

Université Paris Ouest Nanterre la Défense
Ecole doctorale 139 : Connaissance, Langage, Modélisation
Equipe d'Accueil 4430 - Laboratoire Clipsyd

THESE DE DOCTORAT DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Le rôle de la gestion émotionnelle dans l'expérience émotionnelle de la
douleur chronique et le handicap, chez les personnes atteintes de
fibromyalgie : une approche trans-théorique.

The role of emotional management in the chronic pain emotional experience
and helplessness in fibromyalgia syndrome: a trans-theoretical approach.

ANNEXES

Dahlia EL BEZE RIMASSON

Décembre 2015

Sous la direction de Cyrille BOUVET, Professeur de psychologie clinique.

Jury

Président et rapporteur : Pascal Antoine, Professeur de psychopathologie et psychologie clinique de la santé, Université de Lille 3.

Rapporteur : Abdel Halim Boudoukha, Maître de Conférences habilité à diriger des recherches, Université de Nantes.

Hélène Riazuelo : Maître de Conférences habilitée à diriger des recherches, Université Paris Ouest Nanterre la Défense.

Directeur de thèse : Cyrille Bouvet, Professeur de psychologie clinique, Université Paris Ouest Nanterre la Défense.

Table des matières

<u>ANNEXE I : LISTE DES 18 SITES REPERTORIES PAR L'ACR (9 PAIRES).....</u>	<u>4</u>
<u>ANNEXE II : LETTRE DE DEMANDE DE PARTICIPATION A L'ETUDE, DIFFUSEE PAR FIBROMYALGIE FRANCE PAR COURRIER POSTAL AUX ADHERENTS ET VIA INTERNET.....</u>	<u>5</u>
<u>ANNEXE III : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DESTINEE AUX PERSONNES ATTEINTES DE FIBROMYALGIE (QUESTIONNAIRES EN LIGNE).....</u>	<u>6</u>
<u>ANNEXE IV : CONSENTEMENT ECLAIRE DESTINE AUX PERSONNES ATTEINTES DE FIBROMYALGIE (QUESTIONNAIRES EN LIGNES).....</u>	<u>7</u>
<u>ANNEXE V : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DESTINEE AUX PATIENTS ATTEINTS DE DOULEUR CHRONIQUE (QUESTIONNAIRES EN VERSION PAPIER).....</u>	<u>8</u>
<u>ANNEXE VI : CONSENTEMENT ECLAIRE DESTINE AUX PERSONNES ATTEINTES DE DOULEUR CHRONIQUE (QUESTIONNAIRES PAPIER).....</u>	<u>9</u>
<u>ANNEXE VII : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DESTINEE AUX PERSONNES EN BONNE SANTE (GROUPE CONTROLE, QUESTIONNAIRES EN LIGNES).....</u>	<u>10</u>
<u>ANNEXE VIII : CONSENTEMENT ECLAIRE DESTINE AUX PERSONNES EN BONNE SANTE (GROUPE CONTROLE, QUESTIONNAIRES EN LIGNE).....</u>	<u>11</u>
<u>ANNEXE IX : QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE.....</u>	<u>12</u>
<u>ANNEXE X : GUIDE D'ENTRETIEN.....</u>	<u>14</u>
<u>ANNEXE XI : CODAGES DES ENTRETIENS.....</u>	<u>16</u>
<u>ANNEXES XII : REPARTITION DES CODES EN FONCTION DES THEMES.....</u>	<u>19</u>

<u>ANNEXES XIII : CONSENTEMENT ECLAIRE UTILISE POUR LES</u>	
<u>ENTRETIENS</u>	<u>21</u>
<u>ANNEXES XIV : ARTICLE SOUMIS A PSYCHOLOGIE FRANCAISE</u>	<u>22</u>
<u>ANNEXES XV : ARTICLE PUBLIE AUX ANNALES MEDICO-</u>	
<u>PSYCHOLOGIQUES</u>	<u>76</u>

ANNEXE I : Liste des 18 sites répertoriés par l'ACR (9 paires)

Traduction issue du rapport de la Haute Autorité de santé (2010)

- a. occipital : à l'insertion occipitale des muscles sous-occipitaux (à droite et à gauche) ;
- b. cervical bas : à la partie antérieure des espaces intertransversaires à C5-C7 (à droite et à gauche) ;
- c. trapézien : à la partie moyenne du bord supérieur du muscle (à droite et à gauche) ;
- d. sus-épineux : à l'insertion au-dessus de l'épine de l'omoplate, près du bord interne (à droite et à gauche) ;
- e. 2ème côte : juste à côté de la jonction chondrocostale, à la partie supérieure (à droite et à gauche) ;
- f. épicondylien : à 2 cm au-dessous des épicondyles (à droite et à gauche) ;
- g. fessier : au quadrant supéro-externe de la fesse (à droite et à gauche) ;
- h. trochantérien : en arrière de la saillie du grand trochanter (à droite et à gauche) ;
- i. genou : en regard du coussinet graisseux interne, près de l'interligne articulaire (à droite et à gauche).

**ANNEXE II : Lettre de demande de participation à l'étude, diffusée
par Fibromyalgie France par courrier postal aux adhérents et via
internet**

Grâce au partenariat avec l'association Fibromyalgie France, nous vous proposons de participer à une étude intitulée « **Les stratégies cognitives de régulation émotionnelle, la suppression expressive et les stratégies de coping dans la douleur chronique** ». Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

L'objectif de cette étude est d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique, grâce à une meilleure compréhension des relations entre douleur et émotions. En effet, la douleur chronique et notamment la fibromyalgie peuvent être très éprouvantes au niveau émotionnel. La prise en charge de la douleur devrait tenir compte de cet aspect important afin de soutenir le mieux possible les personnes souffrant de ces pathologies. Les recherches allant dans ce sens permettront d'améliorer la qualité des prises en charge et le respect de l'intégrité des patients. C'est pourquoi nous souhaitons recueillir des informations concernant : votre état de santé, votre douleur actuelle et votre façon habituelle de gérer la douleur et vos émotions.

Cette étude ne comporte aucun risque particulier, elle a été soumise à un Comité de Protection des Personnes (CPP). Les données recueillies demeureront strictement confidentielles et anonymes. L'Université Paris Ouest Nanterre est le gestionnaire de cette étude (laboratoire de psychologie clinique CLIPSYD, directeur de recherche, Bouvet Cyrille, maître de conférences HDR en psychologie clinique).

Pour participer à cette étude, vous pouvez vous connecter sur le site internet de Fibromyalgie France afin de remplir plusieurs questionnaires en ligne. La durée totale de passation dure environ 30 à 45 minutes, mais il existe des différences en fonction du rythme de chacun.

Les résultats de l'étude seront communiqués à l'association Fibromyalgie France.

Je vous remercie de votre participation,

*Dahlia El bèze Rimasson,
Psychologue clinicienne,
Doctorante contractuelle en psychologie clinique
Université Paris Ouest, EA 4430
Laboratoire CLIPSYD
Courriel : dahlia.elbeze@gmail.com*

ANNEXE III : Lettre d'accompagnement destinée aux personnes atteintes de fibromyalgie (questionnaires en ligne)

Bonjour,

Nous vous remercions de participer à cette étude, dont l'objectif est de mieux comprendre le vécu des personnes souffrant de douleur chronique et ainsi d'améliorer la qualité des soins. En effet, la douleur et les émotions ont des interactions importantes à prendre en compte dans la prise en charge.

La participation à cette étude va vous prendre environ 30 à 45 minutes, mais cette durée est très variable en fonction des personnes. Afin de vous aider à remplir au mieux ce questionnaire, nous vous conseillons de vous isoler pour le remplir : ne demandez l'avis de personne autour de vous,

Il est important que vous complétiez l'ensemble des questionnaires, que vous répondiez à chacune des questions et que vous poursuiviez jusqu'à la fin du processus, sinon vos réponses ne seront pas exploitables.

Si vous rencontrez des difficultés pour répondre aux questionnaires ou que vous désirez obtenir des informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter l'investigateur principal au courriel suivant: dahlia.elbeze@gmail.com

Merci encore de votre participation !!

Dahlia El bèze Rimasson
Psychologue clinicienne
Doctorante contractuelle en psychologie clinique
Laboratoire EVACLIPSY
Université Paris Ouest Nanterre

**ANNEXE IV : Consentement éclairé destiné aux personnes atteintes
de fibromyalgie (questionnaires en lignes)**

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée « Les stratégies cognitives de régulation émotionnelle, la suppression expressive et les stratégies de coping dans la douleur chronique» dont l'Université Paris Ouest Nanterre est promoteur.

Etant entendu que :

- J'ai été informé(e) que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche,
- je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité mais je m'engage dans ce cas à en informer le coordonnateur de l'étude. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte au soutien qui m'est apporté par l'association Fibromyalgie France.
- si je le souhaite, à son terme, je serai informé(e) par l'investigateur principal des résultats globaux de cette recherche,
- mon consentement ne décharge en rien les investigateurs de l'étude de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 39) s'exerce à tout moment auprès des investigateurs de l'étude. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de l'investigatrice principale ou de l'association Fibromyalgie France, qui relayera l'information.

- En cochant ce bouton, j'accepte les dispositions décrites dans le consentement éclairé.

**ANNEXE V : Lettre d'accompagnement destinée aux patients atteints
de douleur chronique (questionnaires en version papier)**

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à la recherche concernant les liens entre douleur chronique et émotion.

Afin de vous aider à remplir au mieux ce questionnaire, nous vous conseillons :

- De vous isoler pour le remplir : ne demandez l'avis de personne autour de vous,
- De vérifier que vous avez bien répondu à toutes les questions (tout questionnaire incomplet serait inexploitable),
- Si vous ne comprenez pas une ou plusieurs questions, de mettre une croix dans la marge, nous en parlerons ensemble.

Si vous rencontrez des difficultés pour répondre aux questionnaires ou que vous désirez obtenir des informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter l'investigateur principal au 06 15 47 40 14 ou au courriel suivant : daliouch@yahoo.fr

En vous remerciant encore une fois pour votre participation, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

L'Equipe

**ANNEXE VI : Consentement éclairé destiné aux personnes atteintes
de douleur chronique (questionnaires papier)**

Je, soussigné _____ déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer à l'étude intitulée : « *Les émotions et la douleur chronique* ». Le but de cette recherche est de mieux comprendre les liens entre émotions et douleur chronique.

Ma participation consiste à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide de plusieurs questionnaires. Cette évaluation prendra environ une heure.

Mon intégrité sera préservée tout au long de la recherche. Le traitement des informations recueillies restera confidentiel et anonyme. Je pourrai également bénéficier de tout le soutien permettant d'atténuer les éventuelles conséquences pouvant découler de la participation à cette recherche.

Je peux me retirer à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence. Je peux également obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal.

Cette recherche est réalisée par Dahlia El bèze (doctorante contractuelle), sous la direction du laboratoire EVACLIPSY (EA 4430) de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense, en collaboration avec la Consultation d'Evaluation et de Traitement de la Douleur dirigée par le Pr Bourgeois.

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant
principal

L'investigateur

**ANNEXE VII : Lettre d'accompagnement destinée aux personnes en
bonne santé (groupe contrôle, questionnaires en lignes)**

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à la recherche concernant le stress et la façon dont chacun gère ses émotions. Cela pourra être utile pour améliorer les prises en charge de personnes souffrant émotionnellement.

Afin de vous aider à remplir au mieux ce questionnaire, nous vous conseillons :

- De vous isoler pour le remplir : ne demandez l'avis de personne autour de vous,
 - de vérifier que vous avez bien répondu à chacune des questions : les questionnaires partiellement remplis ne seraient pas exploitables. Ils sont indépendants les uns des autres.
- Aussi, veuillez lire attentivement chaque consigne. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous vous demandons de bien vouloir être aussi spontané(e) et sincère que possible.

Pour toute difficulté relative aux questionnaires ou pour tout problème technique, n'hésitez pas à nous contacter aux adresses mails suivantes :

dahlia.elbeze@gmail.com

hindahamdi@hotmail.fr

En vous remerciant encore une fois pour votre participation, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dahlia El Bèze & Hinda Hamdi,

Doctorantes contractuelles en psychologie clinique sous la direction de M. Bouvet (Maître de conférences HDR de psychologie clinique – UFR SPSE, laboratoire CLIPSYD).

**ANNEXE VIII : Consentement éclairé destiné aux personnes en
bonne santé (groupe contrôle, questionnaires en ligne)**

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée « Le stress et les émotions » dont l'Université Paris Ouest Nanterre est promoteur.

Etant entendu que :

- J'ai été informé(e) que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche,
- je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité mais je m'engage dans ce cas à en informer le coordonnateur de l'étude.
- si je le souhaite, à son terme, je serai informé(e) par l'investigateur principal des résultats globaux de cette recherche,
- mon consentement ne décharge en rien les investigateurs de l'étude de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 39) s'exerce à tout moment auprès des investigateurs de l'étude. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès des investigateurs à l'adresse mail suivante : dahlia.elbeze@gmail.com

En cochant ce bouton, j'accepte les dispositions décrites dans le consentement éclairé.

ANNEXE IX : Questionnaire sociodémographique

Age : Sexe :

Etes-vous atteints de Fibromyalgie ? Oui Non

Si oui, le diagnostic de Fibromyalgie vous a-t-il été donné par un professionnel de santé ?

Oui Non

Lequel ? (généraliste ou spécialiste, précisez) :

Si le diagnostic ne vous a pas été donné par un professionnel de santé, comment en avez-vous pris connaissance ?

Si vous n'êtes pas atteint de Fibromyalgie, précisez si un diagnostic vous a été donné concernant votre douleur chronique : Oui Non

Si oui, lequel ? :

Ces douleurs sont-elles musculaires ? Oui Non

Osseuses ? : Oui Non

Nociceptives (liées à une lésion ou une inflammation) ? Oui Non

Neuropathiques (liées à une lésion des nerfs, de la moelle épinière ou du cerveau) ? Oui Non

Psychogènes/ idiopathiques (cause organique inconnue) ? Oui Non

Sont-elles consécutives à un accident ? Oui Non

Sont-elles consécutives à une intervention chirurgicale ? Oui Non

Prenez-vous actuellement un traitement contre la douleur ? : Oui Non

Si oui, le(s)quel(s):

Palier 1 Myorelaxant(s) Antidépresseur(s), précisez :

(Antalgiques non morphiniques)

Palier 2 Corticoïde(s) Antiépileptique(s)
(Opioides faibles)

Palier 3 Anxiolytique(s) Autre(s), Précisez :

Si oui, depuis (en mois) :

Statut marital : célibataire marié depuis (en années) :.....
 Divorcé depuis (en années) :..... Vie maritale veuf/veuve

Nombre d'enfants encore à domicile :

Votre niveau d'études : Pas de diplôme CAP/BEP/BEPC BAC
 BAC+2 à BAC+4 BAC +5 et plus

Quelle est votre origine géographique :

France Europe Asie Afrique Amérique

Dans quel pays votre père est-il né ?.....

Dans quel pays votre mère est-elle née ?.....

Dans quel pays êtes-vous né(e) ?.....

Je bénéficie d'un suivi psychologique : Oui, depuis (en mois) :..... Non

Je suis suivi à la consultation douleur depuis (en mois) :

Actuellement je suis en activité (travail, études, bénévolat) : Oui Non
(Si vous êtes en **arrêt maladie** depuis plus d'un mois, cochez non)

Si oui : A plein temps A temps partiel

Depuis combien de temps (en mois) :

Si non : **Je ne suis plus en activité depuis (en mois) :**

ANNEXE X : Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous me parler des douleurs que vous ressentez le plus ? (par exemple depuis quand, description, intensité, etc.)
- 2) Pouvez-vous me raconter comment vos douleurs sont apparues ? Les circonstances, comment vous l'avez vécu ?

Reformulation possible : Racontez-moi comment et dans quel contexte votre maladie a commencé.

- 3) Depuis que vous avez ces douleurs, est-ce que des évènements marquants de votre vie ont pu influencer cette douleur ?

Reformulation possible : Est-ce que vous pensez que des évènements importants de votre vie ont eu un effet sur vos douleurs ?

- 4) Comment faites-vous pour gérer au mieux cette douleur ? (ex. prendre des médicaments, sortir...)

Reformulation possible : Qu'est-ce que vous faites pour essayer de rendre cette douleur plus supportable ?

- 5) Qu'est ce qui vous aide ou qui vous gêne le plus pour gérer cette douleur ?

Reformulation possible: Qu'est ce qui fait que c'est plus facile ou plus difficile d'essayer de rendre cette douleur plus supportable ?

- 6) Dans quelle mesure la douleur influence-t-elle votre vie quotidienne et de quelle façon ?

Reformulation possible : Comment votre douleur influence-t-elle vos activités de tous les jours ?

- 7) Dans quelle mesure cette douleur a-t-elle des effets sur votre humeur et sur vos émotions en général ? Et comment gérez-vous ces émotions ? (ex. vs évitez d'y penser ou vous essayez de voir le côté positif)

Reformulation possible : Comment votre douleur influence-t-elle vos émotions et votre humeur ?

- 8) Comment les personnes de votre entourage réagissent-elles à votre problème de douleur ?

Reformulation possible : Comment les personnes de votre entourage (conjoint, famille, amis) se comportent-elles vis-à-vis de votre problème de douleur ?

- 9) Comment réagissez-vous habituellement aux événements désagréables de la vie quotidienne (par exemple des conflits relationnels, une grosse facture à payer, un échec au travail...)?

Reformulation possible: En général, comment faites-vous pour rendre plus tolérables les événements négatifs de votre vie ?

- 10) Comment les événements désagréables de la vie quotidienne influencent-ils ou n'influencent-ils pas votre douleur ?

Reformulation possible: Dans quelle mesure les événements négatifs de votre vie quotidienne ont-ils un effet sur vos douleurs ?

- 11) Comment réagissez-vous habituellement aux événements positifs ou joyeux de votre vie quotidienne (par exemple la réussite d'une tâche difficile, une rencontre agréable, une activité que vous aimez...)?

Reformulation possible: En général, comment faites-vous pour rendre encore plus agréables les événements positifs de votre vie ?

- 12) Comment les événements agréables de votre vie influencent-ils ou n'influencent-ils pas votre douleur ?

Reformulation possible: Comment les situations agréables de votre vie ont-elles ou non un effet sur vos douleurs ?

ANNEXE XI : Codages des entretiens

Acceptation douleur/du handicap
 Acceptation évènements négatifs
 Accès aux soins
 Altruisme
 Aménagement du rythme
 Anhédonie/démotivation
 Anxiété de séparation
 Anxiété douleur
 Anxiété évènement émotionnel négatif
 Apparition douleur
 Apparition fibromyalgie
 Aspects sensoriels douleur
 Auto-détermination/combativité
 Auto-soin
 Avant la maladie
 Bien-être
 Colère psychologisation
 Comorbidités somatiques
 Comparaison/autre personne malade
 Comparaisons autres fibromyalgiques
 Conflits familiaux
 Confrontation
 Connaissance fibromyalgie
 Conscience des émotions/alexithymie
 Conséquences physiologiques (appétit, sommeil...)
 Contexte accroissement/déclenchement douleur
 Contexte de précarité
 Contraintes professionnelles
 Coping centré problème
 critiques/adversité entourage/indifférence/solitude
 Culpabilité
 Dédramatisation de la douleur/du handicap
 Demande d'aide en situation émotionnelle
 Déni douleur corps médical
 Déni douleur entourage
 Difficulté gestion émotionnelle
 Diminution douleur
 Diminution/arrêt loisirs, activités agréables
 Discours corps médical
 Discours déstructuré !!!
 Discours factuel...
 Dissonance corps esprit
 Douleur pendant loisirs
 Echec scolaire/professionnel
 Echec soins
 Education émotionnelle
 Emotions/rejet entourage
 Empathie

Evènement émotionnel négatif
Evènement émotionnel positif
Evènements marquants/traumatisants
Evènements stressants
Evitement des émotions
Evitement/distraction
Evitement/distraction de la douleur
Exacerbation douleur
Exacerbation fatigue
Exercices physiques
Explosion émotionnelle
Expression de la douleur/révélation de la maladie
Expression émotionnelle
Fibrofog
Focalisation douleur
Focalisation sur le négatif
Fréquence/durée douleur
Froid/chaud/humidité
Frustration handicap
Gestion émotionnelle évènements négatifs/positifs
Handicap
Handicap fatigue
Hyper-émotivité
Idéation suicidaire
Ignorance gestion émotions
Imagerie mentale
Imprévisibilité douleur
Imprévisibilité évènements négatifs
Incompréhension de la situation
Incompréhension symptômes
Indifférence émotionnelle
Inhibition expression émotionnelle
Inquiétude entourage
Intensité affective douleur
Intensité douleur
Irritabilité/vulnérabilité
Lien émotion/douleur
Lien fatigue/douleur
Localisations douleur
Maintien activités
Maintien des loisirs
Méditation
Mesures diététiques
Mouvements/déplacements
Pensée positive
Pensées négatives sur les évènements positifs
Perception de soi
Perturbations du sommeil
Peur de la douleur
peur/anxiété/angoisse
Plaisir loisirs + anticipation du plaisir
Plaisir loisirs/activités agréables

Plaisir travail
Pose du diagnostic
Positions corporelles
Prévisions sur la douleur
Prévisions sur l'avenir/fibromyalgie
Problèmes financiers
Projet d'activité agréable
Propos incohérents
Psychologisation maladie/malade imaginaire
Recherche de confort
Recherche diagnostic
Reconnaissance handicap
Réévaluation cognitive +
Refus douleur
Rejet entourage
Remise en cause projet professionnel
Résignation
Rôle de mère
Rôle de père
Rumination
Séparation dépression/tristesse
Séparation événements émotionnels/douleur
Séparation événements quotidiens/émotions
Séparation sensations/douleur
Sidération/suppression de l'expression émotionnelle
Soins
Solutions concrètes
Soutien animal de compagnie
Soutien corps médical
Soutien entourage
Spiritualité
Symptômes fatigue
Tensions musculaires
Tristesse/impuissance
Vécu émotionnel douleur/de la maladie

ANNEXES XII : Répartition des codes en fonction des thèmes

(1) les évènements de vie déclenchant ou aggravant la fibromyalgie

Codes (18) : [Apparition douleur] [Apparition fibromyalgie] [Contexte accroissement/déclenchement douleur] [Evènement émotionnel négatif] [Evènements marquants/traumatisants] [Evènements stressants] [exacerbation douleur] [Exacerbation fatigue] [Exercices physiques] [Froid/chaud/humidité] [Intensité douleur] [Lien émotion/douleur] [Lien fatigue/douleur] [Mouvements/déplacements] [Positions corporelles] [Rôle de mère] [Rôle de père] [Séparation évènements émotionnels/douleur]

Cotations : 419

(2) les aspects descriptifs de la fibromyalgie

Codes (13) : [Aspects sensoriels douleur] [Conséquences physiologiques (appétit, sommeil..)] [Diminution douleur] [Exacerbation douleur] [Exacerbation fatigue] [Fréquence/durée douleur] [Imprévisibilité douleur] [Intensité affective douleur] [Intensité douleur] [Localisations douleur] [Perturbations du sommeil] [Symptômes fatigue] [Tensions musculaires]

Cotations : 325

(3) le handicap

Codes (12) : [Aménagement du rythme] [Contraintes professionnelles] [Diminution/arrêt loisirs, activités agréables] [Echec scolaire/professionnel] [Handicap] [Handicap fatigue] [Imprévisibilité douleur] [Problèmes financiers] [Reconnaissance handicap] [Remise en cause projet professionnel] [Rôle de mère] [Rôle de père]

Cotations : 231

(4) les aspects relationnels impliqués dans la fibromyalgie

Codes (15) : [Altruisme] [Colère psychologisation] [Comparaison/autre personne malade] [Comparaisons autres fibromyalgiques] [Critiques/adversité entourage/indifférence/solitude] [Déni douleur corps médical] [Déni douleur entourage] [Discours corps médical] [Emotions/rejet entourage] [Empathie] [Inquiétude entourage] [Psychologisation maladie/malade imaginaire] [Rejet entourage] [Soutien corps médical] [Soutien entourage]

Cotations : 219

(5) le vécu émotionnel et cognitif de la fibromyalgie

Codes (15) : [Acceptation douleur/du handicap] [Anhédonie/démotivation] [Anxiété douleur] [Avant la maladie] [Focalisation douleur] [Idéation suicidaire] [Incompréhension symptômes] [Indifférence émotionnelle] [Irritabilité/vulnérabilité]

[Peur de la douleur] [Prévision sur la douleur] [Prévisions sur l'avenir/fibromyalgie]
 [Résignation] [Tristesse/impuissance] [Vécu émotionnel douleur/de la maladie]
 Cotations : 200

(6) la gestion de la fibromyalgie

Codes (26) : [Altruisme] [Aménagement du rythme] [Auto-détermination/combativité]
 [Auto-soin] [Comparaison/autre personne malade] [Comparaisons autres
 fibromyalgiques] [Connaissance fibromyalgie] [Dédramatisation de la douleur/du
 handicap] [Diminution/arrêt loisirs, activités agréables] [Echec soins]
 [Evitement/distraction de la douleur] [Exercices physiques] [Expression de la
 douleur/révélation de la maladie] [Froid/chaud/humidité] [Maintien activités] [Maintien
 des loisirs] [Méditation] [Mesures diététiques] [Plaisir loisirs + anticipation du plaisir]
 [Plaisir loisirs/activités agréables] [Plaisir travail] [Projet d'activité agréable]
 [Recherche de confort] [Refus douleur] [Soins]
 Cotations : 356

(7) la gestion émotionnelle

Codes (27) : [Acceptation évènements négatifs] [Anxiété de séparation] [Anxiété
 évènement émotionnel négatif] [Conflits familiaux] [Conscience des
 émotions/alexithymie] [Demande d'aide en situation émotionnelle] [Difficulté gestion
 émotionnelle] [Diminution douleur] [Discours factuel...] [Education émotionnelle]
 [Evitement des émotions] [Evitement/distraction] [Explosion émotionnelle] [Expression
 émotionnelle] [Focalisation sur le négatif] [Gestion émotionnelle évènements
 négatifs/positifs] [Hyper-émotivité] [Ignorance gestion émotions] [Incompréhension de
 la situation] [Indifférence émotionnelle] [Inhibition expression émotionnelle] [Pensée
 positive] [Pensées négatives sur les évènements positifs] [Peur/anxiété/angoisse]
 [Réévaluation cognitive +] [Rumination] [Sidération/suppression de l'expression
 émotionnelle]
 Cotations : 326

ANNEXES XIII : Consentement éclairé utilisé pour les entretiens

Je soussigné(e) M^{me}, M^{lle}, M. (cocher la mention correspondante) (nom, prénom).....

Accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée « *La régulation émotionnelle dans la fibromyalgie : étude qualitative.* » dont l'Université Paris Ouest Nanterre est promoteur et qui consistera à participer à un entretien d'une durée moyenne de 1 heure 30.

Etant entendu que :

- J'ai été informé(e) que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche,
- je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité mais je m'engage dans ce cas à en informer le coordonateur de l'étude. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte au soutien qui m'est apporté par l'association Fibromyalgie France.
- si je le souhaite, à son terme, je serai informé(e) par l'investigateur principal des résultats globaux de cette recherche,
- mon consentement ne décharge en rien les investigateurs de l'étude de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 39) s'exerce à tout moment auprès des investigateurs de l'étude. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de l'investigatrice principale ou de l'association Fibromyalgie France, qui relayera l'information.

Date et signature du participant :

Date et signature de l'investigatrice principale :

ANNEXES XIV : Article soumis à Psychologie Française

**La gestion émotionnelle chez les personnes atteintes de douleur chronique: une revue
systématisée**

Emotional management in non-cancer chronic pain: a systematic review

Dahlia El bèze Rimasson*, doctorante contractuelle

ED 139, EA 4430, Laboratoire Clipsyd, Université Paris Ouest La Défense, 200 avenue de
la République, 92001 Nanterre Cedex, France

Thèmes de recherche: douleur chronique, fibromyalgie, régulation émotionnelle

Adresse électronique: dahlia.elbeze@gmail.com

Téléphone: 06 15 47 40 14

Télécopie: 01 40 97 71 58

Cyrille Bouvet, Professeur en psychologie clinique

EA 4430, Laboratoire Clipsyd, Université Paris Ouest La Défense, 200 avenue de la
République, 92001 Nanterre Cedex, France

Thèmes de recherche: Réhabilitation psychosociale, schizophrénie, psychothérapie,
processus émotionnels

Hinda Hamdi, doctorante contractuelle

ED 139, EA 4430, Laboratoire Clipsyd, Université Paris Ouest La Défense, 200 avenue de
la République, 92001 Nanterre Cedex, France

Thèmes de recherche: harcèlement au travail, violences conjugales, coping

Résumé

L'objectif de cet article est de proposer une synthèse des recherches relatives à la gestion émotionnelle chez les personnes atteintes de douleur chronique. Nous avons utilisé un moteur de recherche permettant de regrouper les résultats bibliographiques issus de cinq bases de données différentes. 449 articles ont été identifiés sur les bases de données, à l'aide de mots-clés en rapport avec la gestion des émotions et la douleur chronique. 46 d'entre eux ont été sélectionnés sur la base de leur titre, de leur résumé et/ou du texte intégral et de leur correspondance avec la thématique concernée et les critères d'inclusion. Les résultats montrent que la gestion émotionnelle exerce une influence sur l'intensité et/ou la durée des douleurs, le handicap, les symptômes psychopathologiques et la qualité de vie. Cependant, certains résultats sont contradictoires ou nécessitent des études complémentaires. Plusieurs hypothèses sont proposées pour expliquer ces résultats et envisager des études complémentaires.

Abstract

The goal of this review is to synthesize the literature on emotional management in chronic non-cancer pain. We used terms referenced in databases and MeSH terms (of the United States National Library of Medicine) to perform a literature search in a powerful online references system. 449 papers are identified by a total 5 electronic databases with predefined key words about the management of emotions. 46 of which met the inclusion criteria, according to their title, their summary and their complete text. The findings suggest that some emotional management strategies can maintain a vicious circle of negative emotional states with physiological and psychopathological consequences. Several studies show that alexithymia, emotional ambivalence and emotional suppression have a deleterious impact on pain, emotional distress (depression, anxiety)

and disability. In spite of some contradictions concerning the nature of this effect (sensory or affective pain intensity or even duration of pain), it seems that alexithymia is a major variable implied in chronic pain. Inversely, experiential acceptance have a beneficial effect on psychological distress (depression, anxiety and stress). Emotional disclosure (of stressful or traumatic events) seems to decrease pain intensity but not disability and mental health. Moreover, it cannot improve chronic pain in the long term: only one study on emotional disclosure conducted at 15-month follow-up assessment (and do not show an improvement) whereas others considered six months follow-up at the maximum. Accordingly, it is difficult to understand the long-term effects of this protocol. Furthermore, participants generally chose to disclose a socially acceptable event and perhaps not a significant event for us. Emotional expression in daily life seems beneficial, but when the expression of the positive and negative feelings are distinguished, emotional expression of negative feelings increases pain, disability and distress. The whole of these findings emphasize the need to further research about emotional management in chronic non-cancer pain. It is necessary to identify and control the source of potential bias. Some hypotheses have been proposed to explain these findings. In the future, it would be interesting to use a trans-theoretical approach to investigate the interactions between various processes of emotional management in chronic pain patients.

Mots-clés

Douleur chronique, régulation émotionnelle, intelligence émotionnelle, coping, revue systématisée

Keywords

Chronic Pain, Emotional regulation, Emotional Intelligence, coping, Systematic Review

1. Introduction

En France et dans le monde, la prévalence de la douleur chronique varie entre 10,1 et 55,2% de la population générale (Haute Autorité de Santé, 2009). Souffrir de douleur chronique a un impact majeur sur le fonctionnement (physique et social) et la qualité de vie : les personnes atteintes sont entravées dans toutes les activités de la vie quotidienne (tâches domestiques, travail, loisirs, relations familiales et sociales). La douleur chronique est associée également à une détresse psychologique (anxiété, dépression) et un taux de mortalité accru par rapport aux personnes en bonne santé (Fine, 2011 ; Moore et al., 2013). Les prises en charge de la douleur chronique sont nombreuses avec, d'une part, des approches médicamenteuses et kinesithérapiques (exercices physiques), et d'autre part, des approches psychologiques (notamment l'hypnose et les Thérapies cognitives et comportementales, y compris la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement et la Mindfulness). Ces thérapies présentent une efficacité modérée et sont utiles, en particulier quand elles sont combinées entre elles (Castel et al., 2012 ; Dysvik, Kvaloy et Natvig, 2012). Mais elles présentent également des limites : les médicaments induisent des effets secondaires et des risques de dépendance (Chou et al, 2015), tandis que les approches psychologiques présentent une efficacité variable et limitée (Sturgeon, 2014 ; Turk, Swanson et Tunks, 2008). Afin d'accroître l'efficacité des stratégies psychothérapeutiques de la douleur, il est important de mieux comprendre les processus psychiques qui y sont impliqués. C'est le cas par exemple de la façon dont le sujet gère ses émotions. En effet, celles-ci ont un impact sur la douleur et notamment sur son intensité et le malaise psychique qu'elle peut générer (Aldao, Nolen-Hoeksema et Schweizer, 2010 ; Elbeze Rimasson et Gay, 2012).

A notre connaissance, il n'existe pas de revue de la littérature systématisée concernant cette question. Pourtant, la connaissance de la façon dont les personnes souffrant de douleurs chroniques gèrent leurs émotions pourrait avoir un intérêt thérapeutique (identifier les stratégies potentiellement délétères et favoriser leur modification peut constituer un des objectifs des prises en charge psychologiques).

L'objectif principal de cette étude est d'effectuer une synthèse des résultats des études scientifiques sur les relations entre la gestion des émotions et la douleur chronique.

2. Définition des concepts

L'International Association for the Study of Pain définit la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion (Merskey, 1986). La douleur chronique est une douleur qui persiste au delà de trois mois (définition de l'IASP, citée par la HAS, 2008). Cette douleur a perdu sa fonction adaptative : elle devient inutile et parfois destructrice, notamment en raison de la détresse émotionnelle qu'elle suscite.

Nous avons choisi d'utiliser le terme de "gestion émotionnelle" pour désigner l'ensemble des processus psychiques impliqués dans la "gestion" psychologique des émotions, quels que soient les modèles auxquels ils appartiennent. Nous n'y intégrons que les processus ayant été conceptualisés et étudiés dans une démarche scientifique empirique. Cela inclut donc les différentes approches abordées dans les recherches sur la douleur chronique et la gestion des émotions, à savoir : la régulation émotionnelle, l'intelligence émotionnelle et le coping. Nous avons choisi de ne pas prendre en compte les mécanismes de défense de la théorie psychanalytique, en raison du peu d'études

empiriques concernant ces mécanismes et la douleur chronique, mais aussi en raison de la spécificité de leur appartenance théorique qui les rend difficiles à articuler aux approches empiriques. Nous avons préféré le terme de "gestion émotionnelle" à celui de "processus émotionnel" parce que ce dernier désigne spécifiquement un ensemble d'étapes successives qui composent l'émotion. Il renvoie fréquemment à des modèles décrivant le processus de génération des émotions comme celui décrit par Gross (1998) ou par Baker et al. (2007).

Selon Salovey et Mayer (1990), le concept d'intelligence émotionnelle se définit comme la capacité à traiter les informations émotionnelles avec justesse et efficacité. Elle inclut la conscience et l'expression émotionnelle (l'alexithymie, qui sera définie plus loin, serait alors un déficit de ces compétences), l'efficacité de la régulation émotionnelle (contrôler ses émotions et celles des autres en fonction des circonstances) et l'utilisation de ses propres émotions et celles d'autrui (pour résoudre ses problèmes personnels et interpersonnels).

La régulation émotionnelle, elle, a fait l'objet de nombreuses définitions successives (Eisenberg, Fabes, Guthrie et Reiser, 2000 ; Koole, 2009 ; Thompson, 1994 ; Walden et Smith, 1997). La définition de Gross (Gross, 2013 ; Gross, Sheppes et Urry, 2011) en constitue une bonne synthèse : la régulation émotionnelle est un processus dont le but est d'augmenter ou de diminuer la fréquence d'apparition, l'intensité ou la durée des états émotionnels. Elle inclue un ensemble de processus cognitifs et comportementaux tels que le déploiement attentionnel, l'identification et la compréhension des émotions, la sélection et modification de la situation, les changements cognitifs, la modulation du vécu expérientiel (acceptation et évitements internes), les modifications des manifestations physiologiques et de la réponse comportementale (Aldao et al., 2010 ; Berking et al., 2008 ; Gross, 1998 ; Koole, 2009).

Le coping, lui, se définit comme : *« l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources. »* (Lazarus et Folkman (1984), cités par Bruchon-Schweitzer (2001), p.141).

Cela signifie que l'individu, en situation stressante, va mettre en œuvre un ensemble de stratégies destinées à diminuer l'impact émotionnel de l'évènement et/ou à résoudre le problème. Les stratégies de coping peuvent donc être considérées comme des tentatives de gestion des états émotionnels négatifs.

Il apparaît que ces modèles, bien qu'émanant de théories différentes, ont conceptualisé des processus parfois proches, voire identiques (voir tableau I). 5 de ces processus ont été étudiés en lien avec la douleur chronique. Il s'agit de l'alexithymie, l'expression émotionnelle, la réévaluation cognitive, l'acceptation expérientielle et la focalisation attentionnelle. Ces différents processus se déclinent pour la plupart en sous-processus, comme nous le verrons plus loin. C'est pourquoi il paraît pertinent, dans cette revue de littérature, d'adopter une approche "trans-modèles" afin de faire ressortir les résultats les plus complets possibles à propos des rapports entre ces processus et la douleur chronique. C'est ce qui explique notre choix de présenter les résultats par type de processus de gestion émotionnelle (alexithymie, expression émotionnelle, réévaluation cognitive, acceptation expérientielle et focalisation attentionnelle) plutôt que par modèle théorique. Nous discuterons ensuite de la pertinence et de la possibilité d'une approche intégrative concernant la gestion des émotions dans leurs rapports avec la douleur chronique.

Tableau I : Exemples de processus de gestion émotionnelle retrouvés dans les différents modèles.

Modèles Processus	Régulation émotionnelle	Intelligence émotionnelle	Coping
Identification et étiquetage des émotions/alexithymie (en tant que déficit de ces compétences)	X (Berking et al. 2008)	X (Salovey et Mayer, 1990)	
Focalisation attentionnelle	X (Gross, 1998)	X (Mayer & Salovey, 1997)	
Expression émotionnelle	X (Gross, 1998)	X (Salovey et Mayer, 1990)	X (Stanton, Kirk, Cameron et Danoff-Burg, 2000)
Réévaluation cognitive	X (Gross, 1998)		X (Carver, Scheier et Weintraub, 1989)
Acceptation	X (Berking et al., 2008)	Un concept proche: <i>"l'ouverture aux émotions"</i> (Mayer & Salovey, 1997)	X (Carver, Scheier et Weintraub, 1989)

X: concept utilisé dans ce champ théorique

3. Méthodologie de la recherche bibliographique

La méthodologie de la recherche bibliographique s'appuie sur les démarches méthodologiques utilisées par Aldao et al. (2010), Andersen et Kelhet (2011) et Crombez, Van Ryckeghem, Eccleston et Van Damme (2013).

3.1 Termes de la recherche

La recherche bibliographique a été effectuée à l'aide d'un logiciel en ligne qui permet d'explorer plusieurs bases de données simultanément (EBSCOhost research databases). Les bases de données consultées sont les suivantes : Medline, Academic Search Premier, PsycINFO, PsycARTICLE et Psychology and Behavioral Sciences Collection. Les mots-clés ont été sélectionnés à l'aide de listes de mots référencés ("MeSH terms" et "EBSCOhost Indexes"). La combinaison de mots clés utilisée est la suivante "emotion regulation" or "emotional intelligence" or "coping" or "emotion/control" or "alexithymia" or "affective symptom" or "emotion/avoidance" or "emotional control" or "expressed emotion" or "avoidance" or "acceptance (psychology)" or "problem solving" or "appraisal" or "cognitive appraisal" or "rumination (cognition)" or "suppression" AND "chronic pain" or "chronic disease" or "chronic illness" or fibromyalgia or "musculoskeletal pain" or "back pain" or "neuropathic pain" or "arthritis" or "complex regional pain syndrome" or "facial pain" or "abdominal pain". Cette combinaison de mots-clés a fait l'objet d'une recherche dans le titre des articles et d'une autre dans les mots-clés.

3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclu dans cette revue de littérature :

- les études empiriques publiées dans des revues internationales à comité de lecture ;
- publiées de 1994 (car c'est au milieu des années 90 que ce thème commence à être traité) à janvier 2015 ;
- dont les participants sont âgés de plus de 18 ans et souffrent de douleurs chroniques non-cancéreuses ;
- utilisant des questionnaires de régulation émotionnelle validés ou dont la méthodologie repose sur une procédure expérimentale.

La procédure a été effectuée en quatre étapes : (1) l'entrée des mots-clés dans les bases de données informatisées (440 articles sont référencés et exportés dans Zotéro), (2) un premier tri des articles en fonction du titre (exclusion de 188 articles qui sont soit des doublons soit clairement hors thème), (3) un second tri à partir des résumés des articles restants (exclusion de 192 autres articles hors thème) et (4) un troisième tri à partir de la lecture du texte intégral des articles restants (exclusion de 24 articles hors critères d'inclusion). A l'issue de cette procédure 36 articles ont été retenus Cette procédure a été effectuée totalement par le premier auteur, puis a été répété en double et indépendamment par le deuxième auteur concernant les étapes 3 et 4. Le résultat a été le même à trois articles près.

Dix autres articles ont ensuite été ajoutés à ces 36 articles, bien que n'étant pas apparus à l'issue de la procédure (trouvés en bibliographie des articles sélectionnés) car ils répondaient aux critères d'inclusion. En tout, 46 études ont été retenues.

4. Résultats

Comme mentionné précédemment, nous allons organiser la présentation des résultats avec une partie pour chacun des 5 processus de gestion émotionnelle en rapport avec la douleur chronique que nous avons identifiés, à savoir : l'alexithymie, l'expression émotionnelle, la réévaluation cognitive, l'acceptation expérientielle et la focalisation attentionnelle. Nous avons choisi de présenter en premier les processus qui ont été les plus étudiés, à savoir l'alexithymie et l'expression émotionnelle. Nous montrerons à chaque fois les liens de ces différents processus avec la douleur chronique ainsi qu'avec les variables liées à la souffrance psychique (affectivité négative, anxiété, dépression, somatisations) et au handicap physique et social.

4.1 L'alexithymie

La conscience, l'identification et l'étiquetage des émotions sont considérés comme un processus préalable indispensable à la gestion des émotions (Fischer et al., 2004). Ils ont été très étudiés au travers du concept d'alexithymie, qui représente un déficit de ces fonctions (Salovey et Mayer, 1990).

Sifnéos (1973) a été le premier à avoir proposé le terme d'alexithymie, qui signifiait « *absence de mots pour décrire les émotions* ». Taylor, Bagby et Parker (1997) en ont proposé une définition en quatre points : « (1) *une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels ; (2) une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui ; (3) une vie imaginaire réduite ; (4) un modèle de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs ou « pensée opératoire ».*

Dix-neuf recherches explorent les liens entre l'alexithymie et trois variables dépendantes qui sont : la douleur, le handicap et les symptômes psychopathologiques (dépression, anxiété) chez des patients atteints de douleur chronique. Elles reposent toutes sur l'utilisation de la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale de Taylor, Ryan et Bagby, 1985) (voir les tableaux II à III).

4.1.1 Alexithymie et douleur (intensité sensorielle et affective, durée)

Douze recherches évaluent les liens entre l'alexithymie et l'intensité sensorielle et/ou affective des douleurs chroniques (l'intensité affective concerne les aspects émotionnels de la douleur : "gênante", "désagréable", "fatigante" et diffère des aspects sensoriels : "picotement", "fourmillement", "brûlure", etc.). 9 études retrouvent ces liens, mais trois études concluent à l'absence de lien (voir tableau II). Ces différences peuvent s'expliquer : (1) par la taille des échantillons (les résultats favorables à l'absence de lien entre alexithymie et douleur reposent sur des groupes de moins de 60 participants), (2) par la variété des diagnostics concernés, (3) par le choix de catégorisations diagnostiques de référence différentes d'une étude à l'autre (critère diagnostics de l'American College of Rheumatology ou DSM III ou IV) et (4) Par la prise en compte de variables médiatrices et/ou modératrices. A ce titre, Huber et al. (2009) identifient la dépression et l'anxiété comme des médiateurs de la relation entre alexithymie et intensité affective de la douleur.

En conclusion, il existe un lien probable entre l'alexithymie et la douleur, influencé par le diagnostic et par d'autres variables telles que la dépression et l'anxiété.

Tableau II : Résultats principaux concernant les liens entre alexithymie et douleur.

Etude (premier auteur, année de publication)	Taille de l'échantillon.	Principaux résultats (pr, r, β ou t, z, F ou η^2)
1) Cox et al. (1994)	N=45 participants atteints de douleurs somatoformes	Il n'y a pas de lien entre alexithymie et douleur <i>ns</i>
2) Lumley et al. (1996)	N=40 participants atteints du syndrome de Ehlers-Danlos (maladie provoquant des douleurs consécutives à la mutation du collagène)	La Difficulté à Identifier ses Emotions est associée à la sévérité des douleurs (intensité + souffrance) : $r=.34^*$
3) Lumley, Smith et Longo (2002)	N=80 participants atteints de douleurs chroniques myofaciales	Plus le score d'alexithymie est élevé, plus l'intensité affective de la douleur est élevée : $pr=.39^{*****}$ $\beta=.25^*$
4) Sayar et al. (2004)	n=50 FMS	Il existe un lien entre l'alexithymie et la douleur chez les participants FMS : $r=.34^*$
	n=20 RA	Il n'existe pas de lien entre alexithymie et douleur chez les participants RA : $r=.07, ns$

5) Lumley et al. (2005)	N= 155 RA	Plus les participants ont mal, plus leur score total d'alexithymie et leur score au facteur DIF sont élevés : r=.24**** (score total) r=.29**** (DIE)
6) Celikel et Saatcioglu (2006)	n=30 femmes atteintes de douleurs somatoformes n=37 femmes en bonne santé	- Il n'y a pas de différence d'intensité de la douleur entre les participants alexithymiques et non alexithymiques : t=0.64, <i>ns</i> entre le groupe de patientes alexithymiques (56,7%) et non-alexithymiques Il existe un lien entre la durée des douleurs et l'alexithymie : r=.50**** (durée de la douleur)
7) Evren, Evren et Guler (2006)	N=51 FMS	Il n'y a pas de lien entre l'alexithymie et l'intensité de la douleur : <i>ns</i>
8) Van Middendorp et al. (2008)	Sous groupe clinique de n=403 FMS	Il existe un lien entre la Difficulté à Identifier ses Emotions et l'intensité de la douleur : r=.17****
9) Huber et al. (2009)	N=68 FMS	La Difficulté à Identifier ses Emotions est associée à une plus forte intensité affective de la douleur : r=.36**

10) Hosoi et al. (2010)	N=129 patients atteints de maladie neuromusculaire provoquant des douleurs chroniques	Il existe un lien entre intensité des douleurs et alexithymie : $r=.34^{****}$
11) Saariaho et al. (2013)	N=271 souffrant de douleurs chroniques non-cancéreuses	<p>Les participants alexithymiques ont des douleurs plus intenses que les participants non-alexithymiques : $p<.001$ (le t n'est pas précisé) et $d=.43$</p> <p>Il y a des liens corrélationnels entre la dimension DIF et la douleur (intensité et nombre de sites douloureux) et entre la dimension PO et le nombre de sites douloureux chez les participants non alexithymiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ $r = .14^{**}$ pour l'intensité douloureuse et $r=.19^{**}$ pour le nombre de sites douloureux et la DIE chez participants non-alexithymiques. ➤ $r=.19^{**}$ pour le nombre de sites douloureux et la PO chez les participantes non-alexithymiques.

12) Margalit, Ben Har, Brill et Vatine, 2014	n=30 participants atteints de syndrome douloureux régional complexe	Il existe des liens entre l'alexithymie et la douleur sensorielle et/ou affective : pr=.58** (pour score total d'alexithymie et PRIS) pr=.53** (pour DIE et PRIS) pr=.38* (pour DIE et EVA sensorielle)
	n=30 participants atteints de douleurs lombaires	ns

ns : non significatif ; pr : corrélation partielle ; ET : Ecart Type ; EVA : Echelle Visuelle Analogique ; FMS : Participants atteints de fibromyalgie ; RA : Participants atteints d'arthrose rhumatoïde ; DDE : Difficultés à Décrire ses Emotions ; DIE : Difficulté à Identifier ses Emotions ; PO: Pensée Opératoire ; PRIS : Pain Rating Intensity Scale (mesure intégrant des aspects sensoriels et affectifs de l'intensité de la douleur).

*p<.05, ** p<.01, ***p<.005, ****p<.001

4.1.2 Alexithymie et handicap

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le handicap peut être considéré comme un terme générique recouvrant l'ensemble des pertes et des restrictions relatives à la participation aux activités humaines. Ces limitations sont consécutives à un problème concernant le fonctionnement du corps ou sa structure (World Health Organization, 2011), comme la douleur.

Six études concernent les liens entre alexithymie et handicap (voir tableau III). Le handicap y est appréhendé au travers des notions d'interférence de la douleur (gêne provoquée par la douleur dans l'accomplissement des activités quotidiennes) et de fonctionnement physique, professionnel ou social.

Seule l'étude de Sayar, Gulec et Topbas (2004) ne permet pas de trouver de lien, pour un sous-groupe de 20 participants atteints d'arthrose rhumatoïde. Les 5 autres recherches ont permis d'établir que plus le score d'alexithymie est important, plus il y a de handicap (voir tableau III). La force des liens entre ces variables reste toutefois faible à modérée.

Les faibles corrélations entre l'alexithymie et l'augmentation du handicap (r de .19 à .33, voir tableau III) et l'absence de lien prédictif pourraient s'expliquer par : (1) l'existence de co-variables (dans cette perspective, Lumley, Smith et Longo (2002) ont identifié plusieurs autres variables indépendantes qui contribuent au handicap telles que l'auto-efficacité, la dramatisation de la douleur et la dépression) et (2) par l'existence d'autres variables médicales ou psychologiques, qui auraient un rôle médiateur entre l'alexithymie et le handicap : Saariaho et al. (2013) ont identifié le rôle intermédiaire de la dépression entre l'alexithymie et le handicap.

Tableau III : Principaux résultats concernant l'alexithymie et le handicap.

Etude (premier auteur, année de publication,)	Caractéristiques de l'échantillon	Principaux résultats (pr, r, β ou t, z, F ou $p\eta^2$)
1) Lumley et al. (2002)	N=40 participants atteints du syndrome de Ehlers-Danlos	L'alexithymie est associée à l'interférence de la douleur sur le travail, la vie sociale, les loisirs, les relations familiales et les activités conjugales : pr=.26*
2) Sayar et al. (2004)	n=50 femmes FMS	L'alexithymie est associée au handicap fonctionnel chez les participantes FMS : r=.54*****
	n=20 femmes RA	L'alexithymie n'est pas associée au handicap fonctionnel chez les participantes RA : r= -.12, ns
3) Lumley et al. (2005)	N= 155 RA	Il existe un lien entre alexithymie (score total, DIE et DDE) et fonctionnement physique : pr=.23** (pour le score total d'alexithymie) pr=.27***** (pour DIE) pr=.19* (pour DDE)

4) Van Middendorp et al. (2005)	N=335 RA	Plus on est alexithymique, moins on a un bon fonctionnement social. Cette relation n'est plus significative si on teste le modèle uniquement pour les hommes : $\beta = -23^a$
5) Hosoi et al. (2010)	N=129 patients atteints de maladie neuromusculaire provoquant des douleurs chroniques	L'alexithymie est associée à l'interférence de la douleur sur l'activité générale, la marche, le travail, les relations avec les autres, le sommeil, la capacité à se réjouir de la vie : $r = .33^{****}$
6) Shibata et al. (2014)	n=439 participants atteints de douleurs chroniques	Plus on est alexithymique plus on a de handicap. Calculs sur la base d'Odds ratio : Score d'alexithymie de 44 à 50: moyenne du score de handicap = 15, de 51 à 60: moyenne du handicap = 10, et de plus de 60: moyenne du handicap = 29 ^{****}

ns : non significatif ; pr : corrélation partielle ; ET: Ecart Type ; FMS : Participants atteints de fibromyalgie ; RA : Participants atteints d'arthrose rhumatoïde, DDE : Difficultés à Décrire ses Emotions ; DIE : Difficulté à Identifier ses Emotions

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$, **** $p < .001$

^a Ce résultat apparait dans un modèle plus global satisfaisant: $\chi^2(39) = 40.63$, $p = .40$, TLI=1 et RSMEA=.01. Les chiffres de la significativité ne sont pas précisés pour chaque régression.

Ces études montrent donc l'existence d'un lien probable entre l'alexithymie et le handicap physique et social (gêne dans les activités professionnelles, les loisirs, les tâches domestiques, les relations familiales, amicales et conjugales) chez les personnes atteintes de douleur chronique.

4.1.3 Alexithymie et symptômes psychopathologiques

16 études concernent les relations entre alexithymie et symptômes psychopathologiques (voir tableau IV).

Une seule étude échoue à démontrer des liens : les résultats comparatifs portent sur un petit échantillon de 30 participants divisé en deux sous-groupes (Celikel et Saatcioglu, 2006). Leur résultat peut aussi s'expliquer par le choix d'une mesure d'anxiété trait : il est possible que l'anxiété des participants ne soit pas une dimension intrinsèque à leur fonctionnement habituel, mais une conséquence du stress suscité par leur problème de santé.

Parmi les 16 études, seules trois études portent spécifiquement sur les somatisations (expression physique d'une souffrance psychique) : Evren et al. (2006), Pedrosa et al. (2008) et Tuzer et al. (2011) montrent une association positive entre alexithymie et somatisations chez des participants atteints de fibromyalgie (syndrome douloureux musculosquelettique qui s'accompagne de fatigue et de troubles du sommeil). Mais cette notion de somatisation amène un risque de confusion avec les symptômes de la fibromyalgie elle-même (Exemple d'items : "*J'ai des douleurs dans le cœur ou dans la poitrine*", "*J'ai des douleurs à la partie inférieure du dos*"). Par ailleurs, nous ignorons ce qui permet de catégoriser des symptômes d'expression physique en tant que problèmes de santé dont on ignore encore actuellement la cause ou en tant que somatisation d'origine psychique.

L'évaluation de la dépression pose aussi le même type de difficulté, étant donné que certains symptômes comme le ralentissement ou les troubles du sommeil peuvent être imputables au syndrome de douleur chronique.

Il existe, en tout état de cause, des éléments empiriques cohérents allant dans le sens de liens modérés entre l'alexithymie et l'augmentation de la détresse psychique (anxiété et dépression).

Tableau IV: Alexithymie et symptômes psychopathologiques.

Etude (premier auteur, année de publication)	Caractéristiques de l'échantillon	Principaux résultats (p , r , β ou t , z , F , $p\eta^2$)
1) Cox et al. (1994)	Voir tableau II	Le groupe de participants alexithymiques obtient des scores d'anxiété plus importants que le groupe de participants non-alexithymiques : $t=?^{**}$ (les auteurs ne mentionnent que la significativité du test, la moyenne et l'écart type de chaque groupe)
2) Lumley et al. (1996)	Voir tableau II	L'alexithymie est associée à la dépression : $r=.40^{**}$ (pour TAS total) $r=.56^{****}$ (pour DIE)
3) Lumley et al. (2002)	Voir tableau II	Plus le score d'alexithymie est élevé, plus on est déprimé : $p=.71^{****}$
4) Van Middendorp et al. (2005)	voir tableau III	Plus on est alexithymique, plus on est déprimé (mesure composite des affects négatifs incluant la dépression) : $\beta= .45$ (ce résultat apparaît dans un modèle plus global et les chiffres de la significativité ne sont pas précisés pour chaque régression)
5) Celikel et Saatcioglu (2006)	Voir tableau II	Les participants alexithymiques ne sont pas plus anxieux que les patients non-alexithymiques : $t=.06$, <i>ns</i>

6) Evren et al. (2006)	Voir tableau II	<p>Il existe un lien entre alexithymie et symptômes psychopathologiques (somatisation, anxiété, dépression, symptômes obsessionnels, sensibilité interpersonnelle, hostilité, phobie, idéation paranoïaques) :</p> <p>$r=.78^{****}$ (ensemble des symptômes) $r=.51^{****}$ (anxiété psychique) $r=.37^*$ (anxiété somatique)</p> <p>Les participants alexithymiques sont davantage déprimés et anxieux (y compris pour l'anxiété somatique) les participants non-alexithymiques :</p> <p>$Z=-4.54^{****}$ et $Z=-3.23^{****}$ (pour la dépression) $Z=-3.27^{****}$ (pour l'anxiété psychique) $Z=-2.31^*$ (pour l'anxiété somatique)</p>
7) Pedrosa et al. (2008)	N=40 femmes FMS	<p>Plus le score d'alexithymie est élevé, plus le score global de symptômes psychopathologiques est élevé (somatisation, dépression, anxiété, sensibilité interpersonnelle, symptômes obsessionnels, phobie, hostilité, paranoïa) :</p> <p>$r=.76^{**}$ (pour la dépression) $\beta=.721^{****}$ (pour le score total de psychopathologie)</p>

8) Van Middendorp et al. (2008)	Voir tableau II	L'alexithymie est associée à la dépression et à l'anxiété : r=.45**** (pour DIE) r=.30**** (Pour DDF)
9) Huber et al. (2009)	Voir tableau II	La Difficulté à Identifier ses Emotions est associée à la dépression et à l'anxiété : r=.45**** La Difficulté à Identifier ses Emotions permet de prédire l'hypocondrie (anxiété phobique concernant la crainte d'être malade): β =.30*(pour l'hypocondrie)
10) Hosoi et al. (2010)	Voir tableau II	L'alexithymie est associée à une moins bonne santé psychique (bonheur, découragement, tristesse, énergie...) : r= -.46****
11) Steinweg, Dallas et Rea (2011)	n=48 FMS n=43 RA n=36 participants consultants en médecine générale	Les personnes atteintes de fibromyalgie sont plus nombreuses à être alexithymiques par rapport aux participants atteints d'arthrose rhumatoïde et aux consultants en médecine générale : 40% d'alexithymie chez les FMS contre 21% chez les RA** et 8%**** chez les GM Les participants souffrant de dépression modérée et sévère ont des scores d'alexithymie plus élevés que les participants non-dépressifs ou légèrement dépressifs: $\chi^2=49.3****$
12) Tuzer et al. (2011)	n=70 femmes FMS	L'alexithymie est un prédicteur des somatisations : β =.504*

13) Melin, Thulesius et Persson (2010)	<p>N=59 participants atteints de douleur chronique non cancéreuse</p> <p>Le groupe a été divisé en deux pour le calcul: alexithymiques (score>61) vs non-alexithymiques</p>	<p>Les participants alexithymiques ont des scores plus élevés de dépression et d'anxiété que les participants non-alexithymiques :</p> <p>p<.006*** pour l'anxiété p<.003*** pour la dépression (les auteurs ne mentionnent que la significativité du test)</p>
14) Baeza-Velasco et al. (2012)	<p>n=39 femmes atteintes de syndrome rhumatologique</p> <p>n=22 participants en bonne santé</p>	<p>Plus on est alexithymique plus on a un score élevé de dépression :</p> <p>Odd ratio: OR=1.18; 95%=1.07-1.29</p>
15) Saariaho et al. (2013)	Voir tableau II	<p>Les participants alexithymiques sont plus déprimés que les participants non-alexithymiques: p<.001 (t de student, le t n'est pas précisé) et d=1.26</p> <p>Plus les scores d'alexithymie sont élevés, plus les scores de dépression sont élevés: Pour le groupe de patients alexithymiques: r =.51** pour le score total d'alexithymie r=.45** pour DIE</p>

		$r=.46^{**}$ pour DDE Pour le groupe de patients non-alexithymiques: $r=.32^{**}$ pour score total $r=.38^{**}$ pour DIE $r=.35^{***}$ pour DDE
16) Margalit et al. (2014)	n=30 participants atteints de syndrome douloureux régional complexe	Plus le score d'alexithymie est élevé, plus les participants, quel que soit le groupe, ont un score d'anxiété et de dépression élevé : $pr=.71^{**}$ (pour score total d'alexithymie) $pr=.62^{**}$ (pour DIE) $pr=.65^{**}$ (pour DDE) $pr=.50^{**}$ (pour PO)
	n=30 participants atteints de douleurs lombaires	$pr=.63^{**}$ (pour score total d'alexithymie) $pr=.70^{**}$ (pour DIE) $pr=.52^{**}$ (pour DDE) $pr=.27^{**}$ (pour PO)

ns : non significatif ; pr : corrélation partielle ; ET : Ecart Type ; EVA : Echelle Visuelle Analogique ; FMS : Participants atteints de fibromyalgie ; RA : Participants atteints d'arthrose rhumatoïde ; DDE : Difficultés à Décrire ses Emotions ; DIE : Difficulté à Identifier ses Emotions ; PO: Pensée Opératoire

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.005$, **** $p<.001$

4.1.4 Conclusion relative à l'alexithymie

L'alexithymie peut apparaître comme une conséquence d'une durée prolongée de la maladie (Hinistan, Nural, Kahriman et Cilingir, 2012). Ensuite, une fois installée, elle devient un prédicteur de l'intensité des douleurs, du handicap et de la psychopathologie. Elle est aussi liée à l'amplification somatique (se focaliser sur ses sensations corporelles et les interpréter comme des signes de maladie, Kosturek, Gregory, Sousou et Trief, 1998). Mais elle ne peut pas pour autant être présentée comme une cause du déclenchement la douleur chronique (Mehling et Krause, 2007 ; Pecukonis, 2009).

4.2 L'expression émotionnelle

20 études portent sur l'expression émotionnelle. Elle apparaît dans la littérature sous différentes formes :

- en tant que telle : c'est la révélation émotionnelle et l'expression émotionnelle (révéler ses expériences émotionnelles par écrit ou par oral, auprès d'un thérapeute ou au quotidien auprès des personnes de son entourage : 15 études dont 3 abordent également l'ambivalence émotionnelle).
- en tant que processus susceptible de faire l'objet d'un conflit interne : c'est l'ambivalence de l'expression émotionnelle (3 études),
- en tant que processus inverse, c'est alors le contrôle ou la suppression de l'expression émotionnelle : 5 études).

4.2.1 La Révélation émotionnelle

Six études portent sur la révélation émotionnelle (voir tableau V) qui correspond au fait d'exprimer ses émotions relatives à une situation stressante ou traumatique. Nous allons aborder successivement les résultats de ces six études concernant les rapports entre la révélation émotionnelle et l'intensité de la douleur, la gravité du handicap et les symptômes psychopathologiques.

4.2.1.1 Révélation émotionnelle et douleur

Quatre des six études évoquées précédemment montrent que la révélation émotionnelle est associée à une diminution de l'intensité des douleurs, tandis que les deux autres échouent à démontrer cette relation (voir tableau V).

Les études de Keefe et al. (2008) et Lumley et al. (2011) ont évalué l'effet de la révélation émotionnelle sur l'augmentation des comportements douloureux (grimacer, s'arc-bouter, soupirer, se frotter, présenter une rigidité lors d'activités standard comme s'asseoir, marcher, rester debout, s'incliner). Mais les résultats ne sont pas significatifs, en comparaison avec un groupe contrôle.

Junghaenel, Schwartz et Broderick (2008) évoquent la possibilité que le profil psychologique des participants (en termes de sévérité de la douleur, de coping et de soutien social) influence l'efficacité du protocole de recherche. En effet, dans leur étude, seules les personnes ayant des difficultés interpersonnelles (caractérisées par un manque de soutien de la part des personnes significatives de leur entourage) bénéficient d'un effet bénéfique de la révélation émotionnelle sur l'intensité de leurs douleurs.

En synthèse, l'expression émotionnelle semble généralement associée à une diminution de l'intensité des douleurs.

Tableau V : Révélation émotionnelle et douleur.

Etude (premier auteur, année de publication)	Caractéristiques de l'échantillon (taille, diagnostics, sexe, âge, statut marital et/ou niveau socioculturel).	Principaux résultats (t, z, F ou $p\eta^2$)
Broderick, Junghaenel et Schwartz (2005)	N=92 femmes FMS réparties dans 3 groupes comparables : <ul style="list-style-type: none"> ➤ n=31 dans un groupe "révélation émotionnelle", ➤ n=32 dans un groupe "écriture neutre" ➤ n=29 dans un groupe "prise en charge habituelle". 	4 mois après le traitement, la révélation émotionnelle a permis de diminuer l'intensité des douleurs : $t(238, 92) = -3.48^{****}$
Gillis et al. (2006)	N=72 FMS (dont 2 hommes) répartis dans deux groupes : <ul style="list-style-type: none"> ➤ n=38 dans un groupe "révélation émotionnelle" ➤ n=34 dans un groupe contrôle (écriture neutre à propos des comportements et de la planification d'actions). 	1 et 3 mois après le traitement, il n'y a pas d'effet de la révélation émotionnelle sur l'intensité de la douleur : <i>ns</i>
Junghaenel et al. (2008)	N=92 femmes FMS réparties dans deux groupes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ n=31 dans un groupe "révélation émotionnelle" ➤ n=61 dans un groupe contrôle "écriture neutre ou soins habituels" La seule différence significative entre les groupes concerne le fait d'être en situation d'emploi ou non.	4 mois après le traitement, la révélation émotionnelle a permis une diminution de l'intensité des douleurs pour les participants ayant des difficultés interpersonnelles : <ul style="list-style-type: none"> ➤ $t(226, 36) = -3.40^{****}$ pour les participants ayant des difficultés interpersonnelles (profil du MPI) ➤ <i>ns</i> pour les participants ayant un profil MPI dysfonctionnel ou adaptatif.

Keefe et al. (2008)	<p>N=98 RA (75% de femmes) répartis en 4 groupes comparables:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ n=19: "révélation émotionnelle en privé" ➤ n=26: "révélation émotionnelle auprès d'une infirmière" ➤ n=33: "Information sur l'arthrose" ➤ n=20: "soins habituels" 	<p>Il n'y a pas d'effet de la révélation émotionnelle sur l'intensité des douleurs, que la révélation émotionnelle soit en privé ou en présence d'un clinicien:</p> <p><i>ns</i></p>
Hsu et al. (2010)	<p>N=45 femmes FMS réparties en 2 groupes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ n=24: "Intervention sur la conscience des émotions" ➤ n=21 en liste d'attente 	<p>6 mois après la randomisation, il existe un effet de la révélation émotionnelle sur l'intensité des douleurs:</p> <p>$F(1, 42)=17^{****}$</p>
Lumley et al. (2011)	<p>N=181 RA (84% de femmes) répartis en 4 groupes comparables:</p> <p>n=43: révélation émotionnelle écrite (événements stressants ou traumatiques)</p> <p>n=24: révélation émotionnelle écrite positive</p> <p>n=21: écriture neutre</p> <p>n=48: révélation émotionnelle orale (événements stressants ou traumatiques)</p> <p>n= 24: révélation émotionnelle orale positive</p> <p>n= 21: parler d'expériences neutres (activités quotidiennes)</p>	<p>1 mois et/ou 6 mois après le traitement, la révélation émotionnelle écrite et orale ont un effet sur l'intensité des douleurs:</p> <p>$\eta^2=.06$ et $\eta^2=.08^a$ (révélation émotionnelle écrite)</p> <p>$\eta^2=.07$ et $\eta^2=.06^a$(révélation émotionnelle orale)</p> <p><i>ns</i> pour les comportements douloureux</p>

ns : non significatif ; ET : Ecart Type ; MPI : Multidimensional Pain Inventory ; FMS : Participants atteints de fibromyalgie ; RA : Participants atteints d'arthrose rhumatoïde

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.005$, **** $p<.001$

^a η^2 de .01, .06 et .14 sont respectivement considérés comme un effet faible, modéré et fort.

4.2.1.2 Révélation émotionnelle et handicap

Cinq des six études relatives à la révélation émotionnelle permettent d'évaluer les liens entre la révélation émotionnelle et le handicap. Parmi elles, quatre études mettent en évidence une absence de lien entre la révélation émotionnelle et la gravité du handicap lié au fonctionnement physique (voir tableau VI). Seuls Hsu et al. (2010) démontrent un effet bénéfique de leur intervention (révélation émotionnelle associée à des exercices de méditation et à une augmentation du temps d'activités physiques et de loisirs) sur l'interférence de la douleur (gêne dans les activités quotidiennes : tâches domestiques, loisirs, travail, etc.).

Tableau VI : Impact de la révélation émotionnelle sur le handicap.

Etude (premier auteur, année de publication, résultat)	t, z, F ou η^2
Broderick et al. (2005) Il n'y a pas d'effet de la révélation émotionnelle sur le handicap.	ns
Gillis et al. (2006) Il n'y a pas d'effet de la révélation émotionnelle sur le handicap.	F(1.66)=3.66, ns
Keefe et al. (2008) Il n'y a pas d'effet de la révélation émotionnelle sur le handicap.	F(3.67)=.43, ns
Hsu et al. (2010) 6 mois après le traitement "ASA", il existe une amélioration du handicap.	F(1.42)=7.4**
Lumley et al. (2011) Il n'y a pas d'effet de la révélation émotionnelle sur le handicap.	ns

ns : non significatif

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$, **** $p < .001$

^a η^2 of .01, .06 and .14 are considered to be small, medium and large

4.2.1.3 Révélation émotionnelle et santé psychique

Cinq études permettent d'évaluer l'effet de la révélation émotionnelle sur la santé psychique (anxiété, dépression, bien-être ou qualité de vie). Parmi elles, deux études montrent un impact positif de la révélation émotionnelle sur le bien-être psychique, tandis que les trois autres ne démontrent aucun lien (voir tableau VII).

Les différences de résultats entre les études pourraient s'expliquer par les circonstances de la révélation (en présence d'un ami bienveillant, au travail face à son supérieur hiérarchique, seul chez soi, etc.) ou par le profil individuel des participants (profils MPI évoqués précédemment, Junghaenel et al., 2008).

Ainsi, l'impact de la révélation émotionnelle (et plus généralement de la gestion émotionnelle) sur la santé psychique varie selon le contexte et la personnalité du sujet (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou et Nelis, 2014).

Tableau VII : Révélation émotionnelle et détresse psychologique

Etude (premier auteur, année de publication, résultat)	t, z, F ou η^2
Junghaenel et al. (2008) A 4 mois follow-up , la révélation émotionnelle a un effet sur le "bien être psychologique" (dépression, anxiété et qualité de vie), uniquement pour les participants ayant des difficultés interpersonnelles.	t(226)=3.44****
Lumley et al. (2011) A 1, 3 et 6 mois follow-up, il n'y a pas d'amélioration de l'anxiété et de la dépression.	ns
Broderick et al. (2005) A 4 mois follow-up, il y a une amélioration de la dépression mais pas de l'anxiété.	t(236)= -2.59** ns (pour l'anxiété)
Keefe et al. (2008) A 2, 5 et 15 mois follow-up, il n'y a pas d'effet sur l'anxiété et la dépression ("handicap psychologique").	ns
Hsu et al. (2010) 6 mois après la randomisation, il n'y a pas d'effet de l'ASA sur la santé psychique (anxiété, dépression, bien être).	ns

ns : Non significatif

** p<.01, ****p<.001

4.2.2 Expression émotionnelle et ambivalence de l'expression émotionnelle

Les recherches abordées précédemment faisaient appel à des protocoles expérimentaux pour évaluer l'impact d'une forme particulière d'expression émotionnelle : la révélation émotionnelle. Elles ne permettent ni de faire état de l'effet de l'expression émotionnelle en situation naturelle ni de nous informer sur le rôle de l'ambivalence de l'expression émotionnelle. L'ambivalence de l'expression émotionnelle se définit par le fait de vouloir exprimer une émotion et de ne pas y arriver ou d'exprimer une émotion puis de le regretter ensuite (conflit conscient concernant l'expression des émotions).

Concernant l'expression émotionnelle, la recherche de Smith, Lumley et Longo (2002) nous montre que le fait de pouvoir nommer une émotion, la comprendre et l'exprimer peut favoriser l'intégration des événements stressants. 80 participants ont été invités à compléter l'Emotional Approach Coping de Stanton, Kirk, Cameron et Danoff-Burg (2000) qui mesure d'une part la capacité des personnes à comprendre et explorer leurs émotions, et d'autre part à les exprimer. Les résultats montrent que la compréhension et l'expression des émotions sont associées à une intensité moindre des aspects sensoriels et affectifs de la douleur ($r = -.23$, $p < .05$ et $r = -.34$, $p < .01$) et à moins de dépression ($r = -.44$, $p < .001$).

Trois autres études (Carson et al., 2007 ; Lumley, Kelley et Leisen, 1997 ; Van Middendorp et al., 2005) permettent de mettre en évidence à la fois le rôle de l'expression émotionnelle et de l'ambivalence de l'expression émotionnelle dans la vie quotidienne des personnes atteintes d'arthrose rhumatoïde ou de douleurs lombaires chroniques. L'ensemble de ces trois études va dans le sens d'un impact délétère de l'ambivalence de l'expression émotionnelle, qui accroît l'affectivité négative (r (corrélation partielle) $= .39$, $p < .001$ et $\beta = .45$) et la douleur ($r = .256$, $p < .05$). Quant à l'expression émotionnelle en tant que telle, l'étude de Lumley et al. (1997) montre que

les résultats diffèrent selon qu'il s'agit de l'expression des émotions positives ou négatives. L'expression des émotions positives est favorable à une amélioration de la douleur ($r = -.24, p < .05$), tandis que l'expression d'émotions négatives est liée à une détérioration de la douleur ($r = .35, p < .01$), du handicap ($r = .25, p < .05$) et de l'état affectif (tension, anxiété, dépression : $r = .26, p < .05$). Les études qui portent spécifiquement sur la régulation de la colère montrent également que l'expression excessive et inadaptée de la colère (Ex. bouder, claquer les portes, se disputer, dire des choses méchantes, faire des remarques sarcastiques, perdre son sang-froid) accroît l'intensité de la douleur (Bruehl, Chung, Burns et Biridepalli, 2003 ; Bruehl, Chung, Burns, et Diedrich, 2007 ; Bruehl et al., 2002 ; Bruehl et al., 2012). Ces résultats suggèrent la nécessité de prêter attention à la façon dont sont exprimées les émotions : Graham, Lobel, Glass et Lokshina (2008) ont montré que l'expression constructive de la colère (décrire clairement les raisons de sa colère et proposer des solutions) permet de diminuer la dépression et d'augmenter le sentiment de contrôle de la douleur au cours du temps (respectivement $F(1,180) = 7.47, p < .01, d = .50$ et $F(1,179) = 4.49, p < .05, d = .75$). En synthèse, l'expression constructive des émotions négatives et l'expression des émotions positives apparaissent plutôt favorables à un mieux-être (moins de douleur, moins de dépression).

4.2.3 Contrôle et suppression émotionnelle

La suppression émotionnelle et le contrôle émotionnel (supprimer l'expression émotionnelle et penser rationnellement à propos de l'évènement émotionnel) peuvent se définir comme une inhibition de l'expression émotionnelle. Cinq études évaluent les liens entre la suppression émotionnelle (ou le contrôle émotionnel) et l'état émotionnel, la qualité de vie et la douleur (Agar-Wilson et Jackson, 2012 ; Burns et al., 2008 ; Burns et al., 2012 ; Van Middendorp et al., 2005 ; Van Middendorp et al., 2008).

Van Middendorp et al. (2005) s'appuient sur un échantillon de 335 femmes atteintes d'arthrose rhumatoïde. Ils ont évalué le contrôle émotionnel. D'après leurs résultats, plus les participants utilisent le contrôle émotionnel, plus ils ont d'affects positifs et moins ils ont d'affects négatifs ($\beta=.16$ et $\beta=-.20$: la significativité n'est pas mentionnée pour chacune des régressions). Le contrôle émotionnel est également évalué par les mesures de l'intelligence émotionnelle : Agar-Wilson et Jackson (2011) ont recruté un échantillon de 128 participants (dont 84 femmes) atteints de douleurs chroniques non cancéreuses. Ils montrent que l'efficacité de la régulation émotionnelle (contrôle émotionnel et propension à maintenir un état émotionnel positif), mesurée par une échelle d'intelligence émotionnelle, a un pouvoir prédictif sur la qualité de vie ($\beta=.31, p<001$). Elle entretient également un lien indirect avec la réduction de l'affectivité négative, médiatisé par l'impuissance ($F=10.03, p<.001$).

Dans leur étude de 2008, Van Middendorp et al. utilisent l'Emotional Regulation Questionnaire (Gross et John, 2003) pour évaluer la suppression de l'expression émotionnelle. Ils observent un lien entre suppression émotionnelle et détresse psychique (anxiété, dépression : $r=.21, p<.001$) mais aucun lien avec la douleur et la fatigue. Burns et al. (2008 ; 2012) ont également observé un effet délétère de la suppression (des pensées et de l'expression émotionnelle), spécifiquement pour la colère : elle augmente le ressenti de la colère, l'intensité de la douleur, la tension émotionnelle et la pression artérielle (respectivement $F(1,56)=6.39, p<.05$, $F(1,57)=11.70, p<.01$, $F(1,55)=3.96, p<.05$ et $F(1,55)=3.95, p<.05$).

Les résultats de ces études sont donc contradictoires, bien que majoritairement en faveur d'un effet néfaste de la suppression émotionnelle.

4.3 La réévaluation cognitive

La réévaluation cognitive est une stratégie de régulation émotionnelle qui consiste à modifier la signification émotionnelle des événements en changeant ses pensées (Hamilton, Zautra et Reich, 2007). Trois études portent sur le rôle de la réévaluation cognitive chez les personnes atteintes de douleur chronique. (Hamilton et al., 2005 ; Hamilton, Zautra et Reich, 2007 ; Middendorp et al., 2008).

Hamilton et al. (2005 et 2007) ont observé une interaction entre l'intensité des émotions et la réévaluation cognitive chez 81 participantes atteintes d'arthrose rhumatoïde : les participantes ayant des émotions de forte intensité et utilisant peu la réévaluation cognitive éprouvent davantage d'émotions négatives en cas d'augmentation de la douleur. A l'inverse, les participantes ayant une faible intensité des émotions et utilisant fréquemment la réévaluation cognitive ont une augmentation moindre des émotions négatives en cas d'augmentation de la douleur ($t(x)=-2.67, p<.01$).

Van Middendorp et al. (2008) ont utilisé l'Emotional Regulation Questionnaire (Gross et John, 2003) et n'ont pas trouvé de lien entre réévaluation cognitive, douleur, fatigue, dépression et anxiété chez des participants atteints de fibromyalgie.

Ces résultats montrent que les rapports entre réévaluation cognitive et douleur sont complexes et que, probablement, la réévaluation cognitive se positionne plutôt en rôle de variable modératrice (modulant le lien entre la douleur et ses conséquences en termes de détresse psychique et de handicap).

4.4 L'acceptation expérientielle

L'acceptation expérientielle consiste à accepter en soi la survenue d'émotions et de sensations désagréables, tout en poursuivant ses objectifs personnels. Trois études

utilisent l'Acceptance and Action Questionnaire (validé pour la douleur chronique par McCracken et Zhao-O'Brien, 2010) pour évaluer l'acceptation expérientielle.

McCracken et Zhao-O'Brien (2010) ont été les premiers à s'intéresser à l'acceptation expérientielle. Ils ont évalué 144 participants atteints de douleur chronique (dont 64% de femmes). Leurs résultats montrent que l'acceptation générale a un impact sur le bien-être physique et émotionnel, ainsi que sur le fonctionnement psychosocial, indépendamment de l'acceptation de la douleur ($\beta = -.19$, $p < .05$ pour la détresse suscitée par la douleur ; $\beta = -.40$, $p < .001$ pour la dépression ; $\beta = -.16$, $p < .05$ pour l'anxiété relative à la douleur, $\beta = -.21$, $p < .05$ pour le handicap physique et $\beta = -.40$, $p < .001$ pour le handicap psychosocial). Leur étude donne également des informations concernant la compassion pour soi-même (être gentil et compréhensif plutôt que critique et considérer ses expériences négatives comme quelque chose de normal), qui est associée à un abaissement du score de dépression et d'anxiété ($r = -.609$ et $r = -.373$, $p < .001$, uniquement pour la dépression : $F(4,75) = 7.756$, $p = .000$, 9,4% de la variance).

Costa et Pinto-Gouveia (2013) ont confirmé l'effet bénéfique de l'acceptation expérientielle sur la détresse psychique (anxiété, dépression et stress) chez 103 participants souffrant de douleur chronique, dont 84,5% de femmes ($F(5,75) = 11.897$, $p = .000$ pour la dépression ; $F(4,74) = 9.879$, $p = .000$ pour le stress et $F(5,78) = 2.406$, $p = .045$ pour l'anxiété).

De Boer, Steinhagen, Versteegen et Struys (2014) ont recruté 89 participants atteints de douleur chronique (dont 55 femmes), qui ont répondu aux items de la Pain Catastrophizing Scale (Sullivan et al., 1995) et de l'Acceptance and Action Questionnaire. Les résultats montrent que plus l'acceptation expérientielle est importante, plus le score de dramatisation est faible ($\beta = .41$, $p < .001$).

Ainsi, de façon générale, le processus d'acceptation expérientielle semble favorable au développement des facteurs de mieux-être chez les sujets douloureux.

4.5 La focalisation attentionnelle

La focalisation attentionnelle est un des moyens de réduire la souffrance émotionnelle en portant son attention sur des stimuli non reliés aux réactions émotionnelles indésirables. Si ce processus est entravé, cela peut nuire aux capacités de la personne à retrouver un état émotionnel neutre ou positif.

Une seule étude apporte des éléments concernant la focalisation attentionnelle émotionnelle chez des personnes atteintes de douleur chronique.

Duschek et al. (2014) ont étudié les biais attentionnels chez des personnes atteintes de fibromyalgie. Ils ont comparé 27 femmes atteintes de fibromyalgie à 34 femmes en bonne santé. L'ensemble des participantes a été soumis à un Test de Stroop Emotionnel. Les résultats montrent qu'il existe un biais attentionnel envers les stimuli négatifs chez les personnes atteintes de fibromyalgie (le temps de latence est plus long par rapport au groupe contrôle : $F(1,59)=5.11$, $p=.028$). Par ailleurs, plus les participantes ont mal, plus le biais attentionnel envers les stimuli négatifs est prononcé ($\beta=.25$, $p<.05$). Cela suggère que la douleur pourrait accentuer la tendance à se focaliser sur les événements émotionnels négatifs, au détriment des expériences positives. Ces résultats sont spécifiques à la fibromyalgie et nécessitent d'être répétés pour différents diagnostics de douleur chronique.

5. Discussion

L'objectif de cette revue de littérature était de mieux connaître les liens entre gestion émotionnelle et douleur chronique. Deux points importants ressortent : 1) les résultats

des études sont souvent contradictoires et ne permettent pas d'aboutir à un consensus scientifique incontestable, et, cependant, 2) une majorité des études tend à montrer des liens entre la gestion émotionnelle et la douleur chronique.

A ce jour, les études montrent des résultats contradictoires concernant : (1) les liens entre l'alexithymie et l'intensité des douleurs chroniques, (2) l'effet de la révélation émotionnelle sur la douleur, le handicap et la détresse psychologique, (3) l'effet bénéfique de l'expression émotionnelle sur la douleur et sur la détresse psychique (dépression, exacerbation des affects négatifs), (4) le lien entre la suppression émotionnelle (et/ou le contrôle émotionnel) et l'accroissement de la détresse psychique (anxiété/dépression/affects négatifs) et (5) le lien entre l'usage de la réévaluation cognitive et l'abaissement de la détresse psychique (dépression, affectivité négative). Ces différences entre les résultats des études peuvent s'expliquer par des aspects à la fois méthodologiques et théoriques.

Comme nous l'avons déjà pointé, sur le plan méthodologique, la taille et la composition des échantillons, les critères diagnostiques utilisés, le choix des outils d'évaluation, la durée du protocole (pour les démarches expérimentales) et le choix de la démarche statistique (comparaison de groupes ou évaluation des liens entre différentes variables) peuvent influencer les résultats obtenus.

Les différences de résultats peuvent aussi s'expliquer au niveau théorique. En effet, la définition des concepts n'est pas toujours stable. Par exemple, l'inhibition de l'expression émotionnelle peut être considérée tantôt comme de la suppression (simplement, l'individu supprime l'expression émotionnelle), tantôt comme une aptitude sociale (un contrôle, bénéfique aux interactions sociales et évalué conjointement avec une aptitude à penser "*à propos*" de son état émotionnel). La mise en œuvre d'une démonstration empirique sur ce type de modèles nécessiterait l'utilisation d'une

approche trans-théorique, permettant le décloisonnement des modèles (régulation émotionnelle, intelligence émotionnelle et coping).

L'approche trans-théorique pourrait permettre de sortir de la confusion, afin de proposer une compréhension plus globale et plus synthétique des liens entre gestion des émotions et douleur chronique. En effet, la multiplicité des modèles théoriques nous contraint à admettre que les différents concepts décrivant des phénomènes parfois proches se chevauchent et s'influencent mutuellement. Par exemple, les débats théoriques et les études empiriques ne permettent pas de distinguer clairement les concepts de régulation émotionnelle et de coping qui ont à la fois des similitudes (processus incluant des anticipations) et des différences (la régulation émotionnelle concerne aussi les émotions positives et peut être extrinsèque) (Compas et al., 2014). De même, l'intelligence émotionnelle intègre la notion de régulation émotionnelle, mais permet également d'envisager la possibilité d'utiliser ses émotions et celles des autres au service de ses objectifs. L'exclusion de certaines approches par rapport à d'autres contraindrait à séparer artificiellement des résultats qui traitent de thématiques similaires (par exemple dans l'étude de Smith et al., 2002 évoquée précédemment, la compréhension et l'expression des émotions est envisagée à travers la notion de coping).

Les modèles théoriques sont aussi très différents et reposent souvent sur l'apriori d'un effet direct d'une variable sur une autre (par exemple de l'alexithymie sur la douleur ou de l'expression émotionnelle sur la douleur). Cela est sans doute trop simpliste, car il existe très certainement des effets d'interaction, de modération ou de médiation avec d'autres aspects du fonctionnement psychologique des participants (comme par exemple l'intensité émotionnelle, intégrée dans un modèle d'interaction dans l'étude de Hamilton et al., 2007 évoquée précédemment). L'ensemble de ces recherches peuvent aussi nous amener à nous interroger, par exemple, sur le fait que la douleur, le handicap et la

souffrance psychique se positionnent peut-être comme des variables médiatrices ou modératrices du lien entre régulation émotionnelle et qualité de vie. Il est probable qu'il existe des interactions entre toutes ces variables, qui pourraient être évaluées sous la forme de modèles d'équation structurales.

Plus généralement, il se pourrait que l'effet de la gestion émotionnelle sur la détresse psychique et sur l'intensité de la douleur soit le résultat d'enchaînements de processus (alexithymie → difficulté pour identifier les besoins signalés par l'état émotionnel → incapacité à exprimer constructivement ses émotions → accroissement de l'état émotionnel négatif et de la douleur), de cercles vicieux (intensité élevée des états émotionnel négatifs → difficulté pour gérer ses émotions avec un échec des stratégies cognitives → intensification des émotions négatives et de la douleur) ou vertueux (émotions positives → diminution de la douleur → augmentation du bien-être...).

Cependant, la majorité des études montrent des liens entre la gestion émotionnelle et la douleur ou ses conséquences. Ainsi on peut affirmer qu'il est probable que l'alexithymie, l'ambivalence de l'expression émotionnelle et la suppression expressive soient des facteurs favorables à l'accroissement de la douleur et de la détresse psychique et émotionnelle. A l'inverse, l'acceptation expérientielle semble favorable à une diminution de la dépression, de l'anxiété et du stress. En ce qui concerne l'expression émotionnelle, il apparaît que l'expression des émotions positives (et peut-être en amont la capacité à déclencher et à maintenir un état émotionnel positif) et/ou l'expression constructive des émotions négatives sont plutôt favorables à la diminution de la douleur et de la dépression. L'effet de l'expression émotionnelle, en fonction de la valence positive ou négative des événements exprimés, pourrait s'expliquer par la réactivation des émotions et des pensées en rapport avec l'évènement (Rimé, 2009).

Notre revue de la littérature permet d'avoir une représentation globale des recherches relatives à la gestion émotionnelle. Elle présente toutefois des limites. Notamment,

chaque processus de gestion émotionnelle aurait pu faire l'objet d'une revue de la littérature indépendante, plus riche et plus approfondie. Il faudrait également prévoir d'effectuer une méta-analyse, ce qui impliquerait un décloisonnement théorique et une plus grande homogénéité des procédures statistiques utilisées dans les études.

6. Conclusion

En dépit des contradictions apparentes de certains résultats, les recherches scientifiques permettent de savoir que la gestion des émotions influence probablement à la fois le vécu de la douleur et l'état psychique des personnes atteintes de douleur chronique. La gestion des émotions est donc un processus important à prendre en compte dans la prise en charge de ces personnes. Ces prises en charge pourraient évaluer ces processus et leurs interactions, de façon à favoriser le développement de ceux qui atténuent les effets de la douleur chronique et de restreindre ceux qui en aggravent les effets.

Références bibliographiques

Agar-Wilson, M., & Jackson, T. (2012). Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping? *European journal of pain*, 16, 105-114.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30, 217-237.

Andersen, K.G., & Kehlen, H. (2011). Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. *The journal of pain*, 12(7), 725-46.

Baeza-Velasco, C., Carton, S., Almohsen, C., Blotman, F., & Gély-Nargeot, M.C. (2012). Alexithymia and emotional awareness in females with painful rheumatic conditions. *Journal of psychosomatic research*, 73, 398-400.

Baker, R., Thomas, S., Thomas, P.W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale, *Journal of psychosomatic Research*, 62, 167-178.

Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46, 1230-1237.

Broderick, J.E., Junghaenel, D.U., & Schwartz, J.E. (2005). Written Emotional Expression Produces Health Benefits in Fibromyalgia Patients. *Psychosomatic Medicine*, 67, 326-334.

Burns, J.W., Quartana, P., Gilliam, W., Gray, E., Matsuura, J., Nappi, C., Wolfe, B., & Lofland, K. (2008). Effects of anger suppression on pain severity and pain behaviors among chronic pain patients : evaluation of an ironic process model, *Health psychology*, 27(5), 645-652

Burns, W.B., Quartana, P.J., Gilliam, W., Matsuura, J., Nappi, C., & Wolfe, B. (2012). Suppression of anger and subsequent pain intensity and behavior among chronic low

back pain patients: the role of symptom-specific physiological reactivity. *Journal of behavioral medicine*, 35:103-114.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soin infirmier*, 67, 68-83.

Bruehl, S., Burns, J.W., Chung, O.Y., Ward, P. & Johnson, B. (2002). Anger and pain sensitivity in chronic low back pain patients and pain free controls: the role of endogenous opioid. *Pain*, 99, 223-233.

Bruehl, S., Chung, Y.O., Burns, J.W., & Biridepalli, S. (2003). The association between anger expression and chronic pain intensity: evidence for partial mediation by endogenous opioid dysfunction. *Pain*, 106, 317-324.

Bruehl, S., Chung, O.Y., Burns, J.W., & Diedrich, L. (2007). Trait anger expressiveness and pain induced beta-endorphin release: support for the opioid dysfunction hypothesis. *Pain*, 130, 208-215.

Bruehl, S., Liu, X., Burns, J.W., Chont, M., & Robert, N.J. (2012). Association between daily chronic pain intensity, daily anger expression, and trait anger expressiveness: an ecological momentary assessment study. *Pain*, 153, 2352-2358.

Carson, J.W., Keefe, F.J., Lowry, K.P., Porter, L.S., Goli, V., & Fras, A.M. (2007). Conflict about expressing emotion and chronic low back pain : associations with pain and anger. *The journal of pain*, 8(5), 405-411.

Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283.

Castel, A., Casc, R., Padrol, A., Sala, J., & Rull, M. (2012). Multicomponent Cognitive-Behavioral Group Therapy With Hypnosis for the Treatment of Fibromyalgia: Long-Term Outcome. *The journal of pain*, 13(3), 255-265.

Celikel, F.C., & Saatcioglu, O. (2006). Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Annals of general psychiatry*, 5:13, doi:10.1186/1744-859X-5-13

Chou, R., Turner, J.A., Devine, E.B., Hansen, R.N., Sullivan, S.D., Blazina, I., Dana, T., Bougatsos, C., & Deyo, R.A. (2015). The effectiveness and risks of long term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for national institutes of health pathways to prevention workshop. *Annals of internal medicine*, 162(4), 276-286.

Compas, B.E., Jaser, S.S., Dunbar, J.P., Watson, K.H., Bettis, A.H., Grunhn, M.A., & Williams, E.K. (2014). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: points of convergence and divergence. *Australian journal of psychology*, 66(2), 71-81.

Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of applied social psychology*, 43, 1578-1591.

Cox, B.J., Kuch, K., Parker, J.D., Shulman, I.D., & Evans, R.J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of psychosomatic research*, 38, 523-527.

Crombez, G., Van Ryckeghem, D.M.L., Eccleston, C., & Van Damme, S. (2013). Attentional bias to pain-related information: a meta-analysis. *Pain*, 154(4), 497-510.

De Boer, M.J., Steinhagen, H.E., Versteegen, G.J., & Struys, M.M.R.F. (2014). Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PLoS ONE*, 9(1): e87445, doi: 10.1371/journal.pone.0087445.

Duschek, S., Werner, N.S., Limber, N., Winkelmann, A., & Montoya, P. (2014). Attentional bias toward negative information in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain medicine*, 15(4):603-12.

Dysvik, E., Kvaløy, J.T., & Natvig, G.K. (2012). The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6- and 12-month follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1061–1072.

Eisenberg, N., Fabes, R.A., Guthrie, I.K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.

Elbeze Rimasson, D., & Gay, M-C. (2012). Le fonctionnement émotionnel lors de la douleur chronique: état de la question. *Annales Médico-psychologiques*, 170, 163-168.

Evren, B., Evren, C., & Guler, M.H. (2006). Clinical correlates of alexithymia in patients with fibromyalgia. *The Pain Clinic*, 18, 1-9.

Fine, P.G. (2011). Long-term consequences of chronic pain: mounting evidence for pain as a neurological disease and parallels with other chronic disease states. *Pain medicine*, 12, 996-1004.

Fischer, A.H., Manstead, A.S.R., Evers, C., Timmers, M., & Valk, G. (2004). Motives and norms underlying emotion regulation. In Philippot, P., & Feldman, R.S. (Eds), *The regulation of emotion* (pp. 187-210). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Gillis, M.E., Lumley, M.A., Mosley-Williams, A., Leisen, J.C.C., & Roehrs, T. (2006) The Health Effects of At-Home Written Emotional Disclosure in Fibromyalgia: A Randomized Trial. *Annals of Behavioral Medicine* 32: 135-146.

Graham, J.E., Lobel, M., Glass, P., & Lokshina, I. (2008). Effects of written anger expression in chronic pain patients: making meaning from pain. *Journal of behavioral medicine*, 31, 201-212.

Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

Gross, J.J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359-365.

Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implication for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.

Gross, J.J., Sheppes, G., & Urry, H.L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: a distinction we should make (carefully). *Cognition and emotion*, 25(5), 765-781.

Hamilton, N.A., Zautra, A.J., & Reich, J.W. (2005). Affect and Pain in Rheumatoid Arthritis: Do Individual Differences in Affective Regulation and Affective Intensity Predict Emotional Recovery From Pain? *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 216-224.

Hamilton, N.A., Zautra, A.J., & Reich, J.W. (2007). Individual Differences in Emotional Processing and Reactivity to Pain Among Older Women with Rheumatoid Arthritis. *The Clinical Journal of Pain*, 23, 165-172.

Haute Autorité de Santé. (2008). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé*. Saint Denis.

Haute Autorité de santé. (2009). *Douleur chronique: les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisés*. Saint Denis.

Hinistan, S., Nural, N., Kahriman, I., & Cilingir, D. (2012). Evaluation of alexithymic feature of rheumatoid arthritis patients based on certain variables in turkey. *Journal of society for development in new environment in BetH*, 6(6), 2080-2086.

Hosoi, M., Molton, I.R., Jensen, M.P., Ehde, D.M., Amtmann, S., O'Brien, S., Arimura, T. & Kubo, C. (2010). Relationships among alexithymia and pain intensity, pain interference, and vitality in persons with neuromuscular disease: Considering the effect of negative affectivity. *Pain*, 149, 273-277.

Hsu, M.C., Schubiner, H., Lumley, M.A., Stracks, J.S., Clauw, D.J., & Williams, D.A. (2010). Sustained pain reduction through affective self-awareness in fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Journal Of General Internal Medicine*, 25, 1064-1070.

Huber, A., Suman, A.L., Biasi, G., Carli, G., & Creed, F. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: Associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of psychosomatic research*, 66, 425-433.

Junghaenel, D.U., Schwartz, J.E., & Broderick, J.E. (2008). Differential efficacy of written emotional disclosure for subgroups of fibromyalgia patients : Boundary conditions of expressive writing . *British journal of health psychology*, 13, 57-60.

Keefe, F.J., Anderson, T., Lumley, M., Caldwell, D., Stainbrook, D., McKee, D., Waters, S.J., Connelly, M., Affleck, G., Pope, M.S., Weiss, M., Riordan, P.A., & Uhlin, B.D. (2008). A randomized, controlled trial of emotional disclosure in rheumatoid arthritis : Can clinician assistance enhance the effects? *Pain*, 137, 164-172.

Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.

Kosturek, A., Gregory, R.J., Sousou, A.J., & Trief, P. Alexithymia and somatic amplification in Chronic Pain. *Psychosomatics*, 39(5), 399-404.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, New York : Springer.

Lumley, M.A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 519-530.

Lumley, M.A., Kelley, J.E., & Leisen, J.C.C. (1997). Predicting pain and adjustment in rheumatoid arthritis. The role of life stress and emotional processing. *Journal of health psychology*, 2, 255-264.

Lumley, M.A., Smith, J.A., & Longo, D.J. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impariment among patients with chronic myofascial pain: Comparisons with self-efficacy, catastrophizing and depression. *Journal of psychosomatic research*, 53, 823-830.

Lumley, M.A., Radcliffe, A.M., Macklem, D.J., Mosley-Williams, A., Leisen, J.C.C., Huffman, J.L., D'Souza, P.J., Gillis, M.E., Meyer, T.M., Kraft, C.A., & Rapport, L.J. (2005). Alexithymia and Pain in Three Chronic Pain Samples: Comparing Caucasians and African Americans. *Pain Medicine* 6: 251-261.

Lumley, M.A., Leisen, J.C.C., Partridge, R.T., Meyer, T.M., Radcliffe, A.M., Macklem, D.J., Naoum, L.A., Cohen, J.L., Lasichak, L.M., Lubetsky, M.R., Mosley-Williams,

A.D. & Granda, J.L. (2011). Does emotional disclosure about stress improve health in rheumatoid arthritis? Randomized, controlled trials of written and spoken disclosure. *Pain*, 152, 866-877.

Margalit, D., Ben Har, L., Brill, S., & Vatine, J-J. (2014). Complex regional pain syndrome, alexithymia, and psychological distress. *Journal of psychosomatic research*, 77, 273-277.

Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence ? In Salovey, P., & Sluyter, D. (Eds.) *Emotional development and emotional intelligence: educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Book.

McCraken, L.M., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than the pain itself. *European journal of pain*, 14(2), 170-175.

Mehling, W.E., & Krause, N. (2007). Alexithymia and 7.5-year incidence of compensated low back pain in 1,207 urban public transit operators. *Journal of psychosomatic research*, 62(6), 667-674.

Melin, E.O., Thulesius, H.O., & Persson, B.A. (2010). Affect school for chronic benign pain patients showed improved alexithymia assessment with TAS-20. *Biopsychosocial medicine*, 4:5, doi:10.1186/1751-0759-4-5

Merskey, H. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, vol suppl 3, 226.

Moore, R.A., Derry, S., Taylor, R.S., Straube, S., & Phillips, C.J. (2013). The costs and consequences of adequately managed chronic non-cancer pain and chronic neuropathic pain. *Pain practice*, 14(1), 79-94.

Pecukonis, E.V. (2009). Physical self-efficacy and alexithymia in women with intractable back pain. *Pain management nursing*, 10(3), 116-123.

Pedrosa, F., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumüller, E., & Winkelmann, A. (2008). Parental bonding and alexithymia in adult with fibromyalgia. *Psychosomatics*, 49, 115-122.

Saariaho, A.S., Saariaho, T.H., Mattila, A.K., Karukivi, M.R., & Joukamaa, M.I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General hospital psychiatry*, 35, 239-245.

Salovey, P., & Mayer, T. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.

Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23, 441-448.

Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M., Anno, K., Yonemoto, K., Makino, S., Iwaki, R., Yamashiro, K., Yoshida, T., Imada, Y., Kubo, C., Kiyohara, Y., Sudi, N., & Hosoi, M. (2014). Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect

and with lower life satisfaction in a general population: the Hisayama study. *PLoS ONE*, 9(3), doi:10.1371/journal.pone.0090984

Sifnéos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, 255-262

Smith, A.J., Mark, P.D., Lumley, P.D., & Longo, D.J. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain, *Annals of behavioral medicine*, 24(4), 326-335.

Stanton, A.L., Kirk, S.B., Cameron, C.L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach : Scale construction and validation. *Journal of Personality and social psychology*, 78, 1150-1169.

Steinweg, D.L., Dallas, A.P., & Rea, W.S. (2011). Fibromyalgia: unspeakable suffering, a prevalence study of alexithymia. *Psychosomatics*, 52, 255-262.

Sturgeon, J.A. (2014). Psychological therapies for the management for chronic pain. *Psychology research and behavior management*, 7, 115-124.

Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7, 524-533.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.

Taylor, G.J., Ryan, D.P., & Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44, 191-199.

Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 240, 25-52

Turk, D.S., Swanson, K.S.S., & Tunks, E.R. (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients - when pills, scalpels, and needles are not enough. *The canadian journal of psychiatry*, 53(4), 213-223.

Tuzer, V., Bulut, S.D., Bastug, B., Kayalar, G., Goka, E., & Bestepe, E. (2011). Causal attribution and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nordic journal of psychiatry*, 65, 138-144.

Van Middendorp, H., Geenen, R., Sorbi, M.J., Hox, J.J., Vingerhoets, A.J., Van Doornen, L.J., & Bijlsma, J.W. (2005). Styles of emotion regulation and their associations with perceived health in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 44-53.

Van Middendorp, H., Lumley, M.A., Jacobs, J.W., Van Doornen, L.J., Bijlsma, J.W., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, 64, 159-167.

Walden, T.A., & Smith, M. (1997). Emotion regulation. *Motivation and emotion*, 21(1)7-25.

World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Geneva: WHO.

Annexes XV : Article publié aux Annales Médico-Psychologiques

Le fonctionnement émotionnel lors de la douleur chronique : état de la
question

Emotional processing in chronic pain : state of the question

D. Elbeze Rimasson^{1*}, M-C. Gay^{2*}

*Université Paris Ouest La Défense, 200 avenue de la République, 92001 Nanterre cedex, France

Résumé

De nombreuses variables psychologiques sont impliquées dans la douleur chronique. En l'occurrence, les émotions et le fonctionnement émotionnel ont montré un rôle important dans la modulation de l'intensité des aspects sensoriels et affectifs impliqués dans la douleur chronique. La suppression des émotions, l'évitement émotionnel et l'alexithymie sont associés à une intensité accrue des aspects sensoriels et/ou affectifs de la douleur, tandis que la compréhension du ressenti émotionnel et l'expression des émotions ont été mises en lien avec une intensité moindre dans le ressenti de la douleur. Les recherches récentes mobilisent des dispositifs méthodologiques relativement rigoureux, mais de nouvelles investigations restent à envisager.

Mots-clés : douleur chronique – intensité de la douleur – fonctionnement émotionnel

¹ Etudiante en Master de psychologie clinique
e-mail : dahlia_rimasson-elbeze@yahoo.fr

² Professeur de psychologie clinique

Abstract

Pain mobilizes numerous psychological variables, which involve the interaction of cognitions (attention, interpretation of the situation), feelings (fear, anger, anxiety) and behaviors (immobilization, avoidance). These various aspects generally have an adaptive role, necessary for the conservation of the body. However, in chronic pain, these mechanisms can become dysfunctional and cannot answer their initial function, and can even influence the appearance of psychopathologies. In this framework, feelings and emotional processing play an important role in the modulation of the intensity of sensory and emotional aspects of pain. In this particular case, suppression, emotional avoidance and alexithymia are associated with a greater intensity of the sensory or emotional aspects of pain. Although recent studies have employed relatively rigorous methodological devices, sometimes they used many tools which do not yet measure the dysfunction directly. Furthermore, emotional suppression was mainly studied during anger, which constitutes a specific phenomenon that cannot be generalized to all emotions. New studies are to be envisaged which would allow in particular the study of the effect of unregulated (insufficient control of experience or emotional expression) and untreated (arousing intrusive thoughts and the obstinacy of the emotional experience) emotions, defined by Baker et al. (2007), and the use of a tool permitting the differentiation and measurement of all possible dysfunctions. They could also allow for the control of the concomitant presence of various emotional dysfunctions in participants. Ideally, the realization of forward-looking studies could define the nature of the links between emotional dysfunctions and chronic pain.

Keywords : Chronic pain – pain intensity – emotional processing

1. Introduction

Cet article a pour objectif la présentation de différentes recherches récentes relatives aux émotions et au fonctionnement émotionnel dans la douleur chronique. D'après la théorie du traitement émotionnel de Rachman (1980), qui a été reprise et enrichie par différents chercheurs tels que Foa et Kozack (1986), Hunt (1997) ou Baker et al. (2007), une émotion bénéficie d'un traitement qui permet son intégration, puis son déclin. Des dysfonctionnements surviennent lorsque ce processus est entravé [3, 14, 21, 31]. Rachman considère que les individus peuvent généralement faire face à des situations émotionnelles en présentant des réactions physiologiques et expressives modérées. De même, ils sont en mesure de s'exprimer verbalement concernant la situation émotionnelle. Cependant, une détresse psychologique ou des modifications du comportement peuvent persister ou prendre des proportions importantes chez certaines personnes. Dans ce dernier cas, il évoque alors un traitement émotionnel incomplet ou dysfonctionnel. La douleur chronique est particulièrement intriquée/concernée par les désordres émotionnels, qu'elle les génère ou qu'ils la renforcent [7, 20, 22, 35]. Dans le cadre de cet article, notre intérêt se porte en particulier sur les interactions entre les dysfonctionnements émotionnels et l'intensité du ressenti de la douleur.

Il s'agira également de mettre en évidence les limites de ces recherches et les investigations qui pourraient être mises en place dans le futur.

2. Définitions

2.1 La douleur

L'Association Internationale de l'Etude de la douleur (IASP), propose de définir la douleur comme : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à*

une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion. » [12]. Cette définition prend en compte l'aspect subjectif de l'expérience douloureuse et intègre la composante affective inhérente au ressenti même de la douleur, laquelle module la dimension sensorielle.

Ainsi, les émotions constituent une composante indissociable de l'expérience même de la douleur, participant directement à l'évaluation de son intensité. Elles résultent de l'interaction d'aspects physiologiques, comportementaux, cognitifs et expérientiels (aspects subjectifs du vécu émotionnel). Elles entretiennent donc des liens indissociables avec les cognitions impliquées dans la douleur chronique et jouent un rôle majeur dans la modulation de son ressenti [27].

2.2 La douleur chronique

Les variables psychologiques impliquées dans la douleur présentent initialement un rôle adaptatif (comme l'évitement des situations potentiellement source de douleur), permettant de préserver l'intégrité de l'organisme (Leone et al. 2006) [25]. Ces phénomènes adaptatifs mettent en jeu des aspects psychologiques, tels que la mobilisation d'aspects cognitifs (comme l'attention et la mémoire) ou de réactions émotionnelles. Ils peuvent cependant devenir dysfonctionnels, en particulier dans la douleur chronique, laquelle se définit par une durée supérieure à 3 ou 6 mois et répond à des mécanismes neurophysiologiques différents de ceux impliqués dans la douleur aiguë. En effet, en plus ou indépendamment d'un support organique, il y a une tendance à l'organisation particulière de l'information nociceptive dans la douleur chronique, faisant intervenir d'autres mécanismes.

Au niveau sensoriel, la douleur chronique s'associe généralement à une prédominance de l'activation parasympathique et à des dysfonctionnements dans la modulation du signal douloureux, induisant une hyperalgésie (douleur majorée) [25].

Au niveau de la composante psychologique, on relève plusieurs facteurs impliqués dans l'expérience de la douleur chronique, contextuels ou de personnalité, dont certains peuvent provoquer la chronicisation ou la renforcer, sans que la distinction soit toujours évidente, car des causalités circulaires se mettent souvent rapidement en place.

Sur le plan contextuel, les patients douloureux chroniques sont fréquemment confrontés à des difficultés liées au traitement et à la prise en charge : difficulté notamment d'obtenir un diagnostic et un traitement adapté. Ces personnes sont donc souvent amenées à consulter de nombreux médecins, avant d'obtenir un relatif soulagement de leur douleur, et vivent généralement un parcours institutionnel difficile. Incomprises par leur entourage et par les professionnels de santé, elles peuvent faire l'objet d'un rejet et se voir considérées comme des simulatrices. Il existe donc des difficultés relationnelles et sociales, ainsi qu'un manque de reconnaissance de la douleur (Aïni et al. 2010, Gatchel et al. 2007) [1, 16].

Ces facteurs contextuels peuvent majorer la douleur, de par leur impact sur les dimensions émotionnelles et cognitives de la douleur. Ils peuvent provoquer ou s'ajouter aux éventuelles difficultés psychologiques des patients et parfois générer ou renforcer des troubles psychopathologiques (troubles de l'Axe I ou II du DSM IV-R [2]), susceptibles d'interagir avec le fonctionnement émotionnel et l'intensité des douleurs.

Ainsi, des troubles de la personnalité variés (paranoïaque ou limite par exemple) sont retrouvés dans la douleur chronique (Conrad et al. 2007, Weisberg et Vaillancourt, 1999). La présence de ces troubles pourrait influencer défavorablement le suivi médical

et la réussite des traitements. Cependant, il reste difficile de savoir s'ils sont antérieurs, concomitants ou consécutifs à la douleur et s'ils sont impliqués dans la chronicisation de la douleur. Il apparaît nécessaire de préciser les liens entre les troubles graves de la personnalité et l'expression de douleur chronique. Le lien avec le névrosisme (tendance à l'instabilité émotionnelle et à éprouver des affects négatifs) doit également être précisé [10, 39].

La douleur chronique s'accompagne en effet le plus fréquemment d'un syndrome dépressif, d'un trouble anxieux (caractérisé notamment par l'anxiété et/ou la peur, comme par exemple dans le stress post-traumatique) et/ou d'addiction aux opiacés, aux psychotropes ou à l'alcool notamment (Erickson, 2005, Guitteny et al. 2010) [13, 18]. Bien que la plupart des recherches suggèrent que la dépression est secondaire à la douleur chronique, l'apparition du syndrome dépressif peut être antérieure ou concomitante à la douleur chronique (Banks et Kerns, 1996, Lemogne et al. 2004) [5, 24]. Il est vraisemblable que les deux modalités existent, la difficile question étant de les distinguer pour proposer des prises en charge adaptées. Il est également à noter que la régulation émotionnelle, notamment la conscience et l'expression émotionnelle, semblent impliquées dans les troubles anxieux et la dépressifs (Baker et al. 2007, Pasquier et al. 2009) [3, 29]. Il se pourrait que les processus émotionnels constituent une variable médiatrice entre dépression, anxiété et douleur chronique.

Si le lien entre psychopathologie et douleur chronique n'a pu déboucher sur l'élaboration d'un modèle spécifique expliquant leurs interactions, par contre les émotions telles que la peur (avec son dérivé l'anxiété) et la colère ont été intégrées dans les modélisations, de même que des traitements spécifiques appliqués aux émotions, comme leur répression ou leur appauvrissement

Nous avons donc deux ordres de phénomènes : le vécu phénoménologique d'émotions associées à la douleur et le traitement automatique et inconscient des émotions. Un autre axe sera amené, à mi-chemin : le coping.

2.3 Impact de l'attention et peur de la douleur

L'attention est un processus cognitif nécessaire à l'intégration des stimulations externes et internes et peut être considéré comme un mécanisme de sélection des informations impliqué dans l'adaptation et la survie. Mobilisée par toute situation significative pour l'individu, elle est activement impliquée dans la régulation émotionnelle car elle participe au déclenchement et à l'extinction de l'émotion (Philippot, 2007) [30]. Elle est également invoquée dans la chronicisation de la douleur. Pour Crombez et al. (1999), lors de la douleur aiguë, la focalisation sur la douleur est un phénomène normal qui participe à la préservation de l'organisme. Mais lors de la douleur chronique, elle pourrait cependant devenir dysfonctionnelle, sa répétition devenant inadaptée et pouvant provoquer le développement de psychopathologies. En particulier, la mobilisation des ressources attentionnelles semblerait susciter le maintien des ruminations mentales à propos de la douleur, ainsi qu'une augmentation du handicap. Crombez et al. (1999) ont fait le lien entre peur et processus attentionnels. Les résultats de leur recherche montrent, d'une part qu'il existe un lien entre la propension aux affects négatifs et la peur relative à la douleur, et d'autre part que l'intensité de la douleur seule n'a pas d'influence sur la tâche attentionnelle. Seule l'interaction entre l'intensité de la douleur et la peur relative à la douleur a démontré un effet sur l'attention [11]. La propension aux affects négatifs et la peur de la douleur exercent donc une influence (respectivement indirecte et directe) sur la focalisation attentionnelle sur la douleur. En agissant sur la focalisation attentionnelle, la peur de la douleur est impliquée dans l'évaluation de

l'intensité de la douleur ressentie. Cette composante émotionnelle constitue donc une variable médiatrice importante.

2.4 La peur et l'anxiété

La peur doit être différenciée de l'anxiété, deux ressentis impliqués dans la douleur chronique. Pour Norton et Asmundson (2003), la peur et l'anxiété sont deux concepts ayant une signification bien distincte : la peur s'apparente à une émotion, caractérisée par une activation du système nerveux sympathique et par la tendance à agir, tandis que l'anxiété se rapproche davantage de « l'humeur », suscite une réaction physiologique moindre et un comportement plutôt passif. Bien que les concepts soient différents, il existe des interactions entre peur et anxiété, l'une suscitant l'autre et réciproquement [28].

Carleton et al. (2009) perçoivent l'anxiété comme un facteur important, qui contribue tant au développement qu'au maintien des douleurs chroniques. Ils ont donc étudié l'anxiété suscitée par la douleur, en comparant un échantillon de 418 patients atteints de troubles anxieux ou de troubles de l'humeur à 282 patients atteints de douleur chronique et à un groupe contrôle de 102 participants. Leur étude a permis d'observer que le groupe clinique et les patients douloureux chroniques éprouvaient une anxiété relative à la douleur supérieure à celle du groupe contrôle. Par ailleurs, seul l'évitement de la douleur s'est montré plus important chez les participants douloureux chroniques comparativement à ceux atteints de troubles anxieux et de l'humeur [9]. Des recherches telles que celle-ci ont été mises en lien par Norton et Asmundson (2003) avec la peur et l'évitement de la douleur, contribuant ainsi à l'élaboration d'un modèle théorique (le modèle de la peur et de l'évitement) [28]. Vlaeyens et Linton (2000) s'appuient sur de nombreux résultats expérimentaux et cliniques pour valider ce modèle, auprès de

différents syndromes de douleur chronique : une douleur interprétée comme menaçante (catastrophisation) peut aboutir à la peur de la douleur. La peur de la douleur influencerait l'attention, générerait de l'hypervigilance puis un comportement d'évitement excessif. L'évitement et l'hypervigilance entraîneraient alors un accroissement du sentiment d'infirmité, de l'incapacité à maintenir les activités de la vie courante susceptible de déboucher sur un syndrome dépressif [38]. Ce modèle est particulièrement adapté aux troubles musculaires et articulaires engageant le mouvement. Il n'est cependant pas retrouvé dans toutes les pathologies musculo-squelettiques. Par exemple, chez les patients présentant une fibromyalgie (trouble se traduisant par des douleurs musculosquelettiques et une grande fatigue principalement), l'impact de la peur serait moindre ainsi que les scores d'évitement aux échelles. Ceci est probablement lié à l'attribution causale différente sur la source de douleur, celle-ci n'étant pas proprement musculo-squelettale dans la fibromyalgie (en l'occurrence non attestable aux examens radiologiques, contrairement à l'arthrose ou une hernie discale par exemple) (Verbunt et al. 2008) [37]. Par ailleurs, Hasenbring et al. (2006) montrent que certains sujets vont adopter des attitudes de défi, en persistant dans leurs activités habituelles et en s'attachant à maintenir un niveau de performance élevé, sans tenir compte de la douleur. Cela provoquerait une sollicitation excessive des muscles, ce qui à long terme participerait à l'accroissement ou au maintien de la douleur [19].

Bien que le modèle ne soit pas adapté à l'ensemble des patients présentant des douleurs chroniques, la peur de la douleur est une voie explicative pertinente (pour des troubles tels que l'arthrose ou les douleurs lombaires chroniques) et permet de mieux comprendre les comportements d'évitement excessifs parfois observés dans la douleur chronique. Elle constitue également une base théorique adaptée pour l'usage d'interventions thérapeutiques centrées sur des techniques d'exposition.

2.5 La colère

La douleur, de par sa composante affective désagréable, est susceptible de générer de la colère, et ses effets ont été étudiés sous différents angles.

Burns (2006) a étudié les effets de la colère sur la douleur chronique au travers de ses effets neurophysiologiques. Ainsi, il a montré que la colère avait un effet sur l'état de tension musculaire, provoquant un accroissement de l'intensité des douleurs chroniques lombaires [6]. Des émotions négatives telles que la colère sont donc directement impliquées dans l'intensité subjective de la douleur.

Le lien entre colère, anxiété, dépression et douleur chronique est complexe. En effet, il demeure difficile de comprendre la nature et l'organisation temporelle des relations entre ces différentes variables.

Dans une étude de 2008, portant sur un échantillon de 511 patients atteints de douleurs chroniques non cancéreuses résistantes aux traitements, Tan et al. (2004) modélisent les relations existantes entre anxiété, dépression et douleur chronique à partir de l'impact de la douleur sur la vie sociale des sujets (« *pain interference* »). Les limitations induites auraient un impact sur la dépression, l'anxiété et la colère, lesquelles influenceraient à leur tour le handicap généré par la douleur. Il y aurait donc un lien indirect entre l'intensité de la douleur et le handicap, la dépression, l'anxiété et la colère [34]. Les études de Rudy et al. (1988) et Cannella et al. (2007) confirment une corrélation entre la restriction des activités, l'impact de la douleur sur la vie sociale et la dépression [8, 32]. Ce lien pourrait s'expliquer plus précisément par la réduction des renforcements positifs

associée notamment aux activités professionnelles ou aux loisirs (Banks et Kerns, 1996) [5].

Van Middendorp et al. (2010) se sont intéressés à l'expression des émotions négatives, en particulier de la colère. Leur recherche souligne la complexité des relations entre inhibition (ici il s'agit du fait de ne pas exprimer sa colère du point de vue comportemental) ou expression émotionnelle et intensité de la douleur. Ils ont étudié l'impact des interactions entre la tendance générale à exprimer ou à inhiber sa colère (« *anger-in* » ou « *anger-out trait* ») et l'état d'inhibition ou d'expression actuel de la colère (« *anger-in* » ou « *anger-out state* ») chez 403 femmes atteintes de fibromyalgie. Les résultats, obtenus en milieu naturel, montrent que la tendance générale à inhiber sa colère est prédictive d'une douleur quotidienne exacerbée, mais que l'inhibition d'un état de colère seul ne montrait pas d'effet sur la douleur. En fait, c'est l'inhibition chronique de la colère qui génère une intensité plus élevée de la douleur, alors que la tendance générale à exprimer de la colère entraîne une intensité moindre dans l'évaluation de la douleur [36]. Ces résultats semblent contradictoires avec l'étude expérimentale de Burns et al. (2008), qui montre que la répression actuelle de la colère suscite une douleur accrue. Mais il faut tenir compte du fait que Burns évalue la répression de la colère notamment en tant qu'état interne (pensées et cognitions), tandis que Middendorp et al. se sont davantage axés sur les aspects expressifs de la colère. Ainsi, il serait intéressant d'explorer les liens séquentiels qui pourraient exister entre répression de l'expérience émotionnelle et inhibition ou expression comportementale de la colère.

3. Non expression des émotions, répression et douleur chronique

3.1 La répression émotionnelle

Les aspects cognitifs, expérientiels et comportementaux de l'émotion peuvent faire l'objet d'un effort de contrôle, défini par le concept de répression chez Burns et al. ou de suppression chez Baker et al. Ces deux concepts présentent à la fois des similitudes et des différences, ce pourquoi il semble nécessaire de les aborder ensemble.

Burns et al. envisagent la répression émotionnelle comme un effort actif entrepris pour lutter contre l'activité cognitive et comportementale engendrée par la situation émotionnelle, qui fait l'objet d'une démarche consciente et délibérée. Elle n'est pas considérée comme un processus obligatoirement répétitif et dysfonctionnel et ne met pas en avant la dimension excessive du contrôle exercé sur l'expérience et l'expression émotionnelles, contrairement à Baker et al. (2007). La notion de répression selon Burns est adaptée à une démarche expérimentale appliquée à la douleur chronique, mais elle ne reflète pas nécessairement le fonctionnement habituel des participants. Au contraire, l'approche de Baker & al. n'a pas été développée pour être spécifiquement adaptée aux personnes ayant des douleurs chroniques. Cependant, elle intègre les aspects inconscients et automatiques du fonctionnement émotionnel et pourrait rendre compte des liens entre le fonctionnement émotionnel des participants en milieu naturel et le vécu de la douleur chronique [3, 7].

A la suite de leur étude de 2006, Burns et al. (2008) ont exploré le lien entre répression des pensées et des émotions négatives dans la douleur chronique. En effet, les recherches précédentes auraient confirmé implicitement l'idée que les émotions réprimées pourraient se « transformer » en symptômes somatiques, mais sans préciser les mécanismes impliqués. La démarche de Burns et al. s'appuie sur la théorie du

contrôle ironique (« *Ironic Process Theory* ») de Wegner et al. (1994), selon laquelle les éléments réprimés feraient retour avec une intensité accrue. En se fondant sur ce modèle, Burns et al. (2008) suggèrent que la répression émotionnelle peut provoquer un retour accru des émotions négatives et un accroissement de la douleur. Les résultats de leur étude (réalisée sur un échantillon de 58 patients souffrant de lombalgie) montrent d'une part que l'état de répression émotionnelle provoque à terme une intensité plus importante des affects négatifs et en particulier de la colère, d'autre part qu'elle suscite une intensité subjective de la douleur plus importante, associée à une augmentation des comportements douloureux observables [7]. En fait, le phénomène de répression émotionnelle ne peut pas se maintenir sur le long terme car il engage la composante psychologique directement impliquée dans l'évaluation de l'intensité de la douleur. Cela pourrait expliquer le retour accru de l'émotion négative, ainsi que les manifestations somatiques.

3.2 L'alexithymie et l'évitement des émotions

Deux concepts peuvent être rapprochés dans le lien qu'ils entretiennent avec la douleur chronique : l'alexithymie et l'évitement émotionnel. Ces deux notions sont différentes, mais le concept d'évitement émotionnel, tel qu'il est envisagé par Van Middendorp et al. (2008), intègre certaines dimensions constitutives de l'alexithymie. C'est pourquoi elles seront traitées conjointement.

L'alexithymie est définie comme une « *absence de mots pour décrire les émotions* » (Sifnéos, 1973). Taylor, Bagby et Parker en ont proposé en 1997 quatre dimensions

pour définir ce concept: (1) une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels ; (2) une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui ; (3) une vie imaginaire réduite ; (4) un modèle de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs ou « pensée opératoire » [26]. L'alexithymie ne peut pas être considérée comme une dimension pathologique en elle-même mais elle est fréquemment associée aux pathologies somatiques et aux troubles psychopathologiques et sa présence pourrait constituer un facteur aggravant dans l'expression de ces troubles (Gay, Vignaud, Garitte et Meunier, 2010) [17]. Ces taux supérieurs se retrouvent également dans la douleur chronique (Keefe et al. 2001) [22].

Ainsi, Huber et al. (2009), à partir d'un échantillon de 68 femmes fibromyalgiques dont 19% d'alexithymiques, montrent que la difficulté à identifier ses émotions est associée à une faible tolérance à la douleur induite par le froid, à une évaluation affective élevée de la douleur (tension, peur et excitabilité (arousal)) et à des scores élevés d'anxiété-trait (STAI-B), d'hypocondrie et de conviction d'être malade. Pour les auteurs, l'association entre alexithymie et comportements hypocondriaques pourrait s'expliquer par la focalisation excessive sur le corps et par l'interprétation des sensations corporelles en lien avec les émotions comme des signes de maladie somatique [20].

Contrairement à l'évitement comportemental de la douleur, l'évitement émotionnel a été peu étudié dans ses liens avec la douleur chronique. Cela pourrait s'expliquer par des difficultés liées aux outils et à la définition du concept. En effet, il n'existe à priori pas d'échelle évaluant l'évitement émotionnel, si ce n'est l'Echelle de Traitement des Emotions de Baker et al. (EPS-25, 2010) [4].

Van Middendorp et al. (2008) ont effectué une recherche concernant les liens entre fibromyalgie et évitement émotionnel mais ils définissent l'évitement émotionnel

différemment de Baker et al. (2007) : leur approche repose sur l'étude de mécanismes à la fois conscients (à travers la notion de coping, qui diffère de celle de mécanismes de défense inconscients) et plus automatiques. En effet, ils considèrent que l'évitement émotionnel peut se manifester au travers de la suppression de l'expression émotionnelle et de deux facettes de l'alexithymie (la difficulté à identifier et à décrire ses émotions). Pour eux, l'évitement émotionnel se distingue cependant de l'alexithymie car il n'intègre pas la dimension cognitive impliquée dans l'alexithymie et habituellement définie comme de la « *pensée opératoire* » ou style cognitif/de pensée externalisant. Ainsi, ils ont montré que les femmes atteintes de fibromyalgie rencontraient significativement plus de dysfonctionnements tels que l'évitement émotionnel, associés à une prédominance des affects négatifs. Lors de cette recherche, les auteurs montrent que les stratégies d'évitement émotionnel sont associées à des niveaux élevés d'affects négatifs, mais également à une exacerbation des symptômes (douleur, fatigue) et de la détresse psychologique (anxiété, dépression), à partir d'un échantillon de 403 patientes fibromyalgiques. Cette recherche présente un intérêt concernant l'implication des émotions lors de la douleur chronique : elle montre que certains processus émotionnels potentiellement dysfonctionnels peuvent coexister avec une intensité accrue des affects ressentis, en particulier concernant les émotions négatives [3, 35].

3.3 Compréhension et expression des émotions

Par opposition à l'alexithymie, et de façon plus générale à la répression émotionnelle, la capacité à identifier et à exprimer ses émotions aurait un effet bénéfique sur l'intensité de la douleur ressentie. Ainsi, la recherche de Smith et al. (2002) montre que le fait de pouvoir nommer une émotion, la comprendre et l'exprimer favorise l'intégration des événements stressants dans le cadre de la douleur chronique [33].

Les résultats de Smith et al. (2002) auprès de 80 patients atteints de douleur faciale indiquent une relation négative entre les scores aux copings passifs du Vanderbilt Multidimensional Pain Coping Inventory (VMPCI (1997), qui mesure les coping passifs tels que l'autocritique) et l'Emotional Approach Coping de Stanton et al. (EAC, 2000) qui mesure d'une part la capacité des personnes à comprendre et explorer leurs émotions, et d'autre part à les exprimer. Cette échelle a été conçue afin d'évaluer les aspects adaptatifs de la régulation émotionnelle (reconnaissance, compréhension et expression des émotions) et d'amener une cohérence entre la théorie du coping et les approches constructivistes des émotions. Les participants ayant des scores élevés relatifs à la compréhension et à l'expression des émotions éprouvaient une intensité moindre des aspects sensoriels et affectifs de la douleur, moins de dépression et moins de handicap physique [33].

Ces auteurs s'appuient sur la notion de coping, définie comme « *l'ensemble des comportements et cognitions qu'un individu interpose entre lui et un évènement perçu comme menaçant en vue de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique* » (Folkman et Lazarus, 1988) [26], c'est-à-dire des stratégies d'ajustement que met en place un individu pour faire face à une situation stressante. Le coping renvoie à des mécanismes de régulation conscients, par opposition à la notion de mécanismes de défense envisagés comme des processus automatiques.

Contrairement à ce qui est couramment admis concernant le coping, les stratégies centrées sur les émotions constituent un bon ajustement lors de la douleur chronique (Smith et al. 2002), dans la mesure où elles permettent de minimiser les affects négatifs et l'intensité d'une douleur [33].

4. Discussion

Ces recherches ont permis de montrer qu'il existait un impact des dysfonctionnements émotionnels lors de la douleur chronique, notamment concernant l'intensité des douleurs ressenties et le vécu psychologique qui lui est associé. L'intégration des différentes émotions associées à la douleur (peur, anxiété, colère), grâce à un traitement émotionnel réussi, semble donc primordiale si nous voulons maîtriser leur impact sur l'intensité des douleurs chroniques.

Les recherches que nous avons évoquées mobilisent des dispositifs expérimentaux ou des méthodologies rigoureuses, utilisés auprès d'échantillons de taille relativement importante. Cependant, elles s'appuient sur des concepts appartenant à des champs théoriques différents et à des modèles variés, ce qui entraîne à la fois un chevauchement et des divergences conceptuelles. En l'occurrence, les notions associées au fonctionnement émotionnel renvoient parfois à des stratégies plutôt conscientes ou à des processus inconscients. Cette diversification des choix théoriques rend difficile la compréhension d'ensemble des phénomènes liés au fonctionnement émotionnel et n'est pas spécifique aux recherches sur la douleur chronique.

De plus, les études relatives aux interactions entre douleur chronique et dysfonctionnements émotionnels sont peu nombreuses et s'appuient généralement sur des corrélations qui indiquent un lien entre les variables, mais n'en définissent pas la nature. Tout lien causal reste donc hypothétique, à défaut d'études prospectives. Par ailleurs, elles utilisent de nombreux outils, qui ne mesurent pas toujours directement le dysfonctionnement émotionnel recherché. Généralement, l'ensemble des dysfonctionnements émotionnels possibles n'est pas contrôlé dans les échantillons. Or la concomitance de plusieurs dysfonctionnements émotionnels chez un même sujet est possible.

La suppression et l'expression émotionnelles sont souvent étudiées dans le cas de la colère, mais pas pour l'ensemble des émotions, notamment la peur et la tristesse. Il serait donc intéressant d'étudier ce phénomène de suppression pour l'ensemble des émotions pouvant survenir lors de la douleur chronique, de façon à voir si certaines émotions sont plus susceptibles que d'autres d'être soumises à ce traitement et d'en analyser les conséquences. Par ailleurs, tous les dysfonctionnements émotionnels n'ont pas été explorés. Les émotions non-régulées et non-traitées, définies par Baker et al. (2007), n'ont pas fait l'objet de recherches concernant le lien que ces modalités de traitement entretiennent avec la douleur, tant en terme de chronicisation que d'intensité de la douleur). Les émotions non régulées se caractérisent par un manque de contrôle de l'expérience ou de l'expression émotionnelle (intensité accrue), tandis que les émotions non-traitées se définissent par une expérience émotionnelle persistante (elles se maintiennent sur la durée, au-delà de ce qui est habituellement admis) et peuvent se manifester au travers de pensées intrusives. Elles pourraient pourtant exercer des effets sur la douleur, en ayant une influence potentielle sur le maintien ou l'accroissement d'émotions telles que la peur ou la colère.

Enfin, l'ensemble des syndromes douloureux chroniques n'ont pas fait l'objet de recherches concernant les dysfonctionnements émotionnels. De nouvelles investigations relatives aux douleurs post-traumatiques ou post-chirurgicales, par exemple, pourraient être envisagées.

Conflit d'intérêt : aucun

Bibliographie

1. Aïni K, Curelli-Chéreau A, Antoine P. L'expérience subjective de patients avec une fibromyalgie : analyse qualitative. *Ann med psychol* 2010 : 168 : 255-262.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition révisée. Masson : Issy-les-Moulineaux ; 2004.
3. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. *J Psychosom Res* 2007 : 62 : 167-178.
4. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Wittlessea A. The emotional processing scale : scale refinement and abridgement. *J Psychosom Res* 2010 : 68 : 83-88.
5. Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain : a diathesis-stress framework. *Psychol Bull* 1996 : 119 : 95-110.
6. Burns W-J. Arousal of negative emotions and symptom-specific reactivity in chronic low back pain patients. *Emotion* 2006 : 6 : 309-319.
7. Burns JW, Quartana P, Gilliam W, Gray E, Matsuura J, Nappi C, Wolfe B et al. Effects of anger suppression on pain severity and pain behaviors among chronic pain patients : evaluation of an ironic process model. *Health Psychol* 2008 : 27(5) : 645-652.
8. Cannella L, Lobel M, Glass P, Lokshina I, Graham JE. Factors associated with depressed mood in chronic pain patients : the role of interpersonal coping resources. *J pain* 2007: 8 : 256-262.

9. Carleton N, Murray P, Asmundson JG, Antony M, McCabe E. Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. *J Anxiety Disord* 2009 : 23 : 791-798.
10. Conrad R, Schilling G, Baush C, Nadstawek J, Wartenberg HC, Wegener I et al. Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain* 2007 : 133 : 197-209.
11. Crombez G, Eccleston C, Baeyens F, Van houdenhove B, Van Den Broeck A. Attention to chronic pain is dependent upon pain-related fear. *J Psychosom Res* 1999 : 47 : 403-410.
12. Delgado V, Costalat-Founeau AM, Reinert TM, Ginies P. Etudes exploratoires de la construction identitaire du douloureux chronique. *Bulletin de psychologie* 2001 : 54(2) : 452 : 190-202.
13. Erickson B. Depression, anxiety, and substance use disorder in chronic pain. *Tech Reg Anesth Pain Manag* 2005 : 9 : 200-203.
14. Foa EB, Kozack MJ. Emotional processing of fear : exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986 : 99 : 20-35.
15. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion : implication for the theory and research. *Soc Sci Med* 1988 : 26 : 309-317.
16. Gatchel RJ, Bo Peng Y, Fuchs NP, Madelon LP, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain : scientific advances and future directions. *Psychol Bull* 2007 : 133 : 581-624.
17. Gay M-C, Vrignaud P, Garitte C, Meunier C. Predictors of depression in Multiple Sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2010 : 121(3) : 161-170.

18. Guitteny M, Bougouin-Kuhn E, Sauvaget A, Vanelle J.-M. Syndrome fibromyalgique, le point de vue du psychiatre. *Ann med psychol* 2010 : 168 : 228-232.
19. Hasenbring MI, Plaas H, Fischbein B, Willburger R. The relationship between activity and pain in patients 6 months after lumbar disc surgery : Do pain-related coping modes act as moderator variables ? *Eur J Pain* 2006 : 10 : 701–709.
20. Hubert A, Suman AL, Biasi G, Carli G. Alexithymia in fibromyalgia syndrome : association with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *J Psychosom Res* 2009 : 66 : 425-433.
21. Hunt MG. The only way out is through : emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behav Res Ther* 1998 : 36 : 361-384.
22. Keefe F-J, Lumley M, Anderson T, Lynch T, Carlson K-L. Pain and emotion : new research directions. *J Clin Psychol* 2001 : 57 : 587-607.
23. Kenntner-Mabiala R, Weyers P, Pauli P. Independent effects of emotion and attention on sensory and affective pain perception. *Cogn Emot* 2007: 21 : 1615-1629.
24. Lemogne C, Smaghe P.-O, Dijan M.-C, Caroli F. La douleur chronique en psychiatrie : comorbidité et hypothèses. *Ann med psychol* 2004 : 162 : 343-350.
25. Leone M, Proietti Cecchini A, Mea E, Tullo V, Curone M, Bussone G. Neuroimaging and pain : a window on the autonomic nervous system, *Neurol Sci* 2006 : 27 : s134-s135.
26. Luminet O. *Psychologie des émotions. Confrontation et évitement*. Bruxelles : De Boeck ; 2002.
27. Melzack R. Pain : past, present and futur. *Can J Exp Psychol* 1993 : 47 : 615-629.

28. Norton JP, Asmundson JG. Amending the fear-avoidance model of chronic pain : what is the role of physiological arousal ? *Behav Ther* 2003 : 34 : 245.
29. Pasquier A, Bonnet A, Pedinielli J.-L. Fonctionnement cognitivo-émotionnel : le rôle de l'intensité émotionnelle chez les individus anxieux. *Ann med psychol* 2009 : 167 : 649-656.
30. Philippot P. *Emotion et psychothérapie*. Liège : Mardaga ; 2007.
31. Rachman S. Emotionnal processing. *Behav Res Ther* 1980 : 18 : 51-60.
32. Rudy TE, Kerns RD, Turk DC. Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain* 1988 : 35 : 129-140.
33. Smith AJ, Mark PD, Lumley PD, Longo DJ. Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Ann Behav Med* 2002 : 24 : 326-335.
34. Tan G, Thornby J, Jensen M-P, Sloan P-A. Negative emotions, pain, and functioning. *Psychol Serv* 2008 : 5 : 26-35.
35. Van Middendorp H, Lumley AM, Jacobs JWG, Van Doornen LJP, Bijlsma JWJ, Geenen R. Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *J Psychosom Res* 2008 : 64 : 159-167.
36. Van Middendorp H, Lumley MA, Moerbeek M, Jacobs JWG, Bijlsma JWJ, Geenen R. Effects of anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia. *Eur J Pain* 2010 : 14 : 176-182.
37. Verbunt AJ, Pernot D, Smeets RJ. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia, *Health Qual Life Outcomes* [serial on line] 2008 [cited 2010 august 2] ; 6:8: [20 screens]. Available from : URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2265693/>

38. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain : a state of the art. *Pain* 2000 : 85 : 317-318.
39. Weisberg JN, Vaillancourt PD. Personality and personality disorders in chronic pain. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999 : 4 : 176-185.