Zeitschrift: Physioactive

Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband

Band: 52 (2016)

Heft: 1

Artikel: Stressinduzierte Schmerzsyndrome = Les douleurs induites par le stress

Autor: Egle, Ulrich T.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-928675

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Stressinduzierte Schmerzsyndrome

Les douleurs induites par le stress

PROF. ULRICH T. EGLE

Patientenedukation bei Schmerz klärt über den Zusammenhang von Stressverarbeitungsstörungen und Schmerzerkrankung auf. Der Autor liefert die neurobiologischen Hintergründe.

Schmerz wurde sehr lange ausschliesslich als Warnsignal für eine Gewebe- oder Nervenschädigung verstanden. Die vorherrschende Vorstellung der Schmerzverarbeitung im zentralen Nervensystem hatte und hat bis heute viel Ähnlichkeit mit einer Art «Telefonkabel»: Es leitet Aktionspotenziale von einem Ort zu einem anderen, in denen Informationen über Beginn, Dauer, Stärke, Lokalisation und Qualität eines peripheren nozizeptiven Reizes codiert sind. Erst in den letzten zehn Jahren konnten zentrale Mechanismen nachgewiesen werden. Die Forschung machte deutlich: Schmerz muss nicht unbedingt peripher bedingt sein, sondern zentrale Einflussfaktoren können primär nozizeptiv oder neuropathisch determinierte Schmerzreize wesentlich modulieren oder generieren. Die Art dieser Schmerzen lässt sich nicht von solchen, die durch einen peripheren Stimulus ausgelöst werden, unterscheiden [1–3].

Zentrale Mechanismen wenig beachtet

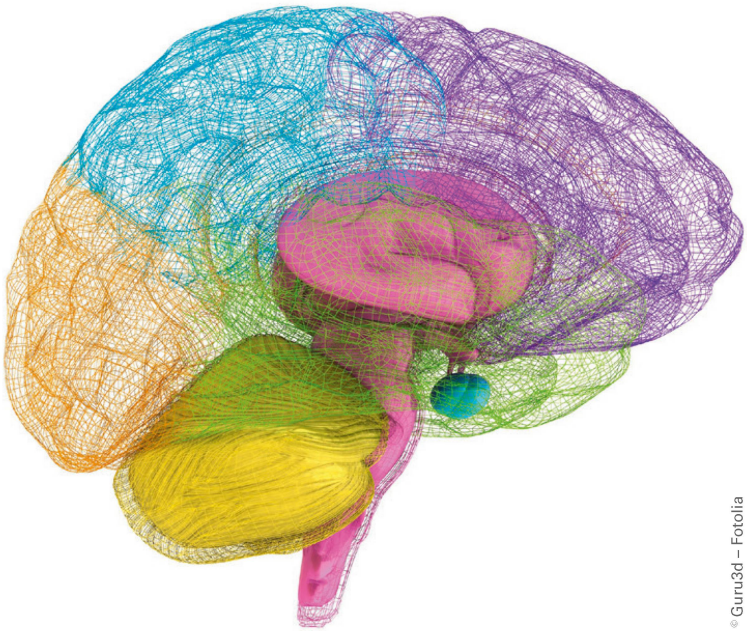
Bis heute haben viele Ärzte und andere medizinische Berufsgruppen diese neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht zur Kenntnis genommen. Bei vielen Schmerzpatienten, bei denen zentrale Mechanismen der Hyperalgesie zugrunde liegen, werden die Schmerzen als Ausdruck von Aggravation (Übertreibung) oder gar Simulation fehlinterpretiert. Oder es

L'éducation à la douleur a permis d'établir un lien entre des disfonctionnements dans la gestion du stress et la sensation de douleur. L'auteur se penche sur le contexte neurobiologique des patients.

La douleur a longtemps été considérée comme un signal d'avertissement qui informait de l'existence d'une lésion des tissus ou des nerfs. La représentation prédominante de la gestion de la douleur au sein du système nerveux central est aujourd'hui encore semblable à une sorte de «câble téléphonique». Celui-ci serait chargé de transmettre d'un lieu à un autre des potentiels d'action comprenant des informations codées sur le début, la durée, le degré, la localisation et la qualité d'un stimulus nociceptif périphérique. Ce n'est qu'au cours des dix dernières années que certains mécanismes essentiels ont pu être mis à jour. La recherche a montré que la douleur n'est pas nécessairement périphérique. Des facteurs d'influence centraux peuvent générer ou moduler de manière conséquente les stimuli douloureux dont la détermi-

© Phils Photography – Fotolia

In der Kindheit einwirkende Gewalterfahrungen oder emotionale Vernachlässigung (hinsichtlich altersbezogener Bindungs- und Beziehungsbedürfnisse) können eine Stressverarbeitungsstörung auslösen. I Des expériences de violence ou une négligence affective dans l'enfance incriminant les besoins relationnels et d'attachement relatifs à l'âge peuvent déclencher une gestion anormale du stress.



© Guru3d – Fotolia

Entscheidend für die Interpretation des Schmerzreizes ist die situative Gesamtverfassung des Individuums, wie sie sich vor dem Hintergrund des Interagierens verschiedener Hirnareale darstellt. I L'interprétation d'un stimulus douloureux ne peut se faire sans considérer un individu dans sa globalité, c'est-à-dire sans étudier l'arrière plan des interactions des différentes zones de son cerveau entre elles.

werden Zufallsbefunde hinsichtlich Schmerzverursachung überinterpretiert. In der Schweiz kam es vor einigen Jahren sogar zu einer restriktiveren Rechtsprechung bei IV-Renten für solche Schmerzpatienten, die jüngst wieder revidiert wurde.

Hypalgesie und Hyperalgesie

Emotionale (v. a. Angst und psychotraumatische Prägungen) und kognitive Einflussfaktoren wirken modulierend auf das Schmerzempfinden [4–6]. Ist das Einwirken negativer Emotionen kurz und intensiv (z. B. akutes körperliches Trauma), so schränkt dies die Schmerzwahrnehmung kurzfristig ein (Schmerzhemmung). Über längere Zeit einwirkende negative Emotionen und Disstress hingegen senken die Schmerzschwelle und verstärken damit die Schmerzwahrnehmung [7, 8]. Eine akute Gefahr führt also zu kurzdauernder *Hypalgesie*, eine permanente «Hab-Acht-Haltung» zu andauernder *Hyperalgesie*.

Zwei prospektive Studien [9, 10] konnten eine zeitlich enge Verknüpfung zwischen dem Auftreten einer chronischen Schmerzsymptomatik ohne nachweisbare Gewebsschädigung und einer anhaltend belasteten äusseren Stresssituation belegen. Bei der Untersuchung verschiedener Gruppen chronischer Schmerzpatienten wurde auch deutlich, dass viele Patienten bereits lange vor dem Auftreten der Schmerzsymptomatik unter einer Angsterkrankung litten [11].

nation est premièrement neuropathique ou nociceptive. En effet, ce type de douleur n'est en rien différent des douleurs causées par un stimulus périphérique [1–3].

Les mécanismes centraux sont peu pris en compte

La plupart des médecins et des professionnels de la santé ne sont actuellement pas informés de ces nouvelles connaissances scientifiques. La douleur de nombreux patients, dont l'hyperalgésie, est liée à des mécanismes centraux. Elle est cependant souvent interprétée de manière erronée en étant vue comme une expression de l'aggravation de leur état, voire comme de la simulation. Certaines découvertes fortuites peuvent également être surinvesties pour expliquer la douleur. Il y a quelques années, l'AI a même appliqué une jurisprudence plus restrictive dans l'attribution des rentes pour les patients atteints de douleurs chroniques. Cette position a été révisée récemment.

L'hypoalgésie et l'hyperalgésie

Des facteurs d'ordre émotionnel (la peur et les influences psychotraumatiques) ou cognitif influent la sensation de douleur et la modulent [4–6]. Si l'effet des émotions est bref et intense, comme lors d'un traumatisme corporel aigu, la perception de la douleur est réduite à un court laps de temps (blocage de la douleur). Les effets des émotions négatives et de la détresse s'étendent en revanche sur une durée plus longue. Ils réduisent le seuil de la douleur tout en renforçant sa perception [7, 8]. De la même manière, un danger aigu conduit à une brève *hypoalgésie*. Le fait d'être sur le «qui vive» de manière permanente entraîne à l'inverse une *hyperalgésie* durable.

Deux études prospectives [9, 10] ont montré un lien temporel étroit entre l'apparition de symptômes douloureux chroniques sans lésion tissulaire décelable et une situation extérieure de stress persistante. L'examen de différents groupes de patients atteints de douleurs chroniques a permis de constater qu'un grand nombre d'entre eux présentaient des troubles anxieux longtemps avant l'apparition de symptômes douloureux [11].

L'hyperalgésie induite par le stress

L'«hyperalgésie induite par le stress» (HIS) désigne les syndromes douloureux chroniques au cours desquels la douleur ne revêt pas une fonction de signal d'avertissement au sujet d'une lésion tissulaire ou nerveuse. Dans ce cas, elle incarne une construction symptomatique due à une gestion anormale du stress, déterminée par des facteurs psychobiographiques. Un traitement pathogène de traumatismes psychosociaux à l'âge adulte, des expériences de violence ou une négligence affective dans l'enfance incriminant les besoins relationnels

Stressinduzierte Hyperalgesie

Unter «Stressinduzierter Hyperalgesie» (SIH) werden jene chronischen Schmerzsyndrome subsumiert, bei denen Schmerz keine Warnsignalfunktion für eine Gewebe- oder Nervenschädigung hat, sondern eine Symptombildung einer psychobiografisch determinierten Stressverarbeitungsstörung darstellt. Eine pathogene Verarbeitung psychosozialer Traumata im Erwachsenenalter, oder bereits in der Kindheit einwirkende Gewalterfahrungen oder emotionale Vernachlässigung (hinsichtlich altersbezogener Bindungs- und Beziehungsbedürfnisse), können eine Stressverarbeitungsstörung auslösen [12].

Auch eine fehlende oder unzureichende Schmerzversorgung bei invasiven Eingriffen in der Kindheit kann als biologischer Stressor die spätere Schmerzvulnerabilität erhöhen [13, 14]. Solche Erfahrungen hinterlassen über die skizzierten Mechanismen «psychobiologische Narben». Diese Zusammenhänge sollten deshalb in einer sorgfältigen biopsychosozialen Exploration bei chronischen Schmerzpatienten routinemässig abgeklärt werden.

Bei folgenden Krankheitsbildern ist der Zusammenhang zu einer traumatisch induzierten Schmerzstörung im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) besonders bedeutsam [5, 15]:

- Fibromyalgie-Syndrom [16]
- Unspezifische LWS- und Schulter-Nacken-Schmerzen
- Craniomandibulärer Dysfunktion
- Colon irritabile
- Pelvipathie bei Frauen [17]

Schmerz ist «nur» eine besondere Form von Stress

Mit einer Ausnahme (somatosensorischer Cortex, Homunculus) sind alle an der Schmerzverarbeitung beteiligten Hirnareale (Insula, Amygdala, Hippocampus, Gyrus cinguli und verschiedene Bereiche des Präfrontalkortex) auch für die zentrale Stressverarbeitung zuständig. Entscheidend für die Interpretation des Schmerzreizes ist deshalb die situative Gesamtverfassung des Individuums, wie sie sich vor dem Hintergrund des Interagierens verschiedener Hirnareale darstellt.

Auch vorausgegangene Lernerfahrungen im Umgang mit Schmerz und Disstress werden bei der Bedeutungserteilung des Schmerzreizes respektive eines andauernden Schmerzempfindens herangezogen und beeinflussen die Erwartungshaltung beim nächsten Mal. Etwas vereinfachend kann man sagen: Schmerz stellt für das Gehirn nur eine besondere Form von Stress dar, und er wird entsprechend verarbeitet oder beantwortet. Gerade bei chronischem Schmerz (länger als drei Monate) beeinflussen die affektive Verfassung (z. B.

Eine emotional Sicherheit gebende Hauptbezugsperson in den ersten Lebensjahren bewirkt über die Aktivierung des ventromedialen Präfrontalkortex offensichtlich lebenslang eine Fähigkeit zur Schmerzdämpfung. I En activant la région ventro-médiane du cortex préfrontal, une personne de référence prodiguant une sécurité émotionnelle au cours des premières années de vie engendre une capacité d'atténuation de la douleur pour toute la vie [24].

et d'attachement relatifs à l'âge peuvent déclencher une gestion anormale du stress [12].

Un traitement insuffisant ou absent de la douleur lors d'une intervention invasive dans l'enfance peut, lui aussi, en tant que source biologique de stress, causer une augmentation ultérieure de la vulnérabilité des patients à l'égard de la douleur [13, 14]. De telles expériences laissent des «cicatrices psychobiologiques» dans les mécanismes esquissés plus haut. Ce contexte doit dès lors systématiquement faire l'objet d'une exploration bio-psycho-sociale approfondie chez les patients qui présentent des douleurs chroniques.

Le lien avec un trouble douloureux induit par le stress dans le cadre d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) est particulièrement important pour les affections suivantes [5, 15]:

- Syndrome de fibromyalgie [16]
- Douleurs non spécifiques au niveau des épaules, de la nuque et des lombaires
- Dysfonctionnements crânio-mandibulaires
- Colon irritable
- Douleurs pelviennes chez les femmes [17]

La douleur «n'est qu'une» forme particulière de stress

À une exception près, le cortex somato-sensoriel, l'homoncule moteur, toutes les parties du cerveau (le cortex insulaire,

Depression, Angst, Katastrophisieren) sowie kognitive Einschätzungen und Bewertungen das Schmerzerleben [6].

Belastende Umweltbedingungen in der Kindheit

Postnatal einwirkende Schmerzreize können im Schmerzverarbeitungssystem Sensitivierungsprozesse auslösen und es kann zu einer späteren Hyperalgesie kommen, dies wiesen Tierexperimente nach [14]. Auch beim Menschen ist der Zusammenhang zwischen frühen Schmerzerfahrungen und später erhöhter Stress- und Schmerzvulnerabilität belegt [18, 13, 19].

Eine *längere postnatale Trennung vom Muttertier* kann tierexperimentell zur Folge haben, dass eine anhaltende Belastungssituation im «Erwachsenenalter» Muskelschmerzen auslöst [20].

Ein tierexperimentelles Modell für stressinduzierte Schmerzsyndrome zeigte darüber hinaus Folgendes: Eine (experimentell induzierte) frühe Bindungsstörung kann bei ausgewachsenen Ratten die Ausschüttung von proinflammatorischen Zytokinen (IL-6) und Adrenalin verstärken und so das nozizeptive System sensitivieren [21].

Dies erklärt auch, weshalb Forscher bei chronischen Schmerzpatienten ohne nachweisbare Gewebeschädigung gehäuft ein *unsicheres Bindungsverhalten* und damit einhergehend ein gesteigertes Schmerzempfinden feststellten [22]. Auch bei Probanden mit unsicherem Bindungsverhalten, denen im Labor Schmerz appliziert wurde, war das Schmerzempfinden signifikant stärker ausgeprägt.

Die Rolle des Oxytocins

Eine wesentliche Mediatorfunktion zwischen frühem Disstress und späterer Schmerzvulnerabilität hat das Neuropeptid Oxytocin («Kuschelhormon»). Es wird durch Bindung, Beziehung und das Erleben sozialer Unterstützung vor allem im Bereich des Hypothalamus aktiviert und ist sowohl zentral als auch peripher wirksam. Oxytocin reduziert Stress, Angst und Depression [23]. Eine emotional Sicherheit gebende Hauptbezugsperson in den ersten beiden Lebensjahren (Bindungsphase) bewirkt neurobiologisch über die Aktivierung des ventromedialen Präfrontalkortex offensichtlich lebenslang eine Fähigkeit zur Schmerzdämpfung [24]. Das Erleben von sozialer Ausgrenzung (allein gelassen werden) hingegen ist über eine Aktivierung im Bereich des dorsalen anterioren Gyrus cinguli mit einem verstärkten Schmerzerleben verknüpft [25].

Differentialdiagnose bei chronischem Schmerz

Viele funktionelle Schmerzsyndrome mit tastbaren muskulären Verspannungen (z. B. Lumbalgie, craniomandibuläre Dysfunktion, Spannungskopfschmerz) treten in Verbindung mit einer zusätzlichen Angsterkrankung oder einer anankas-

l'amygdale, l'hippocampe, le gyrus cingulaire et diverses zones du cortex préfrontal) impliquées dans le traitement de la douleur sont également responsables de la gestion du stress. Pour cette raison, l'interprétation d'un stimulus douloureux ne peut se faire sans considérer un individu dans sa globalite, c'est-à-dire sans étudier l'arrière plan des interactions des différentes zones de son cerveau entre elles.

L'importance accordée à un stimulus douloureux ou à une sensation de douleur persistante est également influencée par d'anciens apprentissages en lien avec la gestion de la douleur et de la détresse. Ceux-ci influent aussi la réaction attendue la fois suivante. Pour simplifier, la douleur ne représente pour le cerveau qu'une forme particulière de stress. C'est dans cette optique qu'il la traite ou qu'il y répond. C'est précisément dans le cas des douleurs chroniques (plus de trois mois) que l'état affectif (dépression, anxiété, pensées négatives), les évaluations et les jugements cognitifs influent sur l'expérience de la douleur [6].

Un contexte difficile dans l'enfance

Des expériences réalisées sur des animaux ont montré que des *stimuli douloureux postnataux* peuvent déclencher des processus de sensibilisation dans le système de traitement de la douleur. Plus tard, cela peut engendrer une hyperalgésie [14]. Le lien entre des expériences précoces de la douleur et une vulnérabilité ultérieure plus élevée face au stress et à la douleur a également été attesté chez l'être humain [18, 13, 19].

Dans les expériences réalisées sur les animaux, *une séparation postnatale prolongée de la mère* peut avoir pour conséquence qu'une situation difficile qui se prolonge à l'âge adulte déclenche des douleurs musculaires [20].

En outre, voici ce qu'a démontré un modèle de syndrome douloureux induit par le stress sur la base d'expériences réalisées sur les animaux: un trouble précoce de l'attachement induit de manière expérimentale chez des rats adultes peut renforcer la production de cytokines pro-inflammatoires (IL-6) et d'adrénaline, et donc sensibiliser le système nociceptif [21].

Ceci explique aussi pourquoi les chercheurs ont souvent constaté des *troubles de l'attachement* qui s'accompagnent d'une sensation accrue de la douleur chez les patients atteints de douleurs chroniques sans présenter de lésion tissulaire décelable [22]. La sensation de douleur était aussi significativement accrue chez les sujets aux comportements relationnels mal assurés auxquels on a fait subir de la douleur en laboratoire.

Le rôle de l'ocytocine

L'ocytocine (l'«hormone de l'amour») est un neuropeptide qui revêt une fonction médiatrice essentielle entre la détresse précoce et la vulnérabilité ultérieure vis-à-vis de la douleur.

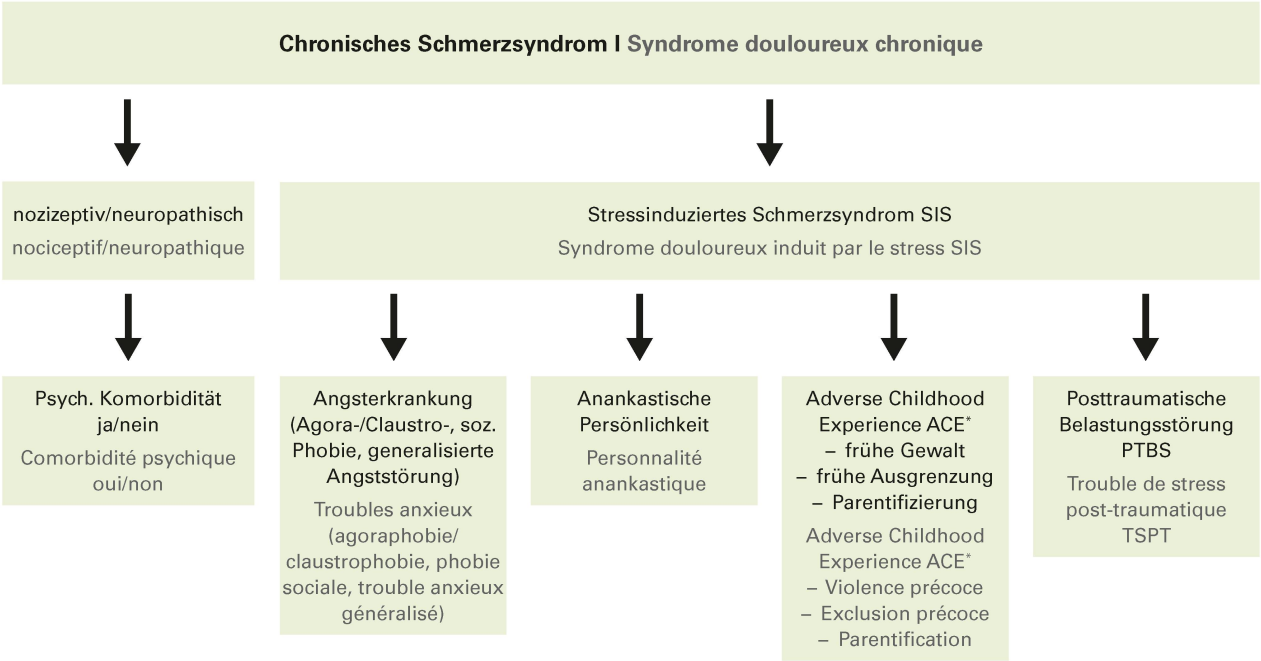


Abbildung 1: Biopsychosoziale Differentialdiagnose bei chronischem Schmerz. *ACE: Frühe Kindheitsbelastung. I Schéma 1: Diagnostic différentiel bio-psycho-social lors de douleurs chroniques. *ACE: enfance précoce difficile.

tischen Persönlichkeitsstörung[1] auf und können Ausdruck eines stressinduzierten Schmerzsyndroms (SIS) sein *(Abbildung 1)*. Gut gesichert ist inzwischen, dass bei der grossen Mehrheit der Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom eine stressinduzierte Hyperalgesie vorliegt.

Differentielle Therapiestrategien bei stressinduziertem Schmerzsyndrom

Liegt dem stressinduzierten Schmerzsyndrom (SIS) eine **Posttraumatische Belastungsstörung** (PTBS) zugrunde – was sehr viel häufiger der Fall ist, als dies vor dem Hintergrund der Prävalenz in epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung wahrscheinlich ist –, so sollte eine Trauma-bezogene Psychotherapie durchgeführt werden.

Geht dem stressinduzierten Schmerzsyndrom eine **langjährige Angsterkrankung** voraus, so sollte der Schwerpunkt der Behandlung zunächst auf einem Angstbewältigungstraining und/oder einem sozialen Kompetenztraining liegen. Bei multiplen muskulären Verspannungszuständen sollen Sport- und Bewegungstherapie sowie Physiotherapie und Biofeedback-Training die Behandlung ergänzen.

[1] Anankastische Persönlichkeitsstörung: Betroffene sind durch besonders ausgeprägte Leistungsorientierung, fehlende Flexibilität, Perfektionismus, ständiges Kontrollverhalten, Gefühle von Zweifel sowie ängstliche Vorsicht gekennzeichnet.

L'ocytocine est principalement activée au niveau de l'hypothalamus par l'attachement, les relations et l'expérience de soutien social; elle agit de manière centrale et périphérique. Elle réduit le stress, l'anxiété et la dépression [23]. En activant la région ventro-médiane du cortex préfrontal, une personne de référence qui prodigue une sécurité émotionnelle au cours des deux premières années de vie (phase d'attachement) engendre clairement, sur le plan neurobiologique, une capacité d'atténuation de la douleur pour toute la vie [24]. En revanche, les situations d'exclusion sociale (le fait d'être laissé seul) activent la région dorsale antérieure du gyrus cingulaire, ce qui entraîne une expérience accrue de la douleur [25].

Diagnostic différentiel en cas de douleurs chroniques

De nombreux syndromes fonctionnels douloureux accompagnés de tensions musculaires palpables (lombalgie, dysfonctionnement crânio-mandibulaire, céphalées de tension) sont liés à un trouble anxieux ou à un trouble anankastique de la personnalité[1]. Ils peuvent être l'expression d'un syndrome douloureux induit par le stress (SIS) *(schéma 1)*. Il est actuellement certain que la grande majorité des patients qui souf-

[1] Troubles anankastiques de la personnalité: les personnes concernées se caractérisent par une orientation particulièrement marquée vers la performance, un manque de flexibilité, une tendance perfectionniste, une attitude permanente de contrôle, des sentiments de doute ainsi qu'une attention anxieuse.

Besteht eine hohe Neigung zur **Selbstüberforderung** vor dem Hintergrund überzogener Leistungsansprüche und Perfektionismus (anankastische Persönlichkeitszüge bzw. -störung), so sollten neben sporttherapeutischen Massnahmen [26] Achtsamkeitstraining und Musiktherapie sowie interaktionelle Gruppenpsychotherapie zur Therapie gehören. Auch ein Biofeedback-Training zur besseren Körperwahrnehmung und Entspannung kann eine sinnvolle Ergänzung darstellen, um der dauerhaft angespannten Muskulatur sowie dem vegetativen Hyperarousal[2] entgegenzuwirken.

Handelt es sich bei dem stressinduzierten Schmerzsyndrom um eine durch **emotionale Deprivation und psychische Traumatisierung** in der Kindheit determinierte somatoforme Störung, so steht eine interaktionelle Gruppenpsychotherapie im Vordergrund. Dabei geht es darum, die mit der Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse verknüpften Verhaltensweisen im Umgang mit sich und anderen im Alltag neu auszubalancieren [27].

Schon die Aufklärung über die Zusammenhänge kann schmerzreduzierend sein

Alle chronischen Schmerzpatienten sind vor Beginn einer Behandlung ausführlich über die dargestellten Zusammenhänge bei ihrer Schmerzerkrankung aufzuklären (Schmerzedukation), um die Voraussetzungen für eine aktive Mitarbeit zu schaffen. Eine solche Schmerzedukation kann häufig bereits schmerzreduzierend wirksam sein [28].

[2] Hyperarousal: unter Stress auftretende Übererregung, häufige Symptome sind Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, erhöhte Reizbarkeit und mangelnde Affekttoleranz. (Online-Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik)

Prof. Dr. **Ulrich T. Egle** hatte langjährig eine Professur mit Schwerpunkt für Psychosomatische Schmerzdiagnostik und -therapie am Mainzer Uniklinikum inne und war Ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Klinik Kinzigtal in Gengenbach (D). Seit Kurzem ist er an der Klinik Barmelweid/Aargau tätig. Für seine Forschung zu psychosomatischen Schmerzen wurde Egle mit dem Heigl-Preis 2016 (höchstdotierter deutscher Psychotherapie-Preis) ausgezeichnet.

Pr **Ulrich T. Egle** a longtemps occupé une chaire de professeur axée sur le diagnostic et le traitement de la douleur psychosomatique à la Clinique universitaire de Mayence (D). Il a été directeur médical de la Clinique psychosomatique Kinzigtal à Gengenbach (D). Depuis peu, il exerce son activité à la clinique Barmelweid, dans le canton d'Argovie. Ulrich Egle a reçu le prix Heigl 2016 (prix principal en Allemagne dans le domaine de la psychothérapie) pour ses recherches.

Liegt dem stressinduzierten Schmerzsyndrom eine Posttraumatische Belastungsstörung zugrunde, so sollte eine Trauma bezogene Psychotherapie durchgeführt werden. I Lorsque le syndrome douloureux induit par le stress est dû à un trouble de stress post-traumatique, il faut traiter le traumatisme par une psychothérapie.

frent d'un syndrome de fibromyalgie présentent une hyperalgésie induite par le stress.

Stratégies thérapeutiques différentielles en cas de syndrome douloureux induit par le stress

Lorsque le syndrome douloureux induit par le stress (SIS) est dû à un **trouble de stress post-traumatique** (TSPT), il faut traiter le traumatisme par une psychothérapie. Or, cette situation survient probablement bien plus souvent que ce qui est estimé si l'on se réfère à la prévalence relevée par des études épidémiologiques réalisées sur l'ensemble de la population.

Si le syndrome douloureux induit par le stress est causé par un **trouble anxieux de longue durée,** le traitement doit d'abord être axé sur un entraînement qui permette de surmonter l'anxiété et/ou un entraînement en matière de compétences sociales. En cas d'états de tensions musculaires multiples, il faut compléter le traitement par une activité sportive thérapeutique ou par du mouvement ainsi que par une physiothérapie et un entraînement de biofeedback.

Si l'on constate une forte tendance au **dépassement de soi** dans un contexte de recherche de performance trop élevée et de perfectionnisme (troubles ou traits de personnalité anankastique), le traitement doit comporter de la méditation pleine conscience, de la musicothérapie, de la psychothérapie de groupe ainsi que des activités sportives thérapeutiques [26]. Un entraînement de biofeedback pour améliorer la conscience de son corps et pour se détendre peut constituer

Weiterführende Literatur

– Ulrich T Egle, Burkhard Zentgraf (2013). Psychosomatische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung. Kohlhammer Verlag.

Literatur (Auswahl*) I Bibliographie (sélection*)

4. Egloff N, Egle UT, von Känel R. Weder Descartes noch Freud? Aktuelle Schmerzmodelle in der Psychosomatik. Praxis (Bern 1994) 2008; 97: 549–57.
5. Egloff N, Hirschi A, von Känel R. Traumatization and chronic pain: a further model of interaction. J Pain Res 2013; 6: 765–70.
6. Bushnell MC, Ceko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. Nature Rev Neurosci 2013; 14: 5012–11.
13. Taddio A, Shah V, Gilbert-MacLeod C, Katz J. Conditioning and hyperalgesia in newborns exposed to repeated heel lances. JAMA 2002; 288: 857–61.
14. Schwaller F, Fitzgerald M. The consequences of pain in early life: injury-induced plasticity in developing pain pathways. Eur J Neurosci 2014; 39: 344–52.
16. Egle UT, Ecker-Egle M-L, Nickel R. Fibromyalgie-Syndrom – eine Stressverarbeitungsstörung. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2011; 162: 326–37.
20. Alvarez P, Green PG, Levine JD. Stress in the adult rat exacerbates muscle pain induced by early life stress. Biol Psychiatry 2013; 74: 688–95.
21. Green PG, Chen X, Alvarez P, Ferrari LF, Levine JD. Early-life stress produces muscle hyperalgesia and nociceptor sensitization in the adult rat. Pain 2011; 152: 2549–56.
22. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. Clin Psychol Rev 2008; 28: 407–29.
23. Rash J, Aguirre-Camacho A, Campbell TS. Oxytocin and pain. A systematic review and synthesis of findings. Clin J Pain 2014; 30: 453–62.
25. Eisenberger N: The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. Nat Rev Neuroscience 2012; 13: 421–434.
26. Naugle KM, Fillingim RB, Riley JL III. A meta-analytic review of the hypoalgesic effects of exercise. J Pain 2012; 13(12): 1139–50.
27. Egle UT, Zentgraf B. Schmerz und Bindung: Psychosomatische Behandlung des Fibromyalgie-Syndroms. Ärztl Psychother 2014; 9(3): 132–136.
28. Van Oosterwijck J, Meeus M, Paul L, De Schryver M, Pascal A, Lambrecht L, Nijs J. Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fibromyalgia: a double-blind randomized controlled trial. Clin J Pain 2013; 29: 873–82.

* Die vollständige Literaturliste kann bei der Redaktion bezogen werden: red@physioswiss.ch.

* Une bibliographie complète est disponible auprès de la rédaction: red@physioswiss.ch

un complément approprié au traitement afin de contrer les tensions musculaires permanentes ainsi que l'hypervigilance végétative[2].

En cas de syndrome douloureux induit par le stress traduisant un trouble somatoforme déterminé dans l'enfance par une **carence affective et un traumatisme psychique,** une psychothérapie de groupe interactionnelle est particulièrement adaptée. L'objectif sera de rééquilibrer dans le quotidien les comportements liés à la satisfaction de besoins psychiques de base dans le rapport à soi-même et aux autres [27].

La connaissance du contexte peut déjà réduire les douleurs

Avant le début du traitement, tous les patients qui présentent des douleurs chroniques doivent être amplement informés des liens mis en évidence avec leurs affections douloureuses (éducation à la douleur). Cela permet de mettre en place les conditions nécessaires à une collaboration active. Ce type d'éducation à la douleur peut déjà contribuer à réduire la douleur [28].

Pour aller plus loin

– Ulrich T Egle, Burkhard Zentgraf (2013). Psychosomatische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung. Kohlhammer Verlag.

[2] Hypervigilance (hyperarousal): hypertension qui apparaît en cas de stress et dont les symptômes fréquents sont des troubles du sommeil, une tendance à sursauter, une irritabilité accrue et une tolérance insuffisante aux affects. (Dictionnaire en ligne de psychologie et de pédagogie)

Sitzkeile

Lendenstützen
bei uns besonders günstig !
TOBLER & CO. AG
Strickerei/Näherei
9038 Rehetobel
Tel. 071 877 13 32
Fax 071 877 36 32
www.tobler-coag.ch