

## CC09 QUAND L'APPARITION DE DOULEURS NEUROPATHIQUES FRAGILISE L'ADAPTATION AU HANDICAP

F. Henry<sup>(1)</sup>, E. Boujassy<sup>(2)</sup>, A.C. D'Abadie<sup>(3)</sup>, M. Perriot<sup>(1)</sup>, F. Clère<sup>(1)</sup>

1. Consultation pluridisciplinaire de la douleur, Châteauroux, France.

2. Centre Hospitalier, La châtre, France.

3. Étudiante en quatrième année de Psychologie, I.P.S.A., Angers, France.

**Observation :** Le service de chirurgie nous demande d'intervenir auprès d'une patiente de 47 ans, hospitalisée pour la persistance de douleurs après cure chirurgicale d'une hernie inguinale bilatérale. Les douleurs décrites sont neuropathiques, dans le territoire des nerfs ilio-inguinaux. À l'entretien psychologique Madame P. éprouve des difficultés à élaborer un sens autour de douleurs qui mettent à mal des mécanismes d'adaptation (coping) à la fois psychiques et physiques installés face à une poliomyélite durant l'enfance. L'apparition de ces douleurs fut concomitante avec la fin d'une relation très maltraitante avec son mari. Cet événement a favorisé l'acquisition de pensées automatiques culpabilisantes et catastrophistes à l'égard de la douleur. Très anxieuse, elle fait très vite le parallèle avec son handicap et identifie le risque de perdre une liberté si difficilement acquise face à la poliomyélite mais aussi face à son époux. Une certaine confusion entre douleur et handicap s'est alors installée favorisant un lâcher prise général. Elle se vivait à nouveau étrangère aux autres du fait de sa douleur, mal comprise par le corps médical. Elle va progressivement au cours de l'hospitalisation, par le jeu des mécanismes transférentiels, reconstruire un lien et donc une confiance avec le monde soignant puis avec le monde en général.

**Conclusion :** Le retentissement émotionnel des douleurs neuropathiques n'est pas dû exclusivement aux difficultés de dépistage de ce type de douleurs mais tient aussi et surtout aux capacités d'élaboration psychique du sujet, de son histoire ainsi qu'à ses stratégies de coping et comportements face à la douleur. Le premier travail du psychologue clinicien réside donc dans l'écoute de la plainte douloureuse et dans l'aménagement d'un espace transitionnel permettant l'ébauche d'un sens autour de l'hospitalisation et des douleurs en les liant à une histoire singulière. Puis, dans un second temps, l'identification de cognitions et de comportements aux retentissements émotionnels défavorables sur le syndrome douloureux chronique permet de réfléchir aux modalités de la prise en charge cognitivo-comportementale ultérieure.

## CC10 DOULEURS CHRONIQUES, DEUILS ET DESSINS : CAS CLINIQUE

E. Villerelle, P. Ginies, C. Bella,

Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur Hôpital Saint Eloi CHU, Montpellier, France.

La répercussion des traumatismes psychiques sur l'installation et l'avenir d'une douleur chronique semble être une donnée repérée par les professionnels sur laquelle il nous faut réfléchir pour mieux l'appréhender. L'objectif général de notre travail est la mise en évi-

dence de facteurs de vulnérabilité comme les problématiques de deuil et d'abandonnisme retrouvés lors du bilan psychologique mené dans un service d'hospitalisation d'un centre anti-douleur, notamment chez des femmes victimes de fausse-couches ou de la mort d'un enfant *in utero*.

À partir de l'étude d'un cas clinique, nous verrons que repérer la douleur chronique, c'est repérer la rupture du « bien-être » et chercher à la comprendre. L'entretien clinique et des outils propres à l'étude de la douleur (dessins sur la représentation du corps par la patiente elle-même et sur la représentation de sa douleur) serviront de base méthodologique à nos propos. Il s'agit de Madame R., 37 ans, mariée, sans enfant, ayant perdu un enfant de 9 mois *in utero*, événement ravivé par une fausse couche 10 ans après. Elle raconte avoir subi dans l'enfance des maltraitements physiques au sein d'une atmosphère familiale « alcoolisée ». Elle se plaint de douleurs situées essentiellement aux extrémités couplées d'une grande fatigue. Ses dessins sont représentatifs. La mémoire du corps confronte le sujet à son histoire personnelle et familiale. Dans ce cas, non seulement le fétichisme de la mort s'inscrit dans le corps, mais le corps est marqué par des blessures psychiques et physiques. Des événements vécus de manière traumatique sont découverts favorisant une désorganisation psychique, la fixation somatique de ce vécu, l'inscription psychique de souffrances, l'empreinte biologique et neurophysiologique des trajets nerveux de la douleur et la naissance de la plainte douloureuse, douleur pouvant se chroniciser. La problématique de deuil, le sentiment de culpabilité et le traumatisme psychique sont des éléments récurrents de la pratique clinique impliquant la formation de tous les acteurs de santé à la prise en charge de la souffrance et de la douleur des patient(e)s.