral model of chronic pain pathogenesis (Le modèle cognitivo-comportemental de Vlaeyen de la pathogénie de la douleur chronique) (Vlaeyen JWS, Linton SJ. Pain (Douleur) 2000 (85) 317-332

Principes de régulation, activité progressive

De nombreux survivants de torture, souffrant de douleurs chroniques, sont devenus plus physiquement inactifs qu'ils ne le devraient. D'autres encore pensent qu'ils devraient être capables d'effectuer les mêmes activités qu'avant la torture, ce qui mène souvent vers une augmentation de la douleur. La régulation ou l'activité progressive peuvent être deux façons d'équilibrer doucement les activités des deux groupes de patients.

Régulation: il s'agit d'une méthode pour apprendre aux patients comment économiser leur énergie en travaillant et en se reposant par intermittence. La régulation peut être utilisée en faisant du sport ou au cours des activités quotidiennes et des situations professionnelles. Les principes de régulation fonctionnent comme suit :

- Le patient choisit une activité
- Il est demandé au patient d'estimer sa capacité physique actuelle en vue de cette activité.
- Le niveau de l'activité est alors fixé à 20-25 % en dessous de cette estimation. C'est la base pour l'entraînement.
- Le patient exerce son activité et prend une pause de la même durée que l'activité. La pause peut par exemple être une autre activité.
- Si aucune douleur n'est ressentie ou anticipée, la procédure est répétée 1 ou 2 fois de plus.
- Les « mauvais » jours, le patient réduit l'activité de 50 %.
- Lorsque la douleur s'est stabilisée, la charge / l'impact est augmenté de 10 %. Cette « régulation » - augmentation de la charge - peut par exemple être effectuée toutes les deux semaines.
- Le patient peut être encouragé à tenir un journal afin de suivre son évolution.

Exercice progressif: Il chevauche quelque peu la régulation. C'est un programme de traitement qui comprend une augmentation progressive de l'activité sur une certaine période et sans tenir compte du niveau de douleur.

Instruction pour l'exercice - force, endurance

Lorsque vous accompagnez un survivant de torture dans l'enseignement des exercices, il est important de le faire conformément aux principes décrits ci-dessus. Il est possible que le niveau de douleur augmente, au cours de l'exercice et jusqu'à 4 heures après. Avertissez le patient qu'il s'agit d'une expérience normale afin de prévenir l'anxiété et la perte de motivation. Cela sert également à établir un équilibre entre la gestion du niveau de la douleur et à ne pas se concentrer de façon excessive sur la douleur.

OUTIL 4 : Réduction du stress physique - comment réduire l'excitabilité et la tension

Un outil important pour réduire la douleur est d'apprendre au survivant de torture comment réduire son excitabilité, car une excitabilité élevée augmente la douleur et la tension musculaire.

Relaxation :

Les exercices de relaxation donnent au patient *un outil pour activer le système nerveux parasympathique* (freiner) et réduire l'hyperexcitabilité et la tension musculaire. S'ils sont utilisés régulièrement sur un espace-temps, les exercices de relaxation peuvent aider à réduire la douleur et la tension musculaire. Les exercices de relaxation effectués au fil du temps peuvent également aider à rétablir le rythme de sommeil perturbé, et ainsi donner au patient plus d'énergie pour supporter la douleur. (Voir annexe 1)

Techniques de respiration

C'est un moyen rapide et simple pour activer le système nerveux parasympathique (« freiner ») et réduire l'hyperexcitabilité et ainsi diminuer la tension musculaire et la douleur. (Voir annexe 2)

Visualisation / images agréables

Les images agréables sont un bon moyen d'être distrait de la douleur, d'atteindre une relaxation profonde et de réduire la perception de la douleur. Cette procédure favorise la relaxation simplement en concentrant l'attention sur des images agréables, détendues et positives. (Voir annexe 3.)

Distraction

Un autre moyen de parvenir à une véritable relaxation est la distraction. Les survivants de torture souffrant de douleur chronique ont tendance à se concentrer sur leur corps douloureux et sur ce qu'ils ne peuvent pas faire. C'est la nature humaine. La capacité à s'occuper d'autres choses est, cependant, aussi la nature humaine et cette capacité peut être utile afin de réduire la douleur. Moins le patient porte une attention à sa douleur, moins la douleur sera invalidante et envahissante. Certains patients vont s'opposer à cette approche et dire : « Je ne peux pas me distraire. Ma douleur est trop sévère ». Ici, il faut reconnaître que contrôler l'attention en cas de douleur est difficile et que cette technique ne procurera pas de soulagement immédiat. La distraction efficace prend du temps et de l'entraînement. Cherchez un type de distraction qui a un sens pour le survivant de torture. S'il est religieux, la prière peut par exemple être un élément de distraction puissant (Voir Annexe 4).

Documentation

Butler & Moseley: « Explain Pain »(Expliquer la douleur), Noigroup Publications, Adelaide, Australia, 2003

Flor & Turk: « Chronic Pain – An Integrated Biobehavioral Approach » (Douleur chronique- Une approche comportementale intégrée), IASP Press, Seattle, 2011

Sluka et al: « Mechanisms and Management of Pain for the Physical Therapist »(Mécanismes et prise en charge de la douleur pour le kinésithérapeute), IASP Press, Seattle, 2009

Asmundson, Vlaeyen, Crombez: « Understanding and treating fear of Pain »(Comprendre et traiter la peur de la douleur), Oxford University Press, 2004

Bates: « Biocultural Dimensions of Chronic Pain – Implication for Treatment of Multi-Ethnic Population »(Dimensions bioculturelles de la douleur chronique - Implication pour le traitement des populations multi-ethnique), State University of New York Press, 1996

CHAPITRE 3 : Syndrome de stress posttraumatique (SSPT), hyper excitabilité et réactions physiques

Définition

Selon les critères de diagnostic du DSM-IV-TR du SSPT, à la fois a) et b) doivent avoir eu lieu :

- a. perte de « l'intégrité physique », ou risque de blessure grave ou de mort, pour soi-même ou pour autrui, et
- b. une réaction émotionnelle négative intense.

De plus, une ou plusieurs des réactions suivantes doivent être présentes chez la victime, ainsi que c) et d) :

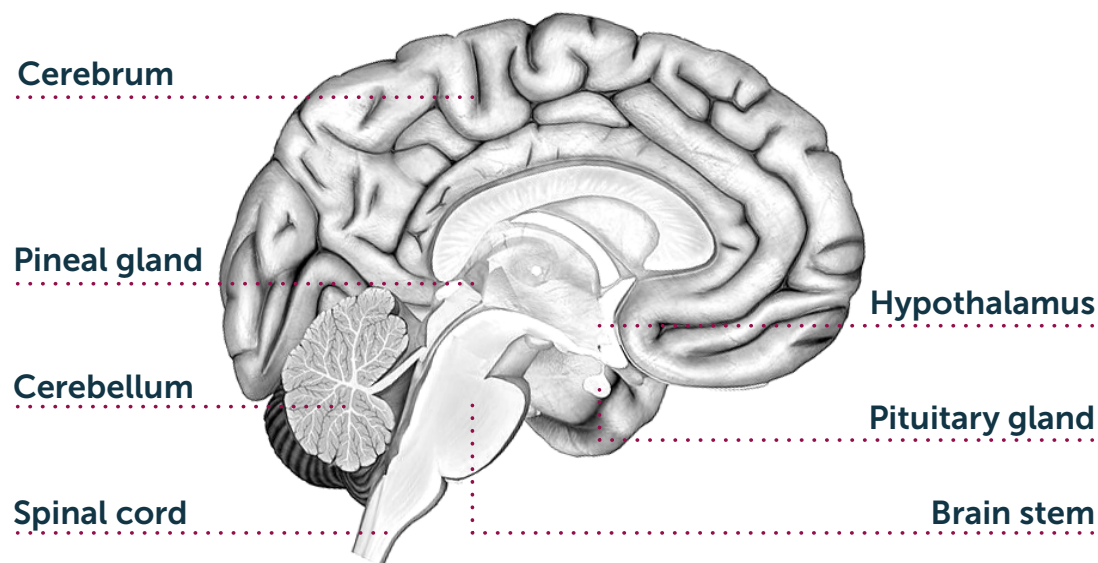
1. flashback ou souvenirs envahissants
 2. mauvais rêves récurrents
 3. revivre de façon subjective le (les) événement(s) traumatisant(s)
 4. une réaction psychologique ou physiologique négative intense face à tout rappel objectif ou subjectif de l' (des) événement(s) traumatisant(s).
 5. symptômes d'évitement persistant
 6. indifférence émotionnelle
 7. symptômes persistants d'hyperexcitabilité, qui n'étaient pas présents avant l'événement traumatisant.
- c. Les symptômes doivent persister au moins un mois après l'événement traumatisant.
 - d. Les symptômes doivent entraîner une « détresse ou une altération significative sur le plan clinique » des principaux domaines d'activité de la vie.

Description du problème

De nombreux survivants de torture souffrent de certains symptômes du SSPT. La situation peut avoir un impact important sur la vie quotidienne du survivant de torture, tel que

- *le manque de concentration et les troubles de la mémoire* peuvent rendre impossible pour le survivant de torture d'apprendre une nouvelle langue ou de s'engager dans d'autres formes d'enseignement.
- *la tendance à l'isolement* peut empêcher un survivant de torture d'accompagner ses enfants au jardin d'enfants ou d'aller au supermarché.
- *le niveau d'excitabilité élevé* peut rendre impossible une bonne nuit de sommeil, avec toutes les conséquences que cela peut avoir,
- il peut être *difficile de contrôler son humeur*.

La liste des problèmes associés est longue. Le SSPT est souvent compliqué par le fait qu'il survient fréquemment conjointement avec des troubles associés tels que la dépression, les crises de panique, la toxicomanie, ainsi que d'autres problèmes de santé physique et mentale.



La physiologie du stress aigu

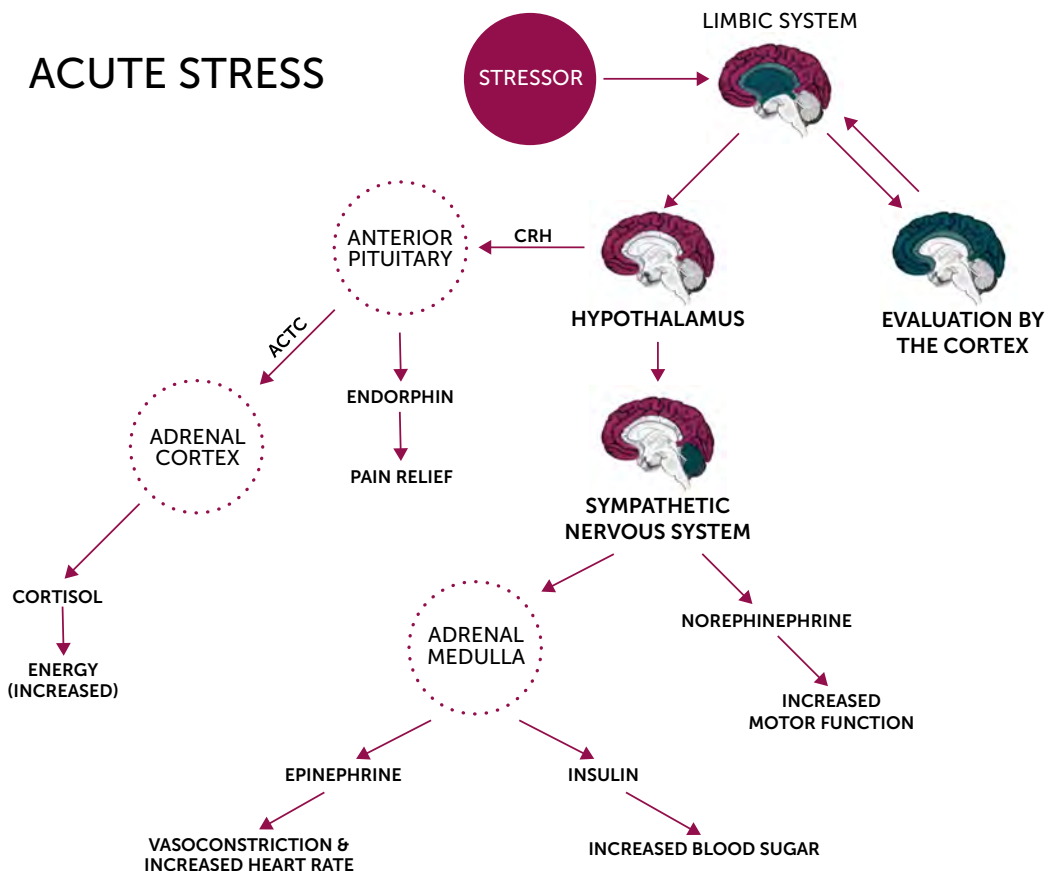
La réponse au stress commence dans le cerveau. Lorsque quelqu'un fait face à une voiture venant en sens inverse, un incendie important ou un autre danger, les yeux, les oreilles ou le nez (ou les trois) envoient l'information à l'amygdale, une zone du cerveau qui contribue au traitement émotionnel. L'amygdale interprète les images et les sons. Quand elle perçoit un danger, elle envoie instantanément un signal de détresse à l'hypothalamus. L'hypothalamus fonctionne comme un centre de commande, et communique avec le reste du corps via le système nerveux autonome, qui contrôle des fonctions corporelles involontaires comme la respiration, la pression artérielle,

les battements cardiaques et la dilatation ou la constriction des vaisseaux sanguins essentiels et des petites voies respiratoires dans les poumons. Le système nerveux autonome possède deux composants, le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique. Le système nerveux sympathique fonctionne comme une pédale d'accélérateur dans une voiture. Il déclenche la réponse dite « de lutte ou de fuite », en apportant au corps un élan d'énergie afin qu'il puisse répondre aux dangers perçus. Le système nerveux parasympathique agit comme un frein. Il favorise la réponse dite de « repos et digestion » qui apaise le corps quand le danger est passé.

Une fois que l'amygdale a envoyé un signal de détresse, l'hypothalamus active le système nerveux sympathique en envoyant des signaux à travers les nerfs autonomes vers les glandes surrénales. Ces glandes répondent en libérant l'hormone d'adrénaline (également connue sous le nom d'épinéphrine) dans la circulation sanguine. Au fur et à mesure que l'adrénaline circule à travers le corps, elle entraîne un certain nombre de changements physiologiques qui prépareront le corps à réagir à la menace :

- Le rythme respiratoire augmente
- La fréquence cardiaque augmente
- Le flux sanguin est dirigé vers les muscles et le cœur, et loin de la peau et des intestins
- Un plus grand nombre de globules rouges sont libérés de la rate pour augmenter la capacité du sang à transporter de l'oxygène

ACUTE STRESS



- Le contenu de glucose dans le sang augmente pour mobiliser plus d'énergie pour les muscles
- La transpiration augmente pour se débarrasser de la chaleur excessive
- Les pupilles sont dilatées pour aiguïser la vision

Peu de temps après, l'hypothalamus active le deuxième composant du système de réponse au stress – connu sous le nom d'axe HPA. Ce réseau comprend l'hypothalamus, l'hypophyse et les glandes surrénales. Si le cerveau continue à percevoir quelque chose de dangereux, l'hypothalamus libère la corticolibérine (CRH) qui stimule l'hypophyse à libérer l'hormone corticotrope (ACTH). Cela active à nouveau les glandes surrénales pour libérer le cortisol. Le cortisol, à un certain niveau, inhibera l'ACTH et la CRH permettant de mettre un terme à l'état d'alerte et au corps de retrouver son équilibre normal.

La réponse la plus commune à la menace est « lutter et fuir ». Si la menace est si écrasante que l'individu évalue (inconsciemment) la situation comme étant impossible à lutter ou à fuir, une troisième réponse peut être : « geler ». Cette réaction est également appelée « immobilisation tonique » et se caractérise par une paralysie, soit avec des muscles lâches (comme une souris capturée par un chat), soit avec des muscles raides (comme une gazelle ou un lapin ébloui par des phares).

Pendant l'immobilisation, la notion du temps et de l'espace est altérée, le ressenti de la douleur est réduit et l'émotion est atténuée. En tant que telle, l'immobilisation tonique est une défense de survie précieuse. La physiologie de la réaction d'immobilisation n'est pas aussi bien décrite que le fait de « lutter et fuir ». On pense que l'axe HPA est impliqué et que le système nerveux parasympathique est activé en même temps que le système nerveux sympathique, mais il s'agit uniquement d'une hypothèse.

La physiologie du SSPT

L'étiologie du SSPT est inconnue. Les dernières années ont apporté des recherches approfondies dans le domaine et certains modèles deviennent plus clairs.

La plupart des études ont montré que les patients atteints de SSPT ont de faibles taux de cortisol²⁵. On ne sait pas pourquoi ni ce que cela signifie, mais il est raisonnable de croire que le faible taux de cortisol pourrait être responsable d'une hyperréactivité continue. Nous savons qu'il faut un certain taux de cortisol pour inhiber la CRH et l'ACTH.

Les études^{26,27} montrent que la fonction de trois zones du cerveau peut être modifiée dans le syndrome de stress post-traumatique : le cortex préfrontal, l'amygdale et l'hippocampe. Dans certaines études, le volume de l'hippocampe diminue chez les patients atteints de

25 Yehuda et al, 1990, 1995, Bauer, Priebe, and Graf, 1994

26 Turnbull, GJ. The biology of posttraumatic stress disorder (La biologie du trouble de stress post-traumatique). *Psychiatrie* 5:7. 2006 Elsevier

27 Bisson, JI. The neurobiology of posttraumatic stress disorder (La neurobiologie du trouble de stress post-traumatique). *Psychiatrie* 8:8. 2009 Elsevier

SSPT,^{28, 29, 30, 31}. Comme on pense que l'hippocampe, avec le cortex préfrontal, atténue la réaction de peur déclenchée par l'amygdale, une réponse diminuée de l'hippocampe peut entraîner une incapacité à réguler efficacement l'activité de l'amygdale, entraînant une hyperréactivité à la menace imaginée.

Les traumatismes de l'enfance⁶ et l'adversité chronique semblent augmenter la prévalence du SSPT. La dissociation péri-traumatique semble également prédire le développement du SSPT. Être exposé à un traumatisme causé délibérément par un autre être humain (par exemple, agression sexuelle, torture, abus d'enfant, etc.) comporte un risque plus élevé de SSPT que le fait d'être exposé à un traumatisme causé par un objet (par exemple un accident de voiture) ou une catastrophe naturelle (par exemple un tremblement de terre)³².

Tout ceci étant dit, il faut souligner qu'il existe une controverse considérable au sein de la communauté médicale concernant la neurobiologie du SSPT.

Symptômes

À la suite d'un événement traumatisant, presque toutes les personnes éprouveraient certains symptômes du SSPT. Lorsque nous parlons d'événements extrêmes, tels que la torture ou la détention dans un camp de concentration, 8 sur 10 développent un SSPT⁸.

Les symptômes du SSPT peuvent survenir soudainement, progressivement, ou aller et venir au fil du temps. Ils peuvent être déclenchés par quelque chose qui vous rappelle l'événement traumatisant d'origine ou ils peuvent apparaître comme venant de nul part. Les symptômes peuvent être répartis dans les catégories suivantes :

Symptômes liés au fait de revivre l'événement

- Souvenirs intrusifs et bouleversants de l'événement
- Flashbacks – revivre le traumatisme encore et encore
- Cauchemars (soit de l'événement traumatisant ou d'autres choses effrayantes)
- Sentiment de détresse intense lorsqu'on lui rappelle le traumatisme
- Réactions physiques intenses face aux rappels de l'événement (par exemple, battements du cœur, respiration rapide, nausée, tension musculaire, transpiration)

28 Psychiatrie biol. 2006;59:171-177

29 Hippocampe 14:292-300 (2004)

30 Journal of Psychiatric Research (Journal de la recherche psychiatrique) 40(2006) 1-21

31 Neuroimag Clin N Am 17 (2007) 523-538

32 Ekman R, Arnetz B. Stress. 2006. FADL's Forlag

Symptômes d'évitement et d'indifférence émotionnelle

- Éviter les activités, les lieux, les pensées, les objets ou les sentiments qui vous rappellent le traumatisme
- Incapacité à se souvenir d'aspects importants du traumatisme
- Perte d'intérêt pour des activités qui étaient agréables dans le passé et pour la vie en général
- Se sentir émotionnellement indifférent et détaché des autres
- Sentiment d'un avenir limité (vous ne vous attendez pas à vivre une vie normale, se marier, avoir des enfants, avoir une carrière, etc.)

Symptômes d'excitabilité accrue :

- Difficultés à s'endormir ou à rester endormi
- Irritabilité ou explosion de colère
- Hypervigilance, sensation de tension ou « nervosité »
- Difficulté à se concentrer
- Se sentir agité et facilement effrayé
- Sensibilité accrue au stress

Autres symptômes communs du SSPT :

- Culpabilité, honte ou autoaccusation
- Dépression et désespoir
- Pensées et idées suicidaires
- Sentiment d'être seul et isolé
- Sentiment de méfiance et de trahison
- Crises de panique
- Maux de tête, problèmes gastriques, douleurs thoraciques, diminution de la défense immunitaire

Intervention interdisciplinaire

La kinésithérapie est l'intervention principale pour le SSPT en parallèle d'un traitement pharmacologique. La Thérapie d'Exposition prolongée, EMDR et d'autres types de CBT avec expérience somatique sont des méthodes largement utilisées.

La thérapie familiale est une autre intervention importante, car le SSPT peut avoir un impact négatif sur l'ensemble de la famille.

La kinésithérapie est un complément efficace à ces interventions.

Évaluation et intervention en kinésithérapie

Si possible, les échelles BARS (Échelle d'Évaluation de Conscience corporelle) ou BAS (Échelle de Conscience corporelle) sont de bons outils d'évaluation qui peuvent permettre d'appréhender certains des symptômes physiques du SSPT. Si ce n'est pas une option, l'observation des réactions végétatives, la respiration, le degré d'excitabilité, le niveau d'attention et la capacité à être mentalement présent sont des mesures utiles pour évaluer les réactions physiques au SSPT. Une évaluation de la conscience corporelle du patient peut également être pertinente, car de nombreux patients atteints du SSPT ont une perception diminuée de leur corps, peut-être en raison de la dissociation.

En tant qu'intervention en kinésithérapie, il peut être recommandé d'utiliser :

- **Psychoéducation sur le SSPT et les réactions physiques associées**
 - Cela devrait comprendre des informations sur ;
 - la réaction aiguë au stress - la réponse « lutter-fuir-geler »
 - comment la réaction de stress est ressentie dans le corps et pourquoi
 - comment le corps réagit à un stress prolongé
 - L'objectif de cette intervention est ;
 - d'améliorer les connaissances du patient sur ses réactions physiques face au stress afin qu'il puisse avoir
 - une meilleure compréhension de ses réactions, et ainsi réduire l'anxiété qui peut être suscitée par ces réactions
- **Exercices de respiration**
 - Il s'agit d'un moyen rapide et simple d'activer le système nerveux parasympathique (freiner) et de réduire l'hyperexcitabilité.
 - Peuvent être utilisés pour aider, par exemple, à contrôler l'anxiété et la colère

- **Différents types de relaxation**
 - Les exercices de relaxation fourniront au patient un outil pour activer le système nerveux parasympathique (freiner) et réduire l'hyperexcitabilité et optimiser la tranquillité.
 - S'ils sont utilisés régulièrement et dans la durée, les exercices de relaxation peuvent aider à contrer certaines des réactions physiques négatives face au stress, par exemple l'hypertension.
- **Exercices d'encrage au sol**
 - L'objectif principal des exercices d'encrage au sol est de parvenir à une meilleure stabilité et la sensation de se tenir fermement et avec souplesse au sol.
 - L'encrage au sol est mieux travaillé avec des articulations souples / ouvertes, permettant à la gravité de les rapprocher. Cela activera de façon réflexe les muscles posturaux afin qu'ils se contractent et travaillent contre la gravité.
 - Les exercices devraient être effectués de façon rythmique, car cela stimulera la respiration à se caler sur ce rythme. Une respiration régulière et rythmée facilitera le calme et le contrôle.
 - Un bon sens d'encrage au sol favorise un bon équilibre et une sensation de se tenir fermement sur le sol, à la fois physiquement et mentalement.
- **Thérapie de Sensibilisation de Base du Corps (BBAT)**
 - La BBAT consiste en un ensemble d'exercices de faible intensité effectués en position allongée, assise ou debout. Les exercices sont effectués de façon répétée et rythmée. Le concept inclut l'entraînement de la conscience mentale du patient tout en effectuant les exercices.
 - L'objectif de la BBAT est d'augmenter la fluidité des mouvements, d'améliorer l'équilibre et la stabilité et d'avoir une respiration libre. D'autres objectifs sont d'améliorer le sentiment d'être centré, d'augmenter la sensation de ses propres limites, et de rétablir le contact avec son propre corps. Un objectif plus général est de se mouvoir sans effort d'une manière plus harmonieuse en utilisant le moins d'énergie possible.
 - Lorsque cela est effectué régulièrement et dans la durée, les réalisations physiques débordent sur l'état d'esprit du patient afin qu'il atteigne une plus grande conscience dans le moment présent, une meilleure estime de soi et une meilleure stabilité mentale.
- **Autres façons de prendre conscience du corps**
 - Il existe une multitude de différents moyens pour former la conscience corporelle. Le dénominateur commun pour tous est que les exercices s'efforcent d'obtenir un meilleur contact et une meilleure conscience du corps.
- **Entraînement à la pleine conscience**

- La pleine conscience est la pratique consistant à focaliser l'attention sur ce qui se passe au moment présent et à l'accepter sans jugement.
- La pleine conscience peut être pratiquée en tant qu'exercices distincts ou de manière moins formelle lorsque le patient est encouragé à rester dans le présent et à participer réellement à la vie. N'importe quelle tâche ou mouvement peut être utilisé pour pratiquer la pleine conscience, par exemple la marche consciente.
- L'entraînement à la pleine conscience peut aider les patients à améliorer leur capacité à se concentrer, à rester dans le présent et à soulager le stress.
- **L'entraînement physique, à la fois l'endurance et le renforcement, fait avec un grand component de la pleine conscience et de la conscience du corps**
 - o Si pratiqué régulièrement, à intensité modérée, l'exercice physique offre de nombreux avantages pour la santé. Il améliore le taux de cholestérol, abaisse la tension artérielle, maintient les os solides et en bonne santé et améliore le système immunitaire. Il stimule également le métabolisme et l'humeur. De cette façon, il enrayer certaines des conséquences négatives du stress / SSPT à long terme.
 - o Si l'exercice est pratiqué peu de temps après la réponse au stress, les hormones du stress peuvent également être consommées comme la nature l'a voulu.
 - o Si l'exercice est pratiqué avec toute l'attention sur la tâche à accomplir, sur les sensations dans le corps et sur l'environnement, l'effet anti-stress peut être renforcé. Cela devrait rendre le patient plus calme et plus centré.
- Les activités rythmiques et répétitives, telles que la marche, le jogging, la natation ou le cyclisme, peuvent être apaisantes et relaxantes. Le patient devrait être conscient de la façon dont sa respiration complète l'activité. Ensuite, il devrait respirer de façon rythmée, en se concentrant sur le mouvement et la respiration.
- Il convient de noter qu'en cas de stress aigu, il est important de maintenir l'intensité de l'exercice à un niveau faible à modéré afin de ne pas activer le système nerveux sympathique à un niveau trop élevé.
- **Massage de relaxation**
 - La recherche montre que le massage abaisse la pression artérielle et la fréquence cardiaque et peut améliorer certaines mesures de la fonction immunitaire.
 - Une revue de 2005 des études de recherche impliquant la massothérapie a montré que le massage augmentait l'activité des substances chimiques cérébrales liées au plaisir chez des patients présentant un large éventail de problèmes physiques et psychologiques.
- **Entraînement cognitivo-comportementale, par exemple en se concentrant sur la rupture de l'isolement ou l'utilisation des transports publics.**

Suivi et évaluation

Le suivi particulier du SSPT fait partie de l'évaluation et de l'intervention psychothérapeutique.

En kinesithérapie, les outils de suivi, utilisés dans un contexte plus large, peuvent également être utilisés pour indiquer les progrès concernant le SSPT. Les outils de suivi pourraient être le BAS, BARS, l'établissement d'objectifs individuels et le DRI (Indice d'Évaluation d'Invalidité).

Documentation

Salpolsky, R. Why Zebras don't get Ulcers (Pourquoi les zèbres n'ont pas d'ulcères). Henry Holt & Company. 2004. 3ème éd.

Rothschild, B. The Body Remembers (Les Souvenirs du Corps). W.W. Norton & Company, N.Y & London. 2000.

Ekman, R, Arnetz, B, (Red.). Stress – Individet, Samfundet, Organisationen, Molekylerne. FADL's forlag, Danemark. 2006.

Bisson, J. The neurobiology of post-traumatic stress disorder (La neurobiologie du syndrome de stress post-traumatique). Psychiatrie 8:8. Elsevier 2009

Yehuda, R. Biology of Posttraumatic Stress Disorder (Biologie du Syndrome de Stress post-traumatique). Journal de psychiatrie clinique 2001; 62 (suppl 17)

Turnbull, GJ. The biology of Post-Traumatic Stress Disorder (La biologie du trouble de stress post-traumatique). Psychiatrie 5:7. Elsevier 2006

Nemeroff, CB, Bremner, JD et al. Posttraumatic Stress Disorder: (Trouble de stress post-traumatique :) A state-of-the-science review (un examen de l'état de la science). Journal of Psychiatric Research (Journal de la recherche psychiatrique) 40(2006) 1-21

Shin, L, Rauch, SL, Pitman, RK. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex and Hippocampal Function in PTSD (Amygdale, cortex préfrontal médial et fonction hippocampique dans le syndrome de stress post-traumatique. Ann, N.Y.Acad. Sci. 1071: 67-79(2006)

Shin, L et al. Hippocampal Function in Posttraumatic Stress Disorder (Fonction hippocampique dans le trouble de stress post-traumatique). Hippocampe 14:292-300 (2004)

McFarlane, AC, Atchison, M, Rafalowicz, E, Papay, P. Physical symptoms in post-traumatic stress disorder (Symptômes physiques dans le trouble de stress post-traumatique). Journal of Psychosomatic Research (Journal de la recherche psychosomatique), Vol. 38, No. 7, pp. 715-726 1994.

Coltrera, Francesca; Leinwand, Karin; Stress management : approaches for preventing and reducing stress (approches pour prévenir et réduire le stress) / Harvard Medical School. Boston, MA

Harvard Health Publications, 2011. ISBN 978-1-935555-60-5 NIMH Fact Sheet on Post Traumatic Stress Disorder Research (Fiche d'information NIMH sur la recherche sur les troubles de stress post-traumatique)

www.helpguide.org/mental/post_traumatic_stress_disorder_treatment_self-help

www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/com

www.nlm.nih.gov/medlineplus/posttraumaticstressdisorder.html

www.nimh.nih.gov/health/trials/index.shtml

CHAPITRE 4 : Troubles du sommeil

De nombreux survivants de torture souffrent de divers troubles du sommeil. Ils peuvent avoir des difficultés à s'endormir en raison de souvenirs intrusifs, de flashbacks et de pensées troublantes. Certains survivants de torture maintiennent un haut niveau de vigilance, provoquant un niveau élevé d'adrénaline dans le sang, ce qui peut avoir une influence négative sur le sommeil. Pendant le sommeil, des cauchemars ou la douleur peuvent provoquer des réveils suivis de difficultés à se rendormir. Certains survivants de torture souffrent de dépression ou d'anxiété et ces conditions peuvent également influencer le sommeil de façon négative. Le résultat c'est que de nombreux survivants de torture ont un sommeil de très mauvaise qualité, avec un maximum de 4 à 5 heures de sommeil fragmenté chaque nuit. Parmi les patients atteints du SSPT, 50 à 70% rapportent des cauchemars chroniques et au moins autant rapportent des insomnies fréquentes³³.

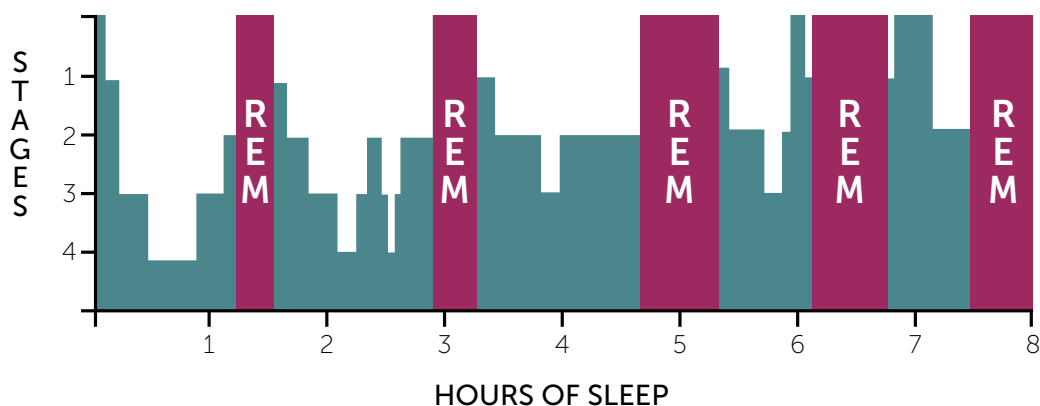
Phases du sommeil

Le sommeil est rythmé par des cycles distincts, qui se répètent toute la nuit. Avec les électroencéphalogrammes, les phases du sommeil peuvent être divisées en deux phases différentes:

- 1.) Sommeil lent (phases 1 à 4), divisé en :
 - a. Sommeil léger (phases 1 et 2)
 - b. Sommeil profond (phases 3 et 4)
- 2.) Sommeil paradoxal (REM = Mouvement rapide des yeux)

SLEEP STAGES

AWAKE



1) Phases 1 à 4 du sommeil

Phase 1 (Transition vers le sommeil)

- Cette phase est une courte période de « somnolence » transitoire d'environ 5 minutes. Les pensées deviennent ternes. Vous dérivez par intermittence vers cette phase. Parfois, vous pouvez vous souvenir des visions au cours de cette phase, comme un aperçu de vos rêves. Quelques spasmes musculaires peuvent survenir.

Phase 2 (Sommeil léger)

- Cette phase dure 10 à 25 minutes. Vous entrez dans un sommeil léger, vous n'avez pas de pensées et vous êtes facilement réveillé. Aucun mouvement oculaire, la fréquence cardiaque ralentit et la température du corps diminue.

Phases 3 et 4

- Le sommeil profond est caractérisé par une relaxation, une diminution du métabolisme, une diminution du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la température. Cette phase profonde dure 30 à 40 minutes en début de nuit, mais diminue pendant la nuit en profondeur et en durée. Pendant le sommeil profond, l'activité du cerveau diminue progressivement. L'activité musculaire diminue. C'est difficile de vous réveiller, et si on vous réveille, vous ne vous adaptez pas immédiatement et vous vous sentez souvent étourdi et désorienté pendant plusieurs minutes.

Les quatre phases sont liées à :

- La relaxation
- La faible activité musculaire
- La diminution de la pression artérielle
- La diminution du rythme cardiaque et de la respiration
- La diminution du métabolisme
- L'augmentation de l'hormone de croissance (seulement vu au cours des phases 3 et 4).

Sommeil paradoxal

Après la première phase de sommeil profond, soit environ une heure et demie après l'endormissement, vous retrouverez le sommeil léger. Ici, vous entrez dans le sommeil paradoxal. Ce dernier est caractérisé par :

- Les yeux bougent rapidement et périodiquement d'un côté à l'autre.
- Activité considérable du cerveau.
- Les muscles sont extrêmement détendus, en fait comme paralysés.
- La fréquence cardiaque et le rythme respiratoire sont irréguliers.
- La pression sanguine varie.

Le sommeil paradoxal est une phase de sommeil psychologiquement active, qui représente 20 à 25 % du sommeil. Pendant le sommeil paradoxal, le cerveau fonctionne, mais les muscles sont presque paralysés et vous ne pouvez plus bouger. Les différentes phases du sommeil se succèdent selon un certain schéma tout au long de la nuit. Vous pouvez dire que le sommeil paradoxal est caractérisé par un cerveau « éveillé » dans un corps « endormi ».

Les périodes de sommeil paradoxal durent de 15 minutes au début de la nuit à 30 à 40 minutes à l'approche du matin. Vous rêvez de façon plus concrète et plus considérable pendant le sommeil paradoxal, surtout en fin de nuit.

De combien d'heures de sommeil avons-nous besoin ?

- La plupart des adultes en bonne santé ont besoin de 6,5 à 8,5 heures de sommeil par nuit pour fonctionner au mieux. Mais le besoin de sommeil est très individuel.
- Il y a une grande différence individuelle entre la quantité de sommeil avec laquelle vous pouvez vous débrouiller et la quantité dont vous avez besoin pour fonctionner de manière optimale.

Santé et sommeil

Il semble que nous profitons le plus du sommeil profond. Au cours de cette phase de sommeil ;

- Le corps se répare et accumule de l'énergie pour la journée à venir
- La croissance et le développement sont stimulés. Le sommeil profond déclenche une libération accrue de l'hormone de croissance, ce qui favorise la croissance chez les enfants.
- Le sommeil profond aide à développer la masse musculaire et à réparer les cellules et les tissus chez les enfants et les adultes.
- Le système immunitaire est stimulé. L'hormone qui combat les infections augmente

durant le sommeil. Cela pourrait expliquer pourquoi une bonne nuit de sommeil vous empêche de tomber malade et vous aide à récupérer lorsque vous tombez malade.

- Nous avons besoin de sommeil pour penser clairement, lire rapidement et créer des souvenirs. En fait, les voies dans le cerveau qui nous aident à apprendre et nous souvenir, sont très actives lorsque nous dormons. Des études montrent que les personnes qui apprennent des tâches mentalement difficiles le font mieux après une bonne nuit de sommeil. D'autres recherches suggèrent que le sommeil est nécessaire pour la résolution créative de problèmes. Des études montrent que lorsque vous manquez de sommeil, vous êtes plus susceptible de prendre de mauvaises décisions et de prendre plus de risques. Cela peut entraîner une baisse des performances au travail ou à l'école et un risque accru d'accidents de voiture.
- Des études indiquent que le sommeil paradoxal joue un rôle clé dans l'apprentissage et la mémoire. Pendant le sommeil paradoxal, votre cerveau consolide et traite les informations que vous avez acquises au cours de la journée, forme des connexions neuronales qui renforcent la mémoire, et reconstitue sa réserve en neurotransmetteurs.

Conséquences du manque de sommeil

Lorsque continuellement vous n'obtenez pas la quantité de sommeil dont vous avez besoin, vous commencez à payer pour cela de plusieurs manières :

Humeur, mémoire et concentration altérées. Lorsque vous ne dormez pas assez, vous êtes moins productif. Le manque de sommeil affecte votre capacité à vous concentrer et à vous souvenir des choses. Cela vous rend irritable et de mauvaise humeur. Par conséquent, vos compétences sociales et à prendre des décisions sont affectées. De plus votre capacité à faire face au stress en souffre également.

Système immunitaire affaibli. Sans sommeil suffisant, le système immunitaire devient faible, ce qui vous rend plus vulnérable aux rhumes, à la grippe et à d'autres infections et maladies. Et si vous tombez malade, il vous faudra plus de temps pour récupérer.

Risque accru d'accidents. Saviez-vous que conduire tout en étant privé de sommeil est similaire à la conduite en état d'ébriété ? Le manque de coordination motrice associée au manque de sommeil vous rend également plus vulnérable aux chutes et aux blessures.

Risque accru de problèmes de santé. Ce sont des conditions telles que l'hypertension, le diabète, les maladies cardiaques, etc. Des études démontrent que le fait de ne pas dormir suffisamment ou d'avoir un sommeil de mauvaise qualité augmente le risque d'hypertension, de maladies cardiaques et d'autres problèmes de santé.

Risque accru d'obésité. Les hormones libérées pendant le sommeil affectent la façon dont le corps utilise l'énergie. Des études montrent que moins les gens dorment, plus ils sont susceptibles d'être en surpoids ou obèses, de développer un diabète et de préférer manger des aliments riches en calories et en glucides.

Causes mentales et physiques communes des troubles du sommeil

Problèmes psychologiques / psychiatriques pouvant causer des troubles du sommeil :

Dépression, anxiété, stress chronique, SSPT. Alors que la dépression provoquera différentes perturbations du sommeil (difficulté à s'endormir, difficulté à maintenir le sommeil, réveils tôt le matin), le manque de sommeil peut dans certains cas provoquer une dépression.

Problèmes médicaux pouvant provoquer un sommeil perturbé : Asthme, allergies, reflux acide, cancer ou douleur chronique. Notez que les patients qui ne peuvent pas dormir ressentent davantage de douleur.

Pour les survivants de torture, les causes les plus fréquentes du sommeil perturbé sont :

- *souvenirs envahissants, flashbacks et pensées troublantes.*
- *un haut niveau de vigilance*, qui peut rendre le sommeil difficile. Lorsque le corps est trop stimulé, le cerveau est inondé de substances neurochimiques qui nous maintiennent éveillé, telle que l'adrénaline. Les substances neurochimiques restent présentes dans le cerveau et peuvent interrompre le cycle normal de sommeil.
- *l'obscurité* peut amener davantage d'anxiété et d'agitation pour certains.
- les réveils répétés pendant la nuit à cause de *cauchemars ou de douleurs*. Après avoir été réveillé, il est souvent difficile de se rendormir.

Symptômes du sommeil perturbé

- Difficultés à s'endormir
- Réveils fréquents pendant la nuit
- Difficultés à se rendormir après avoir été réveillé
- Sommeil non réparateur
- Trop peu d'heures de sommeil par nuit
- S'appuyer sur des somnifères ou de l'alcool pour s'endormir
- Se réveiller trop tôt le matin
- Somnolence diurne, fatigue ou irritabilité
- Difficultés à se concentrer pendant la journée

Évaluation

L'outil d'évaluation le plus important pour savoir si le patient souffre de troubles du sommeil est de se renseigner sur les antécédents. Voici une liste de questions comme source d'inspiration

- Vous sentez-vous en forme après avoir dormi ?
- Combien d'heures dormez-vous par nuit ?
- Votre sommeil est-il interrompu ?
- Si vous vous réveillez, qu'est-ce qui vous réveille ?
- Avez-vous des difficultés à vous endormir ?
- Vous sentez-vous endormi pendant la journée ? Faites-vous fréquemment des siestes ? Vous endormez-vous à des moments inappropriés pendant la journée ?
- Conditions de sommeil - matelas, oreillers, etc., bruit, lumière, intimité, etc. ?

Les sujets qui soulèvent beaucoup d'émotion, tels que le stress (SSPT), l'anxiété et la dépression sont à l'origine de la moitié des cas des troubles du sommeil. Mais les habitudes au cours de la journée, la routine de sommeil et la santé physique peuvent également jouer un rôle. Aidez le patient à devenir un détective du sommeil.

- Le patient a-t-il vécu récemment une expérience traumatisante ?
- Le patient est-il soumis à beaucoup de stress ?
- Le patient est-il déprimé ? Se sent-il émotionnellement indifférent ou désespéré ?
- Le patient éprouve-t-il des problèmes chroniques d'anxiété ou d'inquiétude ?
- Le patient prend-il des médicaments susceptibles d'affecter son sommeil ?
- L'environnement de sommeil du patient favorise-t-il le sommeil ?
- Le patient se sent-il en sécurité là où il dort ?
- Le patient a-t-il des habitudes de sommeil appropriées ?

Si le patient souffre de dépression ou d'anxiété, cela doit être abordé par un médecin ou dans les cas plus légers, par un thérapeute.

Traitement

En fonction des résultats de l'évaluation, le traitement est planifié en conséquence. Une ou plusieurs modalités peuvent être proposées. Le pilier majeur du traitement est la psychoéducation sur le sommeil, ce qui permet au patient de mieux comprendre ce qui favorise et nuit à un sommeil de bonne qualité. L'intervention exige la compréhension et la motivation du patient, car il lui est souvent nécessaire de changer des vieilles habitudes.

- Éducation pour promouvoir un sommeil de bonne qualité
- Éducation sur les exercices de relaxation (voir le chapitre sur la douleur chronique)
- Éducation sur les bonnes positions de repos
- Suggestions d'exercice physique / d'activités physiques quotidiennes appropriées, si nécessaire
- Gestion de la douleur en général (voir le chapitre sur la douleur chronique)

Encourager un sommeil de bonne qualité

Créer un bon environnement de sommeil. Réduire les perturbations telles que le bruit et les lumières vives. Avoir un lit et un oreiller qui fournit un bon soutien, aussi confortable que possible. Concernant le matelas, il est important d'avoir un matelas simple au lieu de partager un grand matelas avec son partenaire. Cela permet au matelas d'être le plus adapté possible à vos besoins. Si la douleur vous réveille, essayez avec des positions de repos. Maintenir une température fraîche dans votre chambre, si possible, peut vous aider à mieux dormir.

Développez une routine de coucher paisible. Une routine constante et relaxante avant le coucher envoie un signal à votre cerveau indiquant qu'il est temps de se détendre, ce qui facilite l'endormissement. Faites de votre temps avant de dormir un moment de paix et de silence, et trouvez votre routine unique qui vous détend. Cela peut être lire, écouter de la musique douce, prier, profiter d'une activité comme tricoter, faire des mots croisés, etc.

Évitez le café, le thé noir, le cola, le chocolat avant le coucher. Ces boissons contiennent toutes de la caféine et l'effet stimulant peut rester dans l'organisme pendant 4 à 8 heures et rendre l'endormissement difficile.

Évitez de fumer avant le coucher. La nicotine est aussi un stimulant. Les gros fumeurs dorment souvent très légèrement et ont un temps de sommeil paradoxal réduit. Certains gros fumeurs ont tendance à se réveiller après 3 ou 4 heures de sommeil en raison du sevrage de la nicotine et pour eux, il peut être nécessaire de fumer juste avant l'heure du coucher.

Évitez l'alcool avant le coucher. Un verre peut vous aider à vous endormir, mais plus d'alcool vous apportera un sommeil plus léger avec une activité musculaire accrue et des réveils.

Évitez les médicaments qui retardent ou perturbent votre sommeil, si possible. Certains médicaments fréquemment prescrits pour le cœur, la pression artérielle ou l'asthme, ainsi que certains remèdes à base de plantes contre la toux, le rhume ou les allergies, peuvent perturber les habitudes de sommeil. Parlez-en à votre médecin.

Prenez une collation au coucher. Cela peut favoriser le sommeil. Les aliments contenant des glucides peuvent aider à calmer le cerveau et vous permettre de mieux dormir. Exemples d'aliments favorisant le sommeil : banane, lait chaud, aliments contenant des céréales complètes. Évitez les gros repas riches en graisses, car cela perturbe le sommeil.

Soyez physiquement actifs au cours de la journée. De cette façon, le corps sera naturellement fatigué. Évitez d'être trop actifs avant l'heure du coucher. Les experts du sommeil recommandent d'exercer au moins trois heures avant le coucher, et le meilleur moment est généralement en fin d'après-midi. La température du corps augmente durant l'effort et prend jusqu'à 6 heures pour commencer à baisser. Comme les températures corporelles plus fraîches sont associées à l'apparition du sommeil, il est important de laisser refroidir le corps avant de dormir.

Dormez dans un endroit où vous vous sentirez le plus reposé et en sécurité. Si l'obscurité complète apporte plus d'anxiété, gardez une veilleuse faible allumée. Il peut également être utile qu'un ami ou un membre de la famille reste dans la chambre ou dans une pièce voisine lorsque vous vous endormez. Cela peut améliorer le sentiment de sécurité.

Pratiquer des techniques de relaxation avant de se coucher est un excellent moyen de se détendre, de calmer l'esprit et de se préparer au sommeil.

Effectuez des pratiques religieuses avant d'aller se coucher, comme les prières ou la méditation.

Évitez de regarder ou d'écouter les informations tard dans la soirée. Les informations peuvent être inquiétantes et contenir des images violentes qui peuvent susciter de mauvais souvenirs et de mauvaises pensées, ce qui rend le sommeil difficile.

Évitez de faire des devoirs d'exposition à proximité de l'heure du coucher. Si vous effectuez une thérapie et travaillez l'exposition, c'est un bon conseil de le faire en milieu de journée, ainsi l'hyperexcitabilité et les réactions émotionnelles liées à cela auront le temps de s'apaiser avant le coucher.

Gérez les pensées excessives. Si vous souffrez de pensées excessives et que cela vous empêche de dormir, cela peut être une aide de garder un bloc-notes près de votre lit et de noter vos pensées afin de les traiter le lendemain.

Prenez un bain chaud. La diminution de la température corporelle après le bain vous aidera à vous endormir, et le bain peut vous aider à vous détendre.

Ne restez pas au lit éveillé. Si vous vous trouvez encore éveillé après être resté au lit pendant plus de 20 minutes, levez-vous et faites une activité de détente jusqu'à ce que vous ayez sommeil. L'anxiété de ne pas pouvoir dormir peut rendre plus difficile l'endormissement.

Ne faites pas de sieste après 15 heures. Les siestes de fin d'après-midi peuvent rendre plus difficile l'endormissement le soir. Si vous faites une sieste, maintenez-la moins d'une heure.

Avoir la bonne exposition à la lumière du jour. La lumière du jour est la clé de la régulation des habitudes de sommeil quotidiennes. Essayez de sortir à la lumière du jour pendant au moins 30 minutes chaque jour.

Positions de repos

Dormir sur le côté



Votre position de sommeil habituelle - avec d'autres facteurs, y compris votre poids et votre sexe - peut fatiguer votre dos et contribuer au développement de maux du dos. Les positions de sommeil affectent également la douleur dorsale existante, soit en vous laissant dormir confortablement ou en vous réveillant courbaturé.

De même, le mal de dos est plus susceptible de vous maintenir éveillé lorsque votre position de sommeil ne procure aucun soulagement.

La position de sommeil la plus courante est sur le côté, avec les jambes et les hanches alignées et fléchies. Parce que cette position laisse votre jambe supérieure non soutenue, le haut du genou et la cuisse ont tendance à glisser vers l'avant et à se reposer sur le matelas, faisant pivoter la colonne vertébrale. Cette légère rotation peut contribuer aux maux de dos ou de hanche. Pour prévenir ce problème, placez un oreiller entre vos genoux et vos cuisses.

Dormir sur le dos



Si vous dormez sur le dos, placez un oreiller sous vos genoux pour aider à maintenir la courbe normale du bas du dos. Vous pourriez essayer une petite serviette enroulée sous le bas de votre dos pour un soutien supplémentaire. Soutenez votre cou à l'aide d'un oreiller. Cette position peut être utile si vous avez mal au dos.

Dormir sur le ventre



Dormir sur le ventre peut être douloureux pour votre dos. Si vous ne pouvez pas dormir autrement, réduisez la tension sur votre dos en plaçant un oreiller sous votre bassin et votre bas-ventre. Utilisez un oreiller sous votre tête si cela n'engendre pas trop de pression sur votre dos. Si cela cause des tensions, essayez de dormir sans oreiller sous la tête.

Documentation

Amlaner, CJ, Fuller, PM, Editors. Basics of Sleep Guide (Bases du guide du sommeil), Second Edition.

Westchester, Illinois: Sleep Research Society, 2009.

RCT, Field Manual. p. 138-44 + p. 367-85

www.sleepfoundation.org

<http://www.sleepfoundation.org/article/sleep-topics/trauma-and-sleep>

<http://www.sleepfoundation.org/article/sleep-topics/depression-and-sleep>

www.helpguide.org

<http://www.helpguide.org/life/sleeping.htm>

http://www.helpguide.org/life/insomnia_treatment.htm

http://www.helpguide.org/life/sleep_tips.htm

http://www.ninds.nih.gov/disorders/brain_basics/understanding_sleep.htm

<http://www.medicinenet.com/sleep/article.htm>

Annexes

Annexe 1 : Entraînement à la relaxation musculaire progressive

La relaxation est une autre bonne méthode pour réduire la tension pouvant causer ou maintenir la douleur ou pouvant être causée par la douleur. En plus d'un effet relaxant direct sur la musculature, la relaxation a également des effets positifs supplémentaires : elle peut distraire de la douleur, réduire les troubles du sommeil qui peuvent accompagner le problème de douleur, et peut réduire de l'humeur irritable et de l'anxiété et améliorer votre sentiment de bien-être en général. Peut-être que la meilleure chose à propos de la relaxation est qu'elle est sous votre contrôle et qu'elle est « mobile » - vous pouvez l'emporter avec vous (l'utiliser) partout où vous allez.

Il existe beaucoup de méthodes différentes qui peuvent apporter un état de détente. En travaillant ensemble, l'un de nos objectifs sera de trouver un ou plusieurs types de relaxation, qui vous seront agréables et utiles. Il est important que vous essayiez chaque méthode afin que nous puissions déterminer celle qui vous convient le mieux. Cela signifie que vous devrez pratiquer chaque méthode, afin que nous puissions voir à quel point chacune des méthodes que vous essayez vous sera utile.

L'un des types de relaxations est appelé relaxation musculaire progressive (PMR). Il s'agit d'un type d'entraînement à la relaxation simple et facile à apprendre, que de nombreuses personnes, ayant des problèmes semblables aux vôtres, ont trouvé bénéfique. En PMR, vous apprendrez à successivement contracter et détendre tous les muscles importants du corps. Le changement de la contraction à la relaxation est effectué pour améliorer la perception de votre niveau de contraction afin que vous puissiez distinguer les différences entre les muscles qui sont tendus, et ceux qui sont détendus. Souvent, lorsque les muscles sont tendus depuis longtemps, nous ne sommes même pas conscients qu'ils soient contractés. Vers la fin de l'entraînement, nous pouvons complètement enlever la partie de contraction et pratiquer seulement la relaxation des muscles. Vous pratiquerez des exercices de relaxation tout au long de la plupart des séances, mais nous réduirons le temps que vous consacrez à la pratique au fur et à mesure que vous deviendrez plus apte à détendre vos muscles.

Il est très important que vous pratiquiez à la maison les exercices que vous apprenez ici, une ou deux fois par jour, pendant 10 à 15 minutes à chaque fois. À mesure que vous devenez plus apte à détendre vos muscles, vous apprendrez que vous pouvez vous détendre pendant la journée même lorsque vous n'êtes pas à la maison. Votre signal, afin de prendre quelques minutes pour détendre vos muscles, sera chaque fois que vous remarquez une tension s'accumulant en eux.

Essayons. Lorsque je vous demande de contracter vos muscles, maintenez la contraction pendant 5 secondes (comptez lentement, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005) et ensuite relâchez toute la tension - laissez-la simplement s'évacuer de vos muscles. Contractez simplement vos muscles à un point où la contraction ne devient pas douloureuse - environ la moitié de votre contraction maximale. Si ce niveau de contraction donne lieu à un inconfort, abaissez-le à un niveau qui vous convient. Trop de tension peut provoquer des crampes et des douleurs inutiles. Je veux juste que vous sachiez à quoi ressemble une contraction.

Des questions ? Très bien, commençons maintenant. Asseyez-vous le plus confortablement possible dans votre fauteuil. Vos bras et vos mains devraient être placés confortablement sur l'accoudoir ou sur vos genoux, et vos jambes ne devraient pas être croisées, mais être côte à côte, vos pieds reposant sur le sol. Respirez calmement et régulièrement. Concentrez-vous sur votre respiration et détendez-vous autant que possible (30 secondes).

Maintenant, concentrez votre attention sur votre main droite et votre avant-bras ... serrez le poing afin que tous les muscles de votre main et de votre avant-bras soient contractés, amenez votre poing vers votre épaule comme si vous essayiez de montrer à quel point vos muscles (vos biceps) sont gros ... maintenez la tension ... remarquez la contraction, ressentez-la dans vos doigts, votre poing, vos biceps, et dans le muscle sous vos biceps ... et maintenant détendez-vous à nouveau. Laissez toute la tension s'évacuer de ces muscles et laissez votre poing droit et votre avant-bras devenir de plus en plus détendus ... Remarquez les sensations de relaxation que vous avez produites en laissant la tension sortir de vos muscles. (30 secondes) ... Maintenant, essayez à nouveau. Serrez le poing de votre main droite, contractez votre avant-bras et laissez tous les muscles devenir très tendus. À présent, maintenez la contraction, ressentez-la dans les doigts, la main, l'avant-bras ... et détendez-vous à nouveau. Laissez toute la tension s'évacuer de ces muscles ... laissez le bras droit se détendre ... et ressentez la différence entre la contraction et la relaxation que vous pouvez créer en laissant la tension s'évacuer ... Remarquez l'agréable sensation de détente que vous avez obtenue et qui se propage à présent dans votre bras droit ... les doigts, la main, l'avant-bras. Prêtez attention à la différence de sensation lorsque vous serrez votre poing et que vous le portez à votre épaule, et lorsque vos doigts sont séparés et que votre bras repose sur la chaise.

Maintenant, concentrez votre attention sur votre bras droit et contractez les muscles en poussant le coude vers le bas sur l'accoudoir. Contractez les muscles du bras et laissez l'avant-bras détendu. Maintenez la contraction et occupez-vous de la tension dans votre bras, prêtez attention aux sensations de la tension ... et maintenant détendez-vous à nouveau. Laissez toute la tension s'évacuer de votre bras, de l'avant-bras et de la main, à travers le bout des doigts pour aller dans l'accoudoir. Laissez votre bras entier devenir de plus en plus détendu ... Profitez de l'agréable sensation de détente que vous avez pu produire pendant qu'elle se propage dans votre bras droit ... Maintenant, encore une fois. Tendez votre bras droit. Durcissez-le très fort et maintenez la contraction pendant quelques secondes ... et détendez-vous à nouveau. Laissez toute la tension s'évacuer du haut de votre bras droit et ressentez de nouveau la différence entre la contraction et la détente que vous avez produites ... et profitez de l'agréable sensation de relaxation ...

Autres groupes musculaires à inclure dans l'entraînement :

- main gauche et avant-bras — pareil qu'à droite
- partie supérieure du bras gauche — de même qu'à droite
- front — haussez les sourcils aussi haut que possible
- joues et nez — plissez les yeux, plissez le nez
- face inférieure — serrez vos dents et tirez les coins de votre bouche vers l'extérieur
- cou — poussez votre menton vers votre poitrine sans la toucher
- poitrine, épaules, haut du dos — inspirez profondément et retenez votre souffle en étirant vos épaules vers le haut et vers l'arrière.
- bas du dos — cambrez votre dos
- abdomen — contractez et relâchez le ventre par intermittence (??)

- jambe droite — étirez votre jambe droite et pointez vos orteils vers la tête
- pied droit — tendez votre pied droit et enroulez les orteils
- jambe gauche — étirez votre jambe gauche et pointez vos orteils vers la tête
- pied gauche — tendez votre pied gauche et enroulez les orteils

Maintenant que vous avez tendu et détendu de nombreux muscles dans votre corps, veuillez-vous pencher en arrière et profitez de la sensation de détente qui se propage dans votre corps. Respirez profondément, et à chaque inspiration que vous prenez, laissez la détente se propager de plus en plus dans votre corps. Dans votre esprit, passez à travers tous les muscles de votre corps à nouveau et si vous trouvez encore de la tension quelque part, tendez et relâchez ce muscle à nouveau ... Ressentez comme vous pouvez devenir de plus en plus détendu ...

Dans les prochaines minutes, je vais arrêter de parler pour que vous puissiez vous concentrer pleinement sur votre relaxation ... Respirez simplement et calmement et laissez la détente se répandre dans votre corps ... (3 minutes).

Quand vous êtes prêt, bougez vos mains et vos pieds ... respirez profondément et étirez-vous ... Dès que vous êtes prêt, ouvrez les yeux et sentez-vous reposé et détendu ...

Douleur chronique : An Integrated Biobehavioral Approach (Une approche biocomportementale intégrée)
:Appendices (Annexes)
By Herta Flor and Dennis C. Turk • IASP Press,
Seattle, © 2011

Information du patient sur l'entraînement autogène

L'entraînement autogène possède des similitudes avec la relaxation musculaire progressive (PMR). Contrairement à la PMR, qui se concentre directement sur les muscles, l'entraînement autogène se concentre davantage sur la respiration et sur la construction d'un sentiment général de bien-être. L'entraînement autogène peut être utilisé comme complément à la PMR ou comme technique de relaxation en soi. Même si vous n'avez pas une bonne expérience avec la méthode de PMR, l'entraînement autogène peut être une méthode pertinente pour vous.

L'entraînement autogène consiste à concentrer votre attention sur deux idées : des sensations de chaleur et un sentiment de sérénité et de lâcher prise. Pendant que vous vous détendez, vous devriez vous concentrer sur la sensation de chaleur, que vous pouvez amener en relaxant votre corps, et en vous concentrant sur les sentiments de bien-être et de relaxation à travers tout votre corps. Avez-vous des questions ?

Essayons. Installez-vous le plus confortablement possible dans votre fauteuil. Placez vos bras sur les accoudoirs de votre chaise, et placez vos pieds à plat sur le sol. Fermez les yeux et essayez de vous détendre le plus possible. À présent, pensez à la chaleur. Dites-vous : « Je me sens bien au chaud ». Sentez-vous vous enfoncer confortablement dans votre fauteuil. Sentez la tension quitter votre corps. Votre corps devient de plus en plus détendu, vous vous sentez lourd et vous vous enfoncez doucement dans votre fauteuil.

Vous-vous sentez de plus en plus calme, détendu et confortablement au chaud installé dans votre fauteuil. Répétez-vous l'affirmation « Je me sens confortablement au chaud. Mon corps est lourd », plusieurs fois. À présent, continuez à vous concentrer sur le sentiment de chaleur, de paix et de calme que vous avez pu produire pendant 3 à 4 minutes. Appréciez simplement les sensations agréables assis confortablement dans votre fauteuil.

Douleur chronique : An Integrated Biobehavioral Approach (Une approche biocomportementale intégrée)
Appendices (Annexes)
By Herta Flor and Dennis C. Turk • IASP Press,
Seattle, © 2011

Annexe 2 : Exercices de prise de conscience de la respiration

1. Allongé ou assis

Placez vos mains sur le bord inférieur de vos côtes, le bout des doigts à quelques centimètres l'un de l'autre. Sentez vos mains se lever et se séparer lorsque l'air entre, et reculer lorsque l'air s'écoule.

2. Assis avec la tête et les bras reposant sur une table

Avec le mouvement à l'avant de la poitrine désormais restreint, vous pouvez sentir la poitrine s'étendre vers l'arrière.

3. Allongé ou assis

Placez votre main droite sur le plexus solaire (partie souple entre les côtes et le nombril) et votre main gauche sur l'avant de votre poitrine en dessous de la clavicule. Notez ce qui se passe sous vos mains lorsque vous respirez. Lorsque l'air entre, sentez l'expansion grandissant, d'abord sous votre main droite, puis montant dans la poitrine pour atteindre la zone sous votre main gauche. Explorez cette idée pendant une minute ou deux.

En tenant compte du fait que la respiration a aussi une composante émotionnelle, l'exercice suivant étudie la différence de respiration en fonction de votre état émotionnel :

4. Assis ou allongé

Imaginez quelques instants une situation qui vous met mal à l'aise ...

Ensuite, imaginez-en une dans laquelle vous vous sentez à l'aise ... Avez-vous remarqué un changement dans votre respiration de l'une à l'autre ?

Exercice de Respiration contrôlée

Pratiquez la respiration contrôlée au moins deux fois par jour tous les jours. Commencez avec 2 minutes le premier jour, puis ajoutez une minute chaque jour par la suite. Notez vos expériences dans un journal ou un cahier.

Certaines personnes trouvent utile d'avoir un script écrit qu'elles peuvent suivre lorsqu'elles apprennent à pratiquer la respiration contrôlée. Voici un script suggéré :

- Asseyez- ou allongez-vous dans une position confortable et détendue
- Inspirez lentement et profondément par le nez.
- Retenez votre respiration et comptez jusqu'à 4 à intervalles d'une seconde (« mille un », « mille deux », « mille trois », « mille quatre »), puis expirez lentement par la bouche.
- En retenant votre souffle, pensez à un seul mot tel que « C-A-L-M-E » ou « P-A-I-X », pour libérer votre esprit des pensées gênantes ou stressantes. Vous pouvez également dire
- « inspirer » lorsque vous inspirez et « expirer » lorsque vous expirez.
- En expirant, laissez vos muscles de la poitrine et de l'abdomen se détendre et, si vous êtes assis, relâchez vos épaules.

Répétez ce cycle au moins trois fois pendant environ 3 à 5 minutes.

The Pain Survival Guide – How to Reclaim Your Life.(Le guide du survivant de torture - Comment récupérer votre vie) Dennis C. Turk, Ph.D, Frits Winther Ph.D. American Psychological Association, Washington, DC

Relaxation brève avec la respiration diaphragmatique

Une méthode pour que les gens puissent apprendre à se détendre est de commencer par se concentrer sur leur respiration. Aussi étrange que cela puisse paraître, la plupart des gens ne respirent pas correctement. Ils rentrent leur abdomen lorsqu'ils inspirent et le relâchent lorsqu'ils expirent. Ainsi, ils n'obtiennent pas autant d'air qu'ils ne le pourraient. La tension chronique bloque généralement davantage leur respiration. Les sources externes de stress et les conflits émotionnels peuvent augmenter les niveaux de tension et peuvent empêcher une respiration profonde et détendue.

Le type de respiration correct est appelé respiration diaphragmatique ou abdominale. Si vous placez la main sur votre corps et respirez profondément en gonflant l'abdomen, vous pouvez sentir comme le diaphragme est poussé vers le bas par les muscles abdominaux. Ainsi, les poumons peuvent rendre davantage d'oxygène disponible pour le corps, et une détente plus profonde est possible. De plus, l'air utilisé peut être mieux expiré. Une respiration lente et profonde améliore également la circulation dans les zones tendues du corps et réduit ainsi la tension.

Essayons la respiration diaphragmatique. Placez la main sur votre abdomen, sentez comme les muscles de votre abdomen s'étirent lorsque vous inspirez lentement ... et comment ils se relâchent lorsque vous expirez. Respirez par le nez, et non par la bouche. Respirez sans tension ... inspirez et expirez ... inspirez et expirez ... en utilisant votre ventre et vos muscles abdominaux. N'haussez pas vos épaules.

En inspirant, comptez lentement (1001, 1002, 1003) et expirez maintenant lentement comme si vous souffliez sur une bougie allumée, que vous ne vouliez pas éteindre, et comptez lentement pendant que vous expirez (1001, 1002, 1003). Bien — essayons encore quelques fois.

Lorsque vous inspirez, vous pourriez penser à quelque chose d'agréable comme un doux nuage flottant dans le ciel, ou vous pourriez imaginer les lettres dans le mot calme, C A L M E. Concentrez-vous simplement sur votre respiration pendant quelques instants, inspirez lentement et expirez doucement.

Bien ! Comment cela s'est-il passé ? Avez-vous pu sentir la différence dans votre respiration ? Avez-vous pu sentir votre corps se détendre ? Avec la pratique, cette méthode de respiration deviendra une habitude — elle deviendra la façon dont vous respirez tout le temps sans même y penser.

Entraînez-vous à respirer comme cela aussi souvent que possible à la maison. Choisissez une activité que vous pratiquez fréquemment au cours de la journée (prendre un café, parler au téléphone, ou regarder votre montre ou une horloge). Chaque fois que vous commencez cette activité, vérifiez votre état de tension, puis utilisez votre respiration diaphragmatique pendant quelques secondes pour vous détendre complètement. Ou placez quelques petits repères de relaxation tels que des pastilles autocollantes (vous pouvez les acheter dans n'importe quel magasin de fournitures de bureau) ou de petits panneaux avec le mot « relax » ou « calme » quelque part où vous les verrez souvent au cours de la journée, et entraînez-vous à constater votre tension et à effectuer la respiration diaphragmatique, à chaque fois que vous voyez ces petits points ou les panneaux. Rappelez-vous : la respiration profonde ne deviendra automatique que si vous la pratiquez souvent. Lorsque vous souffrez, la respiration diaphragmatique vous aide à vous détendre et peut réduire toute douleur liée à la tension. Imaginez que chaque fois que vous expirez, la tension s'évacue de votre corps et emporte un peu de douleur. Et imaginez que chaque fois que vous inspirez, la détente et le repos se répandent dans votre corps et réduisent de plus en plus votre douleur. Des questions ?

Douleur chronique : An Integrated Biobehavioral Approach (Une approche biocomportementale intégrée) :
 Appendices (Annexes)
 By Herta Flor and Dennis C. Turk • IASP Press,
 Seattle, © 2011

Dehors la tension, dedans la paix

Écoutez votre respiration sans la modifier ... imaginez que vos tensions soient expirées... imaginez-les emportées, un peu à la fois au cours de chaque expiration... et maintenant, imaginez que chaque fois que vous inspirez, vous respirez en paix, un peu à la fois avec chaque respiration... expirez les tensions... inspirez la paix... inspirez doucement... en sentant la paix qui traverse tout votre corps... gardez toujours votre respiration naturelle...

Annexe 3 : Relaxation profonde grâce à la visualisation agréable

Les images agréables sont un bon moyen de vous distraire de la douleur, de vous aider à vous détendre profondément et à réduire la perception de la douleur. Contrairement à la relaxation musculaire progressive que vous avez déjà apprise, ce procédé vous aide à vous détendre simplement en focalisant votre attention. Aucune contraction des muscles n'est impliquée ici.

Faisons un essai et voyons ce que vous en pensez. Veuillez-vous installer aussi confortablement que possible avec les deux jambes décroisées et vos pieds côte à côte, les bras sur les accoudoirs ou sur vos genoux. Détendez-vous et respirez lentement et régulièrement, et concentrez-vous complètement sur ma voix. Fermez les yeux. Inspirez par le nez et expirez par la bouche. Dans cet exercice, vous apprendrez à vous concentrer sur une partie de votre environnement tout en évitant d'autres pensées. Dans cet état d'esprit, vous pouvez mieux entendre ma voix et mieux vous détendre que dans votre état de veille normal.

Maintenant respirez lentement et profondément ... prenez une grande inspiration ... remplissez complètement vos poumons d'air ... puis expirez lentement... très lentement ...et lorsque vous expirez, laissez aller toute la tension que vous pouvez ressentir dans votre corps ... devenez simplement de plus en plus calme et détendu.

Maintenant, ouvrez les yeux, penchez légèrement la tête en arrière, et regardez vers le mur. Gardez la tête immobile et cherchez un endroit sur le mur en face de vous, de façon à ce que vous regardiez légèrement vers le haut ... regardez peut-être l'endroit où le mur et le plafond se rencontrent ... À présent, concentrez-vous complètement sur ce point

... essayez de ne pas cligner des yeux ... laissez cet endroit remplir complètement votre attention ... fixez ce point ... et constatez comment vos yeux se fatiguent ... vos yeux se fatiguent et vos paupières se sentent lourdes, très lourdes ... et plus vos paupières sont lourdes, plus il devient difficile pour vous de garder les yeux ouverts ... et maintenant vous pouvez laisser vos paupières se fermer lentement ... si vous en ressentez le besoin ... et détendez-vous ... pendant que vous continuez à respirer lentement et uniformément

et de m'écouter ... (30 secondes).

Maintenant que vos yeux sont fermés, ressentez comme votre corps et votre esprit sont détendus

... votre rythme cardiaque devient plus régulier ...vous respirez doucement et régulièrement, les secondes deviennent très longues, et vous avez beaucoup de temps pour devenir complètement calme et détendu ... vous vous sentez de plus en plus calme, détendu, de plus en plus paisible ... en harmonie avec le tout ... et à chaque inspiration que vous prenez, vous vous détendez davantage ... et vous vous dites « calme et détendu » ... « calme et détendu » ... « calme et détendu » ...

(environ 30 secondes).

Maintenant je vais compter à rebours de 10 à 1 ... Avec chaque chiffre, vous vous détendez de plus en plus... Vous êtes dans un état de calme et de détente paisible ... appréciez la relaxation ... la sensation agréable de devenir de plus en plus détendu ... plus détendu que jamais ... 10 ... sentez-vous calme et détendu ... éprouvez une grande paix intérieure ...votre esprit est détendu... votre corps est détendu ... vous vous détendez de plus en plus ... 9 ... votre détente augmente ... vous vous sentez calme et détendu ... de plus en plus détendu ... calme et paisible

... 8 ... Votre corps devient de plus en plus détendu ... votre esprit devient calme ... vous ressentez une grande paix intérieure et d'agréables sensations de détente ... vous êtes détendu et satisfait ... 7 ... de plus en plus détendu

calme et tranquille ... un sentiment de paix et de calme intérieur ... sans soucis ... calme et paisible ... relaxation grandissante ... calme sans fin ... de plus en plus profond ... très calme et détendu ... 6 ... repos profond intérieur et relaxation ... vous vous sentez au chaud, à l'aise et en sécurité ... les muscles se détendent de plus en plus ... sentez votre corps lâcher la tension ... vos pensées se focalisent sur la sensation de détente ... ils sont libres et flottants ... 5 ... profondément détendu ... de plus en plus ... calme et paix sans fin ... 4 ... profonde relaxation intérieure ... complètement détendu ... uni à tout ... calme et paisible ... très calme ... 3 ... respiration très lente ... votre corps et votre esprit sont calmes et détendus ... très paisible ... loin de tout ... flottant ... 2 ... profondément détendu ... paix intérieure profonde et calme ... bien-être ... relaxation complète

calme et content ... votre corps se repose ... léger et flottant ... votre esprit est à l'aise ... 1 ... complètement détendu ... paix intérieure profonde ... bien-être ... calme ... (environ 30 secondes).

Maintenant que vous êtes si profondément détendu ... profitez de ce sentiment pendant un certain temps ... sentez votre souffle ... comment vous respirez lentement et profondément... ressentez chaque respiration et profitez de l'agréable sensation de relaxation qui se propage dans votre corps ... totalement détendu et calme ... sentez la chaleur, la vague lente de relaxation envahir votre corps ... que cela commence dans votre tête ... ressentez la chaleur dans votre tête et votre visage ... chaque muscle est détendu ... maintenant elle s'étend à votre cou ... vos épaules ... votre dos et votre poitrine ... dans vos bras et dans vos mains ... laissez simplement la relaxation se répandre dans tout votre corps ... vos mains deviennent chaudes et détendues ... la relaxation s'étend maintenant à votre abdomen, vos hanches et vos cuisses, vos jambes et jusqu'à vos pieds ... lourd, chaud et détendu ... très lentement dans vos orteils ... la vague de relaxation s'est maintenant répandue dans tout votre corps... et vous êtes encore plus calme et détendu ...

Imaginez maintenant une scène très agréable et détendue ... peut-être un endroit où vous avez été où vous vous sentiez heureux et détendu... peut-être en vacances ... peut-être une plage tranquille, un lac, une forêt, un pré... choisissez un endroit agréable et relaxant ... et laissez vos pensées errer à cet endroit ... Imaginez que vous y êtes ... Découvrez

toutes les sensations et les sentiments qui vont avec ... Si vous êtes dehors ... Sentez l'air et le soleil sur votre peau ... les sons ... les odeurs ... passez quelques instants dans ce merveilleux endroit particulier et profitez ... sentez-vous calme et détendu ... (environ 90 secondes).

À présent, je vais compter jusqu'à 10, et pendant que je compte, vous allez, s'il vous plaît, devenir de plus en plus alerte ... 1 ... 2 ... vous vous sentez plus alerte ... 3 ... 4 ... bougez vos mains, vos pieds et la tête ... 5 ... 6 ... prenez une grande inspiration et sentez-vous plus alerte ... 7 ... 8 ... prenez une autre inspiration profonde et étirez-vous... 9 ... 10 ... ouvrez lentement vos yeux... et quand vous êtes prêt, sentez-vous alerte et détendu.

Douleur chronique : An Integrated Biobehavioral Approach (Une approche biocomportementale intégrée) :

Appendices (Annexes)

By Herta Flor and Dennis C. Turk • IASP Press,
Seattle, © 2011

Annexe 4 : Distraction de l'attention

« Asseyez-vous dans votre fauteuil. Fermez les yeux et détendez-vous un peu ... Prêtez attention à ce sur quoi votre attention se focalise en ce moment ... Dites-vous : « Maintenant, je remarque X (remplir la phrase) ... » Vous remarquerez que vous pouvez vous concentrer sur des choses extérieures à votre corps, telles que des sons ou des bruits, ou que vos pensées et vos sensations sont concentrées sur votre corps, par exemple où votre main est placée ou comment votre cœur bat. Laissez simplement votre attention vagabonder entre l'intérieur et l'extérieur et notez comment, lorsque vous changez d'attention ou vous concentrez sur autre chose, la chose sur laquelle vous vous concentrez disparaît de votre attention et d'autres choses vont entrer au centre de votre attention ... » (pause)

Discussion :

« Qu'est-ce que tout le monde a remarqué ? À quel point était la douleur ? Quelque chose a-t-il changé ? Les gens ont-ils été capables de se concentrer correctement ? Quelqu'un a-t-il eu un problème avec cela ? »

« Comme vous l'avez peut-être remarqué, à un moment donné, vous pouvez vous concentrer pleinement sur un seul objet ou une seule sensation.

Vous pouvez maintenant apprendre à contrôler où va votre perception. Vous pouvez apprendre à l'utiliser aussi facilement qu'un projecteur. La lumière ne peut éclairer qu'une petite zone à la fois, mais vous pouvez contrôler la direction et la mise au point du faisceau. »

Au lieu de l'image d'un projecteur, l'image d'un écran de télévision peut également être utilisée. Par exemple, vous pouvez passer du canal deux au canal trois. Le signal du canal deux est toujours là, mais nous ne pouvons plus le voir. Nous pouvons atteindre des objectifs similaires en utilisant notre attention. Nous pouvons changer de canal et passer de la douleur à autre chose.

« Il existe un certain nombre de moyens possibles pour nous distraire de la douleur, par exemple en nous concentrant sur une image positive, en modifiant nos sensations corporelles ou à l'aide d'une distraction extérieure, comme un bon film ou une conversation intéressante. »

Au cours du traitement, les patients apprendront différentes façons de se distraire de la douleur. Il est très important de déterminer quels types de distractions les patients utilisent déjà et de les renforcer et potentiellement les améliorer.

Distraction avec des images ou des idées internes

« Orienter votre attention sur des images positives sera utile pour faire face à certains problèmes de douleur. Pour pouvoir pratiquer cette forme de distraction interne, c'est une bonne idée de se détendre auparavant. Nous savons que les images et les fantasmes deviennent plus vifs et plus clairs lorsque nous sommes détendus. Rappelez-vous que cette distraction intérieure devra rivaliser avec votre perception de la douleur. Ainsi, il est essentiel que l'image soit attrayante pour vous, et que vous puissiez la créer aussi clairement et vive que possible. Utilisez tous vos sens (vision, ouïe, toucher, odorat et goût). »

Ces images agréables qui ont été rapportées par les patients pourraient vous donner des suggestions pour vos propres images :

« J’imagine que je suis allongé dans une chaise longue sur ma terrasse un agréable après-midi de printemps. Autour de moi, tout fleurit et je peux voir les couleurs des fleurs et sentir leurs merveilleux parfums. Il y a un silence parfait autour de moi et le soleil dépose une sensation de chaleur sur mon corps. J’apprécie beaucoup tout cela ». » « Je suis allongé sur la plage au bord de l’océan par une chaude journée d’été. La plage est vaste et plate, et il n’y a personne sauf moi.

Je peux sentir la chaleur du sable sous mon corps. Une brise rafraîchissante de l’océan me rafraîchit le front. Je peux entendre les bruits des vagues et prendre conscience de la façon dont ma respiration suit leur rythme ».

Distraction de l’attention

« Comme le montrent ces exemples, il y a des thèmes très différents dans ces images. Ils peuvent être des souvenirs de vacances, ou ils peuvent être des images qui n’existent que dans votre imagination. Vous pouvez imaginer de beaux paysages ou des activités sociales avec des amis, ou imaginer être couronné de succès et reconnu dans votre profession. Il est important de disposer de ces images de manière « bouton-poussoir ». Après un peu de pratique, vous constaterez que les images deviennent plus vives et détaillées. Il est également important de noter que ces images évoquent différents sentiments d’intensité variable (joie, amusement, divertissement, fierté, détente, sécurité, etc.). Plus vous pratiquerez assidument, plus ces images positives - et les humeurs positives qu’elles engendreront - pourront rivaliser avec votre douleur ».

Douleur chronique : An Integrated Biobehavioral Approach (Une approche biocomportementale intégrée) :
Appendices (Annexes)

By Herta Flor and Dennis C. Turk • IASP Press,
Seattle, © 2011

Se concentrer sur le corps

« Une autre méthode de distraction focalise l'attention directement sur la partie de votre corps dans laquelle les sentiments désagréables surviennent. Trouvez une position confortable pour cet exercice, et essayez de vous détendre autant que possible ...

Il est utile de se concentrer sur sa propre respiration ... Observez comment l'inspiration tend les muscles de votre poitrine et l'expiration les relâche à nouveau ... Avec chaque expiration, vous pouvez vous détendre de plus en plus ... Respirez profondément et expirez lentement ... Rappelez-vous votre mot de relaxation chaque fois que vous expirez ... très calme ... détente ... Concentrez à présent toute votre attention sur la partie de votre corps qui est douloureuse pour vous... par exemple vos genoux, vos épaules ou vos hanches ... Essayer de prêter attention à ces sensations dans tous leurs détails. Si vous n'avez pas de douleur en ce moment, essayez d'imaginer une sensation de douleur qui vous est propre ».

« Maintenant, concentrez-vous d'abord sur les caractéristiques plus objectives des sensations remarquez si la sensation est là tout le temps, ou si elle va et vient de façon variable (comme une vague)... si elle est concentrée sur un point, ou si elle se répand ... notez à quel point elle se propage ... analysez désormais la qualité de cette sensation ... est-ce une sensation de chaleur ... une sensation de tiraillement ... de frottement ? ».

« Prenez le temps et observez votre ressenti actuel. Tout simplement regardez sur quoi votre attention et vos pensées se focalisent ... Peut-être que votre attention est focalisée sur un processus intérieur en ce moment, peut être une pensée ou un souvenir agréable ... Votre attention peut également être focalisée sur quelque chose d'extérieur, par exemple, ce qui est écrit ici ... À présent, concentrez votre attention sur quelque chose qui n'était pas tellement au centre de votre conscience et prenez le temps de vous en rendre compte ».

« Maintenant, essayez de prendre conscience des sons qui vous entourent, de ce que vous entendez ... Pendant que vous faites cela, par exemple, vous n'êtes plutôt pas au courant des sensations dans vos mains ... Lorsque j'ai mentionné vos mains, votre attention s'est probablement déplacée tout de suite, et vous devenez davantage conscient des sensations ici, alors que la conscience des sons s'estompe ».

« Cet exercice vous montre que la chose sur laquelle se focalise votre attention se déplacera au centre de votre expérience. D'autres choses disparaîtront en arrière-plan. Comme un projecteur, votre attention peut rapidement passer d'une chose à l'autre, mais vous ne devenez pleinement conscient de quelque chose que lorsque vous concentrez totalement votre attention sur cette dernière. Grâce à l'entraînement, nous pouvons apprendre à utiliser notre attention de manière très souple. À mesure que notre niveau de compétence augmentera, nous serons de plus en plus en mesure de décider sur quoi concentrer notre attention ».

« Certaines choses ont la capacité d'attirer notre attention plus que d'autres. Ceci est particulièrement vrai pour la douleur. Dans ces situations, notre projecteur menace d'être « coincé » et est fixé sur une certaine sensation. Dans ce cas, il est particulièrement important d'apprendre à rendre notre attention plus souple à nouveau. »

Focalisation spirituelle : méditation et prière

Une façon de détourner l'attention de la douleur, et d'induire un état de relaxation, consiste à se concentrer sur un mot, une phrase ou une prière spirituelle. La prière en elle-même ou l'accent mis sur une figure religieuse comme Jésus, Mahomet, Bouddha ou l'être spirituel que certains appellent une puissance supérieure peut être extrêmement apaisant. D'autres trouvent utile de se concentrer sur un sentiment d'unité avec la nature. Si ce type de concentration vous intéresse, vous pouvez vous concentrer sur ce que vous trouvez de plus significatif et relaxant.

The Pain Survival Guide – How to Reclaim Your Life.(Le guide du survivant de torture - Comment récupérer votre vie) By Dennis C. Turk and Frits Winter. American Psychological Association. 2006

DIGNITY
DANSK
INSTITUT
MOD TORTUR



DIGNITY – Danish Institute Against Torture

Since 1982 DIGNITY has worked for a world free from torture and organized violence. DIGNITY is a self-governing independent institute and a national centre specializing in the treatment of severely traumatized refugees. We distinguish ourselves by undertaking rehabilitation, research and international development activities under one roof. DIGNITY is represented in more than 20 countries worldwide where we collaborate with local organizations fighting torture and helping victims and their families to live fuller lives.

www.dignity.dk – info@dignity.dk