

**16 CAS CLINIQUES
EN PSYCHOPATHOLOGIE
DE LA DOULEUR**

LES ATELIERS
DU PRATICIEN

SOUS LA DIRECTION DE
VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT • ANTOINE BIOY

16 CAS CLINIQUES EN PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2022

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-083576-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

| | |
|---|-----|
| Liste des auteurs | 7 |
| Introduction | 11 |
| Chapitre 1 – Repères en psychopathologie de la douleur Véronique Barfety-Servignat et Antoine Bioy | 12 |
| Chapitre 2 – Les douleurs musculosquelettiques de Klaus <i>Douleur et travail</i> Alexandre Sallet | 26 |
| Chapitre 3 – Mathilde : Angoisse et corps douloureux en soins palliatifs Benoit Maillard | 42 |
| Chapitre 4 – Les douleurs au genou de Luc <i>Le cadre du travail du psychologue en structure douleur chronique pédiatrique</i> Florence Reiter | 54 |
| Chapitre 5 – Les douleurs drépanocytaires de Naya Marion Richard | 70 |
| Chapitre 6 – Exil, traumas extrêmes et douleurs chez Solomon Khadija Chahraoui | 84 |
| Chapitre 7 – Marianne : douleurs et configuration familiale <i>De l'invisible à l'irrécusable</i> Michèle Gennart | 98 |
| Chapitre 8 – La dorsalgie de Mariette <i>Aborder la kinésiophobie en thérapie comportementale et cognitive</i> Morgiane Bridou | 112 |
| Chapitre 9 – Les douleurs séquellaires d'Yvan (trauma de type 1) Séverine Conradi | 128 |
| Chapitre 10 – Douleurs gynécologiques à l'adolescence Leslie Oderda | 140 |
| Chapitre 11 – La peau de Charlotte Raphaël Minjard | 156 |
| Chapitre 12 – Martine, une histoire secrète à montrer Véronique Barfety-Servignat | 168 |
| Chapitre 13 – Les douleurs articulaires d'Éliane <i>Douleurs, deuils et traumatismes</i> Bernard Duplan | 184 |

| | |
|--|------------|
| Chapitre 14 – Les yeux noirs : Maielen et son syndrome de Marfan | 198 |
| Antoine Bioy | |
| Chapitre 15 – Les algies vasculaires de la face de Marguerite | 212 |
| Bertrand Lionet | |
| Chapitre 16 – Le côlon irritable de Manuel | 224 |
| Françoise Hirsch | |
| Chapitre 17 – Eddie : Poly-addictions et douleur | 238 |
| <i>Écouter et penser le corps pour comprendre des mécanismes addictifs</i> | |
| Baptiste Lignier | |
| Conclusion | 251 |

Liste des auteurs

► **Véronique Barfety-Servignat**

Psychologue clinicienne (CHU de Lille, consultation douleur et rhumatologie), chargée d'enseignement et chercheuse associée au laboratoire Psychopathologie et processus de changement (LPPC), université Paris 8, coresponsable du DIU Clinique et psychopathologie de la douleur, université Lille 3, ancienne secrétaire générale de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

► **Antoine Bioy**

Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'université Paris 8, directeur adjoint du laboratoire Psychopathologie et processus de changement (LPPC), psychologue clinicien et hypnothérapeute (Institut des médecines intégratives et complémentaires du CHU de Bordeaux), ancien vice-président de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), coordinateur national du DIU Clinique et psychopathologie de la douleur.

► **Morgiane Bridou**

Maître de conférences en psychologie clinique, psychologue, laboratoire Psychopathologie et processus de changement (LPPC), université Paris 8.

► **Khadija Chahraoui**

Professeure de psychologie clinique et psychopathologie, laboratoire Psychopathologie et processus de changement (LPPC), université Paris 8, responsable de la consultation psychotraumatismes, Maison de Soleen, Cochin AP-HP.

► **Séverine Conradi**

Psychologue clinicienne (CHRU de Nancy, consultation d'évaluation et de traitement de la douleur), doctorante au laboratoire APEMAC-EPSAM (université de Lorraine), Ancienne secrétaire générale de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

► **Bernard Duplan**

Médecin rhumatologue et algologue, docteur en psychologie, centre hospitalier Métropole Savoie – Reine Hortense, membre du Centre de recherches en psychologie et psychopathologie clinique (CRPPC) de l'université Lumière Lyon 2.

► **Michèle Gennart**

Psychologue spécialiste en psychothérapie, docteure en philosophie, Centre médical de La Source, Lausanne, Suisse.

► **Françoise Hirsch**

Psychologue clinicienne, centre d'étude et de traitement de la douleur de l'hôpital Pierre-Paul Riquet, CHU de Toulouse.

► **Baptiste Lignier**

Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie (université de Bourgogne, laboratoire Psy-DREPI (Dynamiques relationnelles et processus identitaires, EA 7458), psychologue clinicien en CSAPA, coresponsable du DIU Clinique et psychopathologie de la douleur (université de Bourgogne-Franche-Comté).

► **Bertrand Lionet**

Psychologue clinicien, docteur en psychologie clinique et psychopathologie, structure d'étude et de traitement de la douleur chronique de la région dunkerquoise et audomaroise (Dunkerque), expert judiciaire près la cour d'appel de Saint-Denis de la Réunion, chargé d'enseignement à l'université de Paris 8.

► **Benoit Maillard**

Psychologue clinicien, docteur en psychologie clinique et psychopathologie, réseau de soins palliatifs et d'accompagnement du CHU de Nantes, coresponsable du DIU Clinique et psychopathologie de la douleur (université de Nantes).

► **Raphaël Minjard**

Maître de conférences HDR en psychopathologie et psychologie clinique, université Lumière Lyon 2, Centre de recherches en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC), psychologue clinicien (consultation douleur, hôpital de la Croix-Rousse, Lyon), secrétaire général de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

► **Leslie Ordeda**

Psychologue clinicienne, Centre de la douleur et de la migraine de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Paris.

► **Florence Reiter**

Psychologue clinicienne et thérapeute familiale, Centre de la douleur et de la migraine de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Paris.

► **Marion Richard.**

Psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique, consultation d'étude et de traitement de la douleur, hôpital Saint-Gamille, Bry-sur-Marne.

► **Alexandre Sallet**

Psychologue clinicien, service de rhumatologie et centre fédératif d'évaluation et de traitement de la douleur, centre hospitalier Métropole Savoie (Aix-les-Bains), doctorant au laboratoire Clinique, psychanalyse et développement, université Paris Nanterre, membre de l'équipe de recherche de l'Institut de psychodynamique du travail (Paris), correspondant régional Auvergne-Rhône-Alpes de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

Introduction

FACILEMENT COMPRISE au quotidien comme un signal d'alarme d'une perturbation somatique, la douleur est pourtant une expérience qui a des effets de transformation sur l'équilibre somatopsychique, sur les représentations, sur les relations à l'autre, voire des enjeux identitaires. Elle pose ainsi la question de sa fonction et interroge le sens qu'elle prend pour chacun. En référence à Marie Claude Defontaine-Catteau, aborder psychologie et psychopathologie de la douleur comme ce que crée la douleur dans le psychisme rappelle un principe essentiel de la définition et de la clinique de la douleur : il n'y a pas de douleur physique sans contrepartie psychologique et la réciproque est vraie, il n'y a pas de trouble psychique sans corrélation physique. Tout autant tentative de guérison, empreinte de la structure psychique du sujet, façon de se défendre face aux circonstances perturbantes de la vie ou de gérer ses conflits internes, la douleur énonce et s'énonce dans le corps et dans la psyché d'une manière caractéristique. La douleur a pour chacun un ancrage et une allure corporelle bien définis.

Dans la rencontre clinique avec le sujet douloureux à partir du récit d'un corps souffrant, il s'agit alors de saisir pour le sujet et avec lui ce qui se joue sur le plan psychique de cet éprouvé douloureux. L'évaluation qualitative de la douleur permet justement de prendre en compte les fonctions et représentations subjectives de la douleur tout comme leurs résonances symboliques. Ce travail s'attache à l'intégration de la problématique en jeu dans l'expression, le vécu et l'investissement de la douleur ressentie dans le psychisme : c'est-à-dire déployer la plainte, interroger les réactions par rapport à la douleur, sortir de l'illusion du soulagement total de la douleur, questionner les réaménagements possibles au regard des mobilisations, des remaniements, des empêchements qu'a sollicités la douleur.

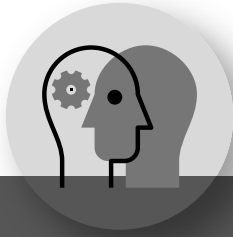
Cet ouvrage propose des repères pour la pratique en clinique de la douleur en les situant toujours dans les différentes approches conceptuelles qui participent à la richesse de la psychologie et de la psychopathologie clinique.

Un grand merci à tous les auteurs sollicités, qui ont accepté de contribuer à cet ouvrage, et de parler de leur pratique clinique. Cet acte de transmission illustre la richesse et la variété des exercices cliniques. Il nous amène également à réfléchir chacun à nos pratiques et à nous confronter à celle de l'autre.

Chapitre 1

Repères en psychopathologie de la douleur

VÉRONIQUE BARFETY-SERVIGNAT ET ANTOINE BIOY



| | | |
|---|---|----|
| ❶ | Sur le plan sensoriel | 15 |
| ❷ | Sur le plan psychique | 16 |
| ❸ | Sur les plans cognitif et comportemental | 18 |
| ❹ | Deuil, réorganisation et effets de transformation | 19 |
| ❺ | Effets de parcours | 19 |
| ❻ | La demande de soulagement | 20 |
| ❼ | L'entretien clinique | 21 |
| ❽ | Conclusion | 22 |
| ❾ | Bibliographie | 22 |

« Parce que le corps et l'âme se compromettent ensemble,
parce qu'ils se servent d'excuse l'un à l'autre. »

André BRETON, René CHAR, Paul ÉLUARD, *Page Blanche*, 1930,
La poésie surréaliste. Anthologie.

DE QUOI PARLONS-NOUS lorsque nous parlons de douleur ?
Revue en 2020, la définition du IASP¹ admise par la communauté scientifique rappelle que la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ». Elle est complétée de six notes clés faisant référence à (Raja *et al.*, 2020) :

- la douleur est toujours une expérience subjective qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ;
- la douleur et la nociception sont des phénomènes différents : l'expérience de la douleur ne peut être réduite à l'activité des voies sensorielles ;
- au fil de leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de douleur et ses applications ;
- le fait qu'une personne qualifie une expérience de douloureuse doit être accepté comme tel et respecté ;
- bien que la douleur joue généralement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets négatifs sur la fonction et le bien-être sociaux et psychologiques ;
- la description verbale n'est qu'un comportement parmi d'autres pour exprimer la douleur ; l'incapacité de communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

Cette définition pose à nouveau le caractère expérientiel et subjectif de la douleur pas toujours verbalisable, pas nécessairement objectivable, son retentissement fonctionnel, psychique et social, son histoire dans la vie du sujet empreint de son environnement culturel et de ses événements de vie. Cependant elle ne désigne pas la douleur comme signal d'alarme, dont c'est la fonction première, et donc comme vécu de menace. Cette question de la menace a pourtant une importante centralité en clinique de la douleur puisqu'elle remet en question

1. *International Association for the Study of Pain*

un sentiment particulier et singulier de propriété du corps et ramène le sujet douloureux à sa faillibilité (Bioy, 2020). En médecine, les perspectives psychiques de la douleur peuvent rapidement être réduites à des « comorbidités » causalistes telles l'anxiété et la dépression. Avoir mal mobilise très vite de l'angoisse (que m'arrive-t-il ?) jusqu'à questionner même le devenir. Lorsque la douleur est présente depuis un moment, elle produit des mouvements dépressifs tout à fait légitimes (ça ne s'arrête pas) comme dans toute chronicisation.

1 SUR LE PLAN SENSORIEL

En tant que signal d'alarme, la douleur est une sensation qui permet à l'organisme de répondre et de se protéger en présence d'un stimulus mécanique, chimique ou thermique, constituant une menace pour l'intégrité de l'organisme. La douleur se présente ainsi en premier lieu comme expérience d'angoisse et comme éprouvé sensoriel soudain, saisissant, auquel il n'est pas possible de se soustraire. Entièrement captée par l'expérience de la douleur, l'attention du sujet se restreint à l'endroit du corps douloureux, au risque d'une rupture de la communication avec soi et avec l'autre. Cette aspiration à la partie réelle du corps douloureux peut être majeure, voire mener à des négligences des autres parties du corps, où finalement seule la partie douloureuse peut encore faire corps. Il s'agit alors d'une nouvelle expérience d'éprouvés douloureux jamais ressentis jusqu'ici, qui conduit à une nouvelle expérience du corps et à un sentiment d'étrangeté, que les patients rapportent fréquemment. Cependant « avoir mal » déborde la pathologie, déclenche un violent ébranlement sensoriel en cela qu'il occupe toute la place et inscrit le quotidien du sujet dans un rythme rapporté aux sensations douloureuses, modifiant alors le champ des perceptions dans son ensemble. Dans cet éprouvé du corps où la douleur est intense et/ou répétitive, la pensée est mise hors-jeu. Il n'est plus possible pour le sujet de traiter psychiquement cet éprouvé corporel douloureux envahissant qui court-circuite la pensée ainsi que les processus de symbolisation en captant tout du sujet dans des mouvements proches de la sidération (Pediñelli et Rouan, 1997). Et cet empêchement lui-même devient cause de douleur associant la douleur d'une perte narcissique à la douleur qui met le corps en souffrance. C'est maintenant un corps moins sûr, imprévisible, qui peut être saisi sans prévenir par des éprouvés sensoriels inhabituels, qui amène à douter de soi et de ses ancrages narcissiques. C'est un corps qui fait rupture et ne permet plus d'appréhender

le monde avec la même assurance narcissique. Ainsi, intense, chronique, la douleur affecte l'existence de l'individu, ses sentiments, ses perceptions, ses modes de communication et de pensée (Barfety-Servignat, 2018).

2 SUR LE PLAN PSYCHIQUE

En référence à Marie-Claude Defontaine-Catteau (Defontaine-Catteau, 1990) qu'est-ce que la douleur crée dans le psychisme ? Du fait de ces sensations douloureuses nouvelles qui conduisent à un sentiment d'étrangeté, le sujet est en proie à un véritable vacillement identitaire (Minjard et Duplan, 2018), dont la blessure peut s'inscrire durablement dans le psychisme. Au caractère effractant et sidérant des éprouvés douloureux et par l'altération des systèmes de pensée et de communication qu'elle entraîne chez le sujet, la douleur revêt un caractère traumatique (Defontaine-Catteau et Bioy, 2014) qui menace son équilibre interne. Douleur et traumatisme entretiennent des liens étroits dont l'un des points de jonction est le débordement des capacités du sujet à donner du sens à ce qui lui arrive. Et dans bien des cas, le trauma de la douleur répond à un vécu traumatique antérieur.

Dans cette lutte contre l'effraction (corporelle et psychique), contre la mise en cause de l'identité du patient qui ne se reconnaît plus et contre la limitation à la réalisation du désir (Bioy, 2020), le bouclier défensif s'active sur des modalités comme l'isolation (« je me souviens de l'accident, mais ça ne me fait rien »), l'évitement (inhibition de certains mouvements douloureux par exemple) ou comme l'attribution de l'ensemble du problème douloureux et de ses conséquences à une cause extérieure concrète. Dans ce dernier cas, la douleur peut même devenir la preuve de l'accident. Par ailleurs, le sujet n'ayant pas de représentation de la fin d'une douleur, l'impact doit en être absolument atténué, d'autant plus que la douleur persistante n'est pas juste une douleur : elle est répétition, accumulation, succession qui peut conduire à un épuisement physique et psychique (Barfety-Servignat, 2018). C'est une vie arrêtée et dépersonnalisée dont parlent les patients douloureux, qui conduit à une période triste (de ne plus se reconnaître), voire déprimée tout à fait légitime.

Dès lors, comment vivre et faire des projets avec les autres, lorsque les douleurs sont imprévisibles ? Comment ne pas dire l'« avoir mal », la colère et l'agressivité que mobilise la douleur, non pas une fois, mais chaque jour où elle se présente

et remet en question ce à quoi on avait cru ? Incompris par les autres, tour à tour bourreau et victime des autres, fuyant la culpabilité et le jugement de n'être plus celui qu'il était auparavant (Cavro, 2007), le sujet douloureux s'isole. Et puisque la sensation douloureuse ne se partage pas, elle enferme dans une double solitude. À la « déliaison » intrapsychique se conjugue une manière de se couper du monde (Febo, 2004). Nouvel éprouvé et nouvelle épreuve, la douleur renvoie invariablement à la solitude. Alors la douleur n'est plus une histoire « d'avoir mal », elle rend compte du fait de ne plus trouver sa place. À l'épreuve de solitude se conjugue celle de l'impuissance. Le vécu d'impuissance s'installe d'abord par rapport à la douleur (je ne peux rien y faire, ça ne prévient pas), par rapport à soi (je vais rester douloureux), par rapport à l'entourage (je ne peux plus rien faire), mais également dans son rapport aux soignants et aux soins (aucun traitement ne fonctionne). Naturellement, le sujet s'en remet à son entourage et au monde du soin dans des modalités de dépendance d'abord insignifiante puis dans une répétition pénible, teintant toute demande d'un questionnement interne très culpabilisant, notamment lorsque la douleur est invisible.

La douleur fait entrer le sujet dans une temporalité déformée et appauvrie de ses investissements habituels, dans une temporalité chronique qui pourrait rappeler celle d'un jour sans fin, mais qui laisse une impression subjective d'augmentation de la douleur liée à l'intolérance que suscite sa permanence (Defontaine-Catteau, 1990). L'idéalisation d'une vie « d'avant » résonne comme un paradis perdu et répond à une vie « d'après », à la destinée incertaine, aux prises avec crises et rechutes douloureuses. Profiter des moments sans douleur tout en assurant un effort d'engagement dans le soin plonge le sujet douloureux dans des exigences contradictoires difficiles à satisfaire qui modifient la capacité à se projeter dans l'avenir.

Dans ce contexte, l'impact douloureux contamine toutes les sphères de l'individu : sommeil perturbé, alimentation compliquée, notamment dans son rôle social et convivial, fatigue chronique, sexualité appauvrie ou absente, altération des capacités cognitives. Il transforme également le rapport au travail et peut amener à l'impossibilité d'une reprise de la vie professionnelle. Et dans une circularité délétère, la perte du travail contribue à renforcer l'isolement social et l'immobilité physique (Barfety-Servignat, 2018). Il a également des effets sur la dynamique familiale : les mouvements protecteurs des membres de la famille, nécessaires au soutien du sujet douloureux dans un premier temps, peuvent

glisser dans un second temps vers des mouvements excluant le douloureux ou enfermant la famille dans un collage à la situation douleur, où la recherche de cohésion passe par la surdité des éprouvés de chacun.

3 SUR LES PLANS COGNITIF ET COMPORTEMENTAL

L'épuisement des défenses naturelles contre la douleur peut amener à un biais cognitif de type catastrophiste, soit « un ensemble de pensées négatives amenées à l'esprit durant l'expérience actuelle ou anticipée de la douleur » (Sullivan *et al.*, 2001), composé de rumination face à la douleur (y penser sans cesse), d'amplification (par un phénomène de focalisation de l'attention et/ou l'évocation de situations douloureuses antérieures) et un sentiment d'impuissance face à la douleur (impliquant des scénarios négatifs quant à son évolution) (Barfety-Servignat et Conradi, 2020). Le catastrophisme témoigne des croyances du sujet, d'une gestion de la détresse liée à la douleur (Sullivan *et al.*, 2006) et de trace de psychotraumatismes (McLean *et al.*, 2019).

On retrouve une place importante du catastrophisme dans la kinésiophobie ou l'évitement par la peur de la douleur. À l'apparition d'une douleur, le sujet kinésiophobe peut être envahi par des pensées catastrophiques, qui mobilisent une peur du mouvement, une nouvelle lésion ou de la douleur, qui à leur tour favorise des comportements d'évitement et/ou d'échappement associés à une hypervigilance. Progressivement le sujet douloureux abandonne ses activités, le vécu d'incapacité et les mouvements dépressifs se majorent et renforcent, de fait, l'expérience douloureuse (Vlaeyen et Crombez, 2009). Cette boucle s'inscrit comme un automatisme qui s'impose au sujet, dont il ne perçoit que l'augmentation de la sensation douloureuse malgré les efforts fournis (Conradi et Masselin-Dubois, 2019). D'autres biais cognitifs sont identifiés dans la chronicisation de la douleur, comme l'anticipation anxieuse de la douleur (Roleof *et al.*, 2004) ou l'injustice perçue (Favre, 2020).

Sur les plans cognitif et comportemental, la compréhension de la problématique douloureuse, au-delà de la simple nociception, s'appuie sur des comportements appris, mémorisés à partir du signal d'un danger.

4 DEUIL, RÉORGANISATION ET EFFETS DE TRANSFORMATION

Par ses impacts sensoriel, psychologique, cognitif et leurs conséquences, l'épreuve de la douleur conduit à l'altération de la personnalité. La douleur n'est donc pas un simple événement, mais elle sollicite la dynamique psychique comme mise à l'épreuve et comme mise au « travail », épreuve particulière qui engage des remaniements psychiques infiltrés de la subjectivité du sujet. L'économie de l'appareil psychique se modifie parce que la douleur n'est pas une simple réaction mécanique face à l'effraction. Elle interroge l'existence et amène à une réorganisation qui génère retrait des relations objectales (au même titre que l'hypocondrie) et retrait des investissements du monde extérieur. S'accomplit alors un retour à une position narcissique ou un retrait de la libido sur le moi (Defontaine-Catteau, 1990) comme mouvement régressif avec retour de l'énergie motrice vers le système perceptif et prévalence des perceptions internes.

L'atteinte narcissique se situe selon deux dimensions qui correspondent à deux aspects du « travail de la maladie » : la douleur et la perte (Pedielli, 1986). La capacité à accepter la perte, c'est-à-dire à entrer dans un travail de deuil, est alors une étape nécessaire, mais pour laquelle le travail de renoncement à l'objet perdu (la vie d'avant) est douloureux et difficile (Camps, 2020). Elle amène à des positions dépressives dans lesquelles il s'agit d'intégrer des sentiments de tristesse et de culpabilité de n'être plus celui/celle que l'on était avant et de tolérer les affects de honte, de peur, de déception et de colère suscités par le sentiment d'insécurité existentielle et la disparition de ce « n'être plus » idéalisé. Par ailleurs, lorsque la douleur témoigne de l'atteinte traumatique et s'envisage comme tentative de fixer sur une zone corporelle l'effroi et l'ébranlement sensoriel ressentis lors de l'effraction, un travail de représentation psychique, de transformation et de symbolisation doit s'opérer pour que l'affect douleur prenne sens et permette au sujet de s'approprier ses éprouvés douloureux indéchiffrables jusque-là (Duplan, 2020).

5 EFFETS DE PARCOURS

Parallèlement aux effets psychopathologiques de la douleur, la clinique nous enseigne que les situations pathologiques douloureusement vécues par les

patients se sont aussi aménagées dans le parcours de soin au fil du temps. Les parcours de soins peuvent générer une réelle incompréhension de ces mêmes parcours, notamment dans les cas de morcellement de la prise en charge, de délai des consultations ou des examens, d'absences de ressources sur le territoire, une incompréhension dans la relation soignant-soigné, frustration, recherche désespérée des causes organiques lorsque les symptômes ne sont « pas objectivables », échec des thérapeutiques, difficulté sociale engendrée par le handicap, voire l'invalidité (Barfety-Servignat, 2022).

6 LA DEMANDE DE SOULAGEMENT

Classiquement, notre modèle médical s'inscrit dans une démarche causaliste dans laquelle le diagnostic est la pierre angulaire de la prise en charge. Autrement dit, sans diagnostic, il n'y aurait pas de possibilité de traitement. Par ailleurs, classiquement, le sujet douloureux chronique s'appuie sur le modèle de la douleur aiguë pour saisir et se représenter ce que pourrait être le modèle de la douleur chronique. Ces deux écueils majeurs fondent l'entrée du sujet douloureux dans le soin. La recherche d'un diagnostic à tout prix devient donc un objectif en soi tout comme le soulagement des douleurs, identifié comme un retour à la vie d'avant la douleur.

À la douleur des symptômes présents se conjugue une confrontation à un inconnu hanté de projections angoissantes. La quête du diagnostic s'inscrit alors dans une recherche d'apaisement, d'un premier soulagement centré sur une certitude du savoir médical et des suites thérapeutiques. Elle s'inscrit également dans une recherche d'organicité de laquelle la douleur serait « délogeable », second soulagement qui laisse alors penser que l'histoire douleur est une histoire qui ne s'imprime pas dans l'histoire du sujet.

Ainsi, la quête du soulagement s'organise en général dans un illusoire retour en arrière, dans un passé imaginaire sans maladie et sans douleur. De cette illusion d'un possible retour à la « vie d'avant » qui ferait fi de l'empreinte de la douleur, de ses effets et complications physiques, il faudrait également annuler le vécu algique et tout ce qu'il a modifié chez le sujet (Lionet, 2022) alors que « l'expérience pathique de la douleur chronique » laisse des traces psychiques qui perdurent au-delà des sensations physiques (Vannotti et Gennart, 2006). Lorsque le