

## MÉMOIRE ORIGINAL

# Douleur et dépression : les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente

## *Pain and depression: Cognitive and behavioural mediators of a frequent association*

F. Radat\*, M. Koleck

Centre douleur chronique, CHU Pellegrin, 33076 Bordeaux, France

Reçu le 9 octobre 2009 ; accepté le 6 mai 2010

Disponible sur Internet le 8 octobre 2010

### MOTS CLÉS

Douleur ;  
Dépression ;  
Stress ;  
Stratégies de *coping*

### KEYWORDS

Pain;  
Depression;  
Stress;  
Coping

**Résumé** La comorbidité douleur chronique/dépression est importante : en population générale, le risque relatif de souffrir de l'un de ces troubles quand on est atteint de l'autre est de 2,5 en moyenne. Dans les consultations douleur, les taux de comorbidité atteignent un tiers de la moitié des patients. Les causes de cette comorbidité sont complexes, faisant intervenir des facteurs de risques communs ainsi qu'un lien de causalité bidirectionnel. Pour comprendre le lien entre douleur chronique et état dépressif, nous nous référons au modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman. La douleur est conceptualisée comme un stressor chronique. Son évaluation par le sujet en termes de perte, d'injustice ou d'incompréhension (évaluation primaire) et de capacité à la contrôler (évaluation secondaire) détermine la mise en place de stratégies de *coping*. Si celles-ci sont dysfonctionnelles (dramatisation et évitement), le sujet risque de développer des affects dépressifs. Il présente une dramatisation de sa douleur qui entraîne une peur de la douleur, responsable d'un évitement de toute activité pouvant provoquer la douleur. Cette réduction d'activités engendre elle-même douleur et dépression. Certaines interventions thérapeutiques se centrent donc sur la réduction de la dramatisation et de l'évitement. Des prises en charge récentes aident aussi le patient à utiliser des stratégies de *coping* positives (distraction, relaxation, acceptation).

© L'Encéphale, Paris, 2010.

### Summary

*Literature findings.* – The comorbidity between chronic pain and depression is high: in the general population setting, the odds ratio for suffering from one of these disorders when suffering from the other is estimated around 2.5. For chronic pain patients consulting in pain clinics, the comorbidity rate reaches one third to half of the patients. For the International Association for the Study of Pain (IASP), pain consists in an emotional as well as a sensory dimension, both of them have to be assessed systematically. Likewise, affective disorders must be systematically

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [françoise.radat@chu-bordeaux.fr](mailto:françoise.radat@chu-bordeaux.fr) (F. Radat).

depicted in chronic pain patients. The reasons for such comorbidity are complex and result from the conjunction of common risk factors (environmental and genetic vulnerability factors) and of a bidirectional causality.

*The transactional model of stress and coping of Lazarus et Folkman.* – The appraisal stress model (Lazarus and Folkman, 1984) offers an opportunity to understand how chronic pain can cause depression. Pain is conceptualized as a chronic stress. Its appraisal in terms of loss, injustice, incomprehensibility or changes (primary appraisal), and in terms of control (secondary evaluation) determine how the subject will cope with pain. Several personality traits as optimism, hardiness or internal locus of control play a protective role on these evaluations, whereas others (neuroticism, negative affectivity or external locus of control) are risk factors for depression. Low perceived social support is also related to depression. On the contrary, self-efficiency is linked with low levels of depression. Self-management therapies focus on increase of perceived control of pain by the patient in order to improve his/her motivation to change, and to let the patient become active in the management of his/her pain.

*Conclusion.* – According to Lazarus and Folkman (1984), coping strategies are the constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing on or exceeding the resources of the person. Pain patients can use a wide variety of pain coping strategies: problem versus emotion focused strategies or cognitive versus behavioural strategies. Some of them are highly dysfunctional, such as catastrophizing (cognitive strategy) or avoidance (behavioural strategy). Their preferential use can lead to the development of a depressive episode. The "fear-avoidance model" (Vlayen, 2000) explains pain chronicization by a vicious circle that begins with the pain catastrophizing; this leads to fear of pain, which in turn leads to avoidance and finally to pain and depression. This is why some behavioural cognitive interventions focus on the reduction of catastrophizing and avoidance. Some functional pain coping strategies were identified: they are active strategies centred on problem resolution such as distraction, reinterpretation or ignorance of pain sensations, acceptance, and exercise and task persistence. New therapeutic interventions focus on the development of better coping strategies such as distraction, relaxation and acceptance.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions. On parle de douleur chronique lorsqu'une douleur persiste au-delà de trois à six mois et se montre rebelle aux traitements usuels.

D'emblée, cette définition met l'accent sur la composante émotionnelle qui fait partie à part entière de l'expérience douloureuse (Fig. 1). Au-delà de la simple émotion désagréable, la douleur chronique est fréquemment associée à de réels syndromes dépressifs. La fréquence de la comorbidité entre douleur chronique et dépression est validée par de nombreuses enquêtes épidémiologiques.

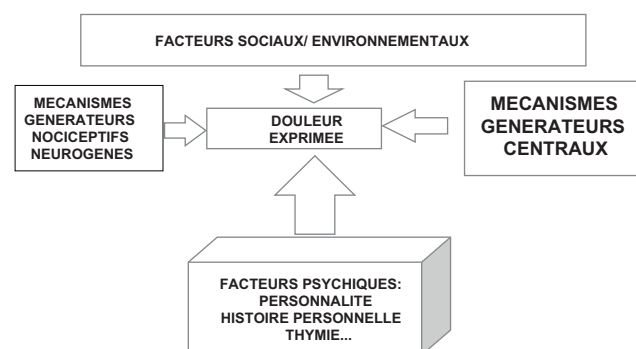


Figure 1 Modèle pluridimensionnel de la douleur chronique.

Cette association est délétère. En effet, la présence de symptômes douloureux au cours d'un syndrome dépressif est un facteur de mauvais pronostic et de qualité de vie altérée pour le patient. De même, la présence de symptômes dépressifs au cours de l'évolution d'une pathologie douloureuse en entache le pronostic. Les causes de la comorbidité entre douleur et dépression sont complexes, en raison probablement à la fois de la présence de facteurs de risques communs et d'une relation de causalité entre les deux troubles.

Cet article est centré sur l'étude des variables cognitives et comportementales modulant le lien entre douleur physique et dépression et apporte un éclairage sur les applications thérapeutiques qui en découlent. Pour tenter de mieux comprendre comment la douleur peut entraîner une souffrance émotionnelle, voire la survenue d'un épisode dépressif, nous nous référerons au modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman [23].

## Comorbidité entre douleur chronique et dépression

### Données épidémiologiques

De nombreuses études épidémiologiques soulignent l'importance de la comorbidité entre douleur chronique et dépression [26,57].

Kroenke et al. [21] remarquent que les douloureux chroniques présentent 2,5 à trois fois plus fréquemment une dépression majeure que les témoins en population générale. Le risque pour un patient algique chronique de présenter un épisode dépressif majeur (EDM) est important mais variable selon les études puisqu'il va de 15 à 54,5% [10]. Le consensus veut qu'un tiers à la moitié des douloureux chroniques consultants en médecine générale soient déprimés [21]. De même, les patients hospitalisés pour un EDM présentent dans 69 à 92% des cas, une plainte physique douloureuse [4,6,41]. Ces études rejoignent celle d'Ohayon et Schatzberg qui retrouvent 2,5 fois plus fréquemment une douleur chronique chez les personnes souffrant de dépression majeure que chez les témoins en population générale [34]. Dans une revue de la littérature concernant la comorbidité entre douleur et dépression, Williams et al. [57] concluent de la même façon que la douleur est un symptôme physique qui affecte environ 65% des patients souffrant de dépression.

La probabilité de dépistage d'un EDM en médecine générale est moindre en cas de plainte somatique [19]. La Harvard Mental Health Letter mentionnait ainsi en 2004 que, si le dépistage de la dépression était systématique chez les patients douloureux consultant en médecine générale, on pourrait découvrir 60% de dépressions actuellement non-détectées. L'expression de la dépression chez les patients douloureux se manifeste, en effet, davantage par la plainte douloureuse que par la tristesse et l'anhédonie. Le malade impute même ces dernières à la douleur. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont le désintérêt, la démotivation, la perte d'énergie, les troubles sexuels, les troubles du sommeil et l'irritabilité [24]. En revanche, les affects à type de culpabilité sont assez rarement rapportés et signent une gravité toute particulière de l'état dépressif.

L'existence de la douleur au cours d'un épisode dépressif n'est pas évaluée par les échelles de dépression. Elle ne fait pas partie des critères diagnostiques du DSM-IV. Et pourtant, l'affect fait partie de la définition de la douleur proposée par l'IASP. Celle-ci souligne bien la subjectivité du phénomène et ses aspects pluridimensionnels (composante sensoridiscriminative et affectivo-motivationnelle de la douleur). De plus, l'ANAES recommandait, dès 1999 dans son rapport d'expertise «Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire», l'utilisation systématique de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) [59], autoquestionnaire évaluant la symptomatologie anxieuse et dépressive, chez tous les patients douloureux chroniques.

### Douleur chronique et dépression : un lien de causalité ?

Le lien de causalité entre douleur chronique et dépression est bilatéral : la douleur chronique déprime le patient et la dépression favorise la douleur chronique [56,57]. Pour attester de ce lien de causalité, deux arguments sont mis en exergue. Le premier est l'existence d'un lien chronologique spécifique entre la survenue d'un des troubles et la survenue du second ; le second est la proportionnalité entre l'intensité de leur symptomatologie respective. Von Korff et Simon [55] ont montré une nette corrélation entre les indices de sévérité de la douleur et l'intensité dépressive :

un score élevé obtenu aux échelles de dépression est corrélié à la fois avec la durée et l'intensité de la douleur. Le nombre de sites douloureux et leur extension augmentent également avec le score aux échelles de dépression. Sur le plan de la chronologie d'apparition d'un trouble par rapport à l'autre, plusieurs études prospectives indiquent que la présence d'un épisode dépressif est prédictive de la chronicisation de la douleur, mais également que la présence d'une douleur chronique est prédictive de la survenue d'un épisode dépressif. Enfin, un épisode dépressif antérieur à la douleur chronique prédispose au développement d'un trouble dépressif lors de la survenue d'une algie chronique [9,26,37].

Plusieurs études ont montré que, pour les pathologies douloureuses chroniques (lombalgies opérées, céphalées), un score élevé aux échelles de dépression est un facteur de mauvais pronostic en termes de douleur, de handicap, d'invalidité, de qualité de vie et de coût de santé [22,48]. À l'inverse, la présence d'une douleur chronique péjore le pronostic de la dépression, en termes de rémissions incomplètes et de récurrences plus fréquentes [8,12]. Parmi les patients qui présentent des symptômes dépressifs résiduels, plus de 90% présentent des plaintes somatiques [35].

Notre objectif, dans cet article, est de comprendre comment on peut conceptualiser le lien causal entre douleur et dépression à l'aide du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman [23]. Ce modèle explique comment la douleur, assimilée à un stress, peut entraîner des troubles émotionnels. À l'inverse, les troubles émotionnels peuvent altérer la transmission et surtout le contrôle de la nociception. En effet, il existe une voie de contrôle inhibitrice descendante dont les fibres, issues de la substance grise périaqueducule, se projettent sur les noyaux bulbaire. Ces fibres sont noradrénergiques et sérotoninergiques. Elles se projettent sur la corne dorsale de la moelle, inhibant l'activité des neurones nociceptifs par la mise en jeu à ce niveau d'interneurones (Fig. 2). Cette voie inhibitrice descendante pourrait rendre compte de l'efficacité de la prescription d'antidépresseurs mixtes noradrénergiques et sérotoninergiques dans le traitement de certaines douleurs.

### Médiateurs psychologiques du lien entre douleur et dépression : le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman

Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et de Folkman [23] (Fig. 3) peut être proposé pour conceptualiser le lien entre douleur et souffrance émotionnelle. Face à la douleur, qui est ici envisagée comme un «stresseur», l'individu ne reste pas passif. Il va réaliser un double processus d'évaluation : évaluation primaire, d'une part (durée de la douleur, de son intensité, de son étendue, de l'incompréhension du phénomène, de son injustice, du caractère perçu comme malveillant), évaluation secondaire, d'autre part (évaluation des ressources disponibles pour contrôler cette douleur). C'est l'adéquation (ou l'inadéquation) entre l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire qui déterminera la mise en place de modalités de faire face à la douleur (stratégies de *coping*) qui seront plus ou moins fonctionnelles et permettront plus ou moins de faire l'économie de la

souffrance émotionnelle, de s'en sortir avec un handicap plus ou moins important, avec une qualité de vie plus ou moins altérée. Ainsi, selon ce modèle, la réaction face à la douleur dépend d'une transaction entre l'individu et l'environnement.

Les caractéristiques personnelles antérieures, à savoir la personnalité et l'histoire de vie du sujet, ont un rôle modulateur sur cette double évaluation. Certains traits de personnalité sont décrits comme protecteurs [18,43,58] : l'optimisme, l'endurance ou la propension de l'individu à être résistant aux exigences externes, la résilience et le sentiment de pouvoir contrôler soi-même, ce qui nous arrive (lieu de contrôle interne). À l'inverse, une prédisposition biologique à la dépression, comme des antécédents personnels et familiaux thymiques, une tendance à ressentir exagérément les événements désagréables (névrosisme) [1,14], une affectivité négative et l'attribution de ce qui nous arrive à des facteurs extérieurs incontrôlables (lieu de contrôle externe) comme la fatalité, la chance, le hasard, l'arbitrage de person-

nages puissants sont des facteurs de risque de dépression [5,13,15].

Le soutien social (ressources sociales) qui désigne la disponibilité de l'entourage familial, amical, professionnel, institutionnel, à se mobiliser autour des difficultés rencontrées par un individu, est également un facteur prédictif d'ajustement à la douleur. C'est davantage le soutien social perçu par le patient que le soutien social réellement reçu qui importe dans l'appréciation de l'aide. Chez les douloureux, un soutien social perçu de faible niveau est prédictif de dépression [46,49]. L'attitude de l'entourage a une influence sur le niveau de dramatisation et la perception de la douleur. Un entourage faisant preuve de trop de sollicitude vis-à-vis du patient ou au contraire ayant des attitudes très négatives face à la douleur entretient la dramatisation et la douleur perçue [3,11,38].

La croyance de l'individu en sa propre capacité à contrôler les événements (auto-efficacité personnelle perçue) est un facteur protecteur vis-à-vis de la dépression chez le douloureux chronique [2,28,48,50]. L'auto-efficacité, qui correspond à la croyance générale qu'à une personne en sa capacité à accomplir les actions nécessaires pour atteindre ses objectifs, permet au patient de s'engager dans une prise en charge pluridisciplinaire de façon active (stade de l'action de Prochaska et al.) [29,36].

Les thérapies de type « self-management » ont pour objectif d'augmenter le contrôle perçu du douloureux pour améliorer sa motivation au changement. Le patient douloureux chronique apprend ainsi que son propre comportement peut modifier le cours de la maladie. Le patient devient alors acteur de sa pathologie et non le témoin passif, en évitant les facteurs déclenchant la douleur, en dosant mieux ses efforts, en ayant une activité régulière et en employant des moyens de soulagement de la douleur non-médicamenteux...

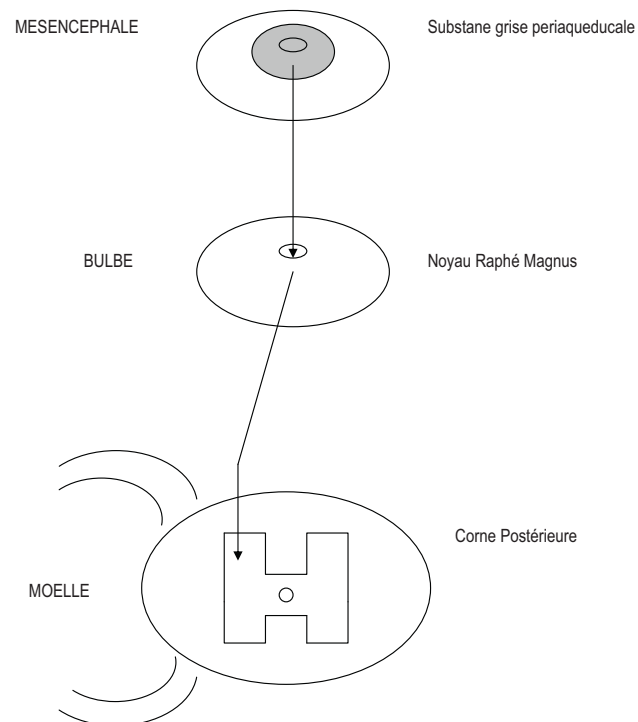


Figure 2 Représentation schématique des contrôles inhibiteurs issus du tronc cérébral.

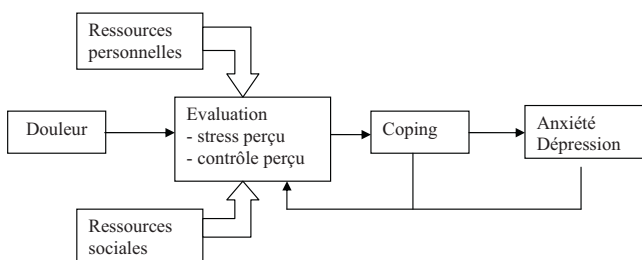


Figure 3 Variables médiatrices de la relation entre douleur et dépression, d'après le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman [23].

## Stratégies de coping face à la douleur

Selon Lazarus et Folkman [23], les stratégies de coping sont définies comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou excèdent les ressources d'un individu ». Il s'agit des stratégies cognitives et comportementales d'ajustement aux stressors qui menacent ou excèdent les ressources d'une personne. Chez les patients douloureux, on distingue différentes stratégies de coping qui ont fait l'objet de nombreuses classifications : on retient généralement les distinctions « coping centré sur le problème » versus « centré sur l'émotion » et « coping cognitif » versus « comportemental ». Ces stratégies se révèlent plus ou moins fonctionnelles.

### Coping centré sur le problème/centré sur l'émotion et coping comportemental/cognitif

Différentes modalités de coping sont généralement utilisées par les sujets face à la douleur chronique. L'acceptation, la fuite, l'évitement, la recherche d'informations, la demande de conseils (recherche de soutien social) et la mise en place d'un plan d'actions, sont autant de modalités d'ajustement (stratégies de coping) qui seront utilisées pour

faire face à la situation stressante que constitue la douleur.

Les stratégies comme la distraction, la surestimation des aspects positifs de la situation, la sous-estimation des aspects négatifs et l'humour permettent de diminuer la tension émotionnelle, mais ne modifient pas le problème (*coping* centré sur l'émotion).

La recherche d'informations concernant la situation, la demande de conseils et la mise en place de plans d'actions modifient la situation et agissent indirectement sur l'émotion (*coping* centré sur le problème).

Sur le plan cognitif, les patients confrontés à la douleur chronique peuvent utiliser des stratégies comme la prière, la distraction, la réinterprétation des sensations, la dramatisation ou l'ignorance de la douleur et l'auto-encouragement. Ces stratégies cognitives sont mesurées par le Coping Strategies Questionnaire (CSQ) [39], qui a fait l'objet d'une traduction et d'une validation françaises [16].

Sur le plan comportemental, les douloureux chroniques peuvent employer l'évitement, le repos, la relaxation, la demande d'aide, l'exercice et la recherche de soutien pour faire face à la douleur. Le Chronic Pain Coping Inventory (CPCI) permet d'évaluer ces stratégies comportementales [17].

### Les stratégies de *coping* « dysfonctionnelles »

Ce sont des stratégies passives centrées sur l'émotion et sur la maladie. Elles correspondent globalement à un abandon par le patient de la gestion de sa douleur ou à l'attribution de cette responsabilité à une source extérieure. On y trouve principalement, sur le plan cognitif, la dramatisation et, sur le plan comportemental, l'évitement.

La dramatisation (catastrophisme) est un facteur de mauvaise adaptation à la douleur [45]. Il s'agit de la tendance à ruminer des pensées négatives à propos de sa douleur en termes de handicap et de devenir de la douleur, à évaluer négativement sa capacité à faire face à la douleur et à se sentir sans ressource face à celle-ci. « C'est terrible, j'ai l'impression que jamais ça n'ira », « je m'inquiète tout le temps de savoir si ça va finir », « j'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur », « j'ai l'impression de ne plus pouvoir continuer », tels sont les propos rapportés par les patients dramatisateurs.

Ces dernières années, beaucoup d'études ont montré que la dramatisation est une variable permettant de prédire l'état des douloureux chroniques, tant sur le plan de l'évaluation de la douleur par les patients que sur le plan du handicap perçu comme plus important. Chez ces patients, la consommation médicale est accrue. La dramatisation a un impact important sur la détresse psychologique et l'apparition d'une dépression [30,57].

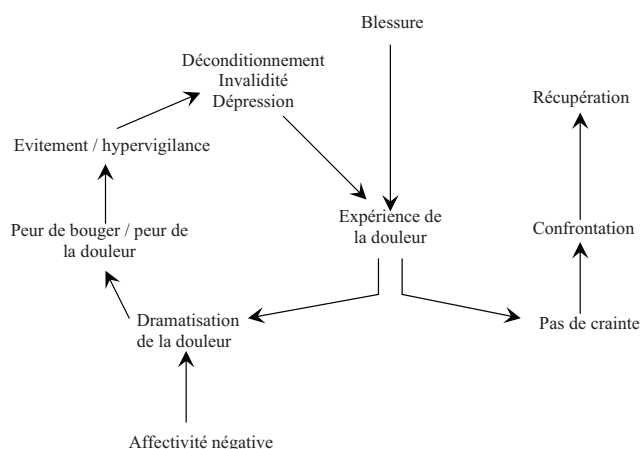
La dramatisation peut être mesurée par la sous-échelle « dramatisation » du CSQ (CSQ-CAT) [39] ou par la Pain Catastrophizing Scale (PCS) [44]. Cette dernière diffère du CSQ-CAT puisqu'elle distingue trois dimensions de la dramatisation : l'impuissance qui est la dimension la plus proche du CSQ-CAT (c'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais), la rumination qui consiste à trop focaliser son attention sur la douleur (je ne peux pas m'empêcher de penser à la douleur) et l'amplification qui amène le patient à exa-

ger l'aspect menaçant de la douleur (j'ai peur que la douleur empire). La rumination et l'amplification correspondraient en fait à une évaluation de la douleur comme étant extrêmement menaçante pour la personne (évaluation primaire) tandis que l'impuissance reflèterait davantage une évaluation par la personne de son incapacité à faire face efficacement au stimulus douloureux (évaluation secondaire) [40,44].

Thorn et al. [47] ont décrit une prise en charge spécifiquement centrée sur la diminution de la dramatisation chez les douloureux chroniques. Pour les patients à haut niveau de dramatisation, cette prise en charge doit être intégrée aux programmes classiques comme un préalable. Tout d'abord, il s'agit de leur expliquer la notion de dramatisation. Dans un premier temps, celle-ci est abordée comme une façon inadaptée qu'a un individu d'évaluer ses ressources face à la douleur. Dans un second temps, la dramatisation est abordée comme une modalité dysfonctionnelle de *coping* ayant pour but de mobiliser la commisération d'autrui. Le travail en groupe est alors utile, pour évaluer les avantages et les inconvénients de cette modalité relationnelle et pour s'entraîner à des stratégies plus assertives. Les prises en charges cognitivo-comportementales centrées sur la réduction de la dramatisation permettent de diminuer la perception douloureuse du patient [33,42,51] et les affects dépressifs [52].

À l'heure actuelle, le statut de la dramatisation dans l'expérience douloureuse reste encore controversé : elle est envisagée parfois comme une stratégie de *coping*, parfois comme une distorsion cognitive que l'on retrouve aussi dans la dépression. Nous pouvons citer d'autres erreurs cognitives fréquemment identifiées chez le douloureux déprimé, comme la surgénéralisation, à savoir la tendance à généraliser la conséquence négative d'un événement à tous les événements et l'abstraction sélective qui ne fait voir au patient que les aspects négatifs des événements. Ainsi, les lombalgiques chroniques déprimés font significativement plus appel à la dramatisation, à la surgénéralisation et à l'abstraction sélective que les sujets déprimés ne présentant pas de douleur et que les lombalgiques non-déprimés [25]. Les douloureux déprimés présenteraient donc des idées négatives qui déformeraient l'impact à la fois de l'expérience douloureuse et des événements quotidiens.

D'un point de vue comportemental, l'individu douloureux va utiliser l'évitement par crainte de l'apparition de la douleur. Ces patients particulièrement anxieux au sujet de leur douleur vont éviter les mouvements potentiellement douloureux, voire s'interdire toute activité physique. La kinésiophobie est la peur irrationnelle des mouvements physiques résultant d'un sentiment de vulnérabilité face à une lésion douloureuse potentielle [20]. Le « fear-avoidance model » [54] (Fig. 4) décrit comment le patient entre dans un cercle vicieux : la dramatisation entraîne la peur de la douleur qui, elle-même, induit des comportements d'échappement et d'évitement concernant parfois toutes les activités, même les plus quotidiennes. Les comportements évitants, survenant en anticipation de la douleur plutôt qu'en réponse à celle-ci, persistent car le patient n'a pas l'opportunité de corriger ses croyances erronées à propos du fait que la douleur est un signal de menace de l'intégrité corporelle. L'inactivité physique a un impact négatif sur l'appareil musculosquelettique, ce qui aggrave



**Figure 4** « Fear »-avoidance model d'après Vlayen et Linton [54].

la douleur. De plus, l'évitement entraîne la disparition des renforcements positifs, ce qui provoque des troubles émotionnels tels l'irritabilité, la frustration, la dépression qui peut, elle aussi, aggraver la douleur.

Comme les autres peurs, la peur de la douleur interfère avec le fonctionnement cognitif et rend les patients hypervigilants aux signaux physiques et moins capables de détourner leur attention des informations en rapport avec la douleur, cela au dépend des tâches de la vie quotidienne. Enfin, comme les autres peurs, la peur de la douleur est associée à un accroissement de la réactivité psychophysologique au stress.

Des protocoles thérapeutiques se développent, centrés sur l'exposition aux comportements, pensées et sensations en rapport avec la douleur que le patient évite habituellement. Vlaeyen et al. [53] ont développé un protocole d'exposition graduée *in vivo*. Après avoir hiérarchisé les mouvements physiques et les activités provoquant la peur de la douleur, le patient recherche quelles sont les pensées automatiques négatives associées à ces situations. Des images de ces situations sont ensuite utilisées pour que le patient les hiérarchise et puisse s'exposer progressivement. Ces techniques d'exposition aux comportements, pensées et sensations en rapport avec la douleur ont montré leur efficacité [27].

### Les stratégies de *coping* « fonctionnelles »

Ce sont des stratégies actives centrées sur la résolution du problème et dans lesquelles le patient prend généralement la responsabilité de la gestion de sa douleur. On peut citer notamment la distraction, la réinterprétation, l'ignorance et la distance vis-à-vis de la douleur (stratégies cognitives) ainsi que la persistance dans les activités, qui consiste à ne pas laisser la douleur interférer dans les activités et l'exercice (stratégies comportementales).

La distraction permet au sujet de détourner le plus possible son attention de la douleur en évitant de penser à elle : « j'essaie de penser à quelque chose d'agréable », « je fais quelque chose qui me plaît ».

La réinterprétation aide le sujet à tenter de percevoir ses douleurs en des termes différents de ceux habituellement utilisés pour décrire le phénomène douloureux : « j'essaie de prendre de la distance par rapport à ma douleur », « j'imagine que la douleur est en dehors de mon corps ».

L'ignorance de la douleur aide la personne à faire comme si la douleur n'existait pas : « je ne pense pas à la douleur », « je continue comme si de rien n'était ». Les sujets utilisant ce *coping* fonctionnel ont des niveaux de dépression et de handicap bas, et un niveau d'activité physique élevé [37].

L'acceptation est définie comme la capacité à vivre la douleur en l'acceptant sans s'engager dans une lutte épuisante et inutile mais en s'impliquant dans les activités habituelles de la vie quotidienne et en ne renonçant pas à poursuivre, malgré la douleur, ses buts existentiels. La reconnaissance de ces buts existentiels (comme la famille, l'amitié, la connaissance intellectuelle, l'amour) et la tentative de les atteindre est une partie importante des thérapies d'acceptation. Plusieurs études ont montré que l'acceptation constitue une variable prédictive de l'adaptation à la douleur, tant en termes de handicap qu'en termes émotionnels (anxiété, dépression) [7,32]. L'acceptation prédit une faible dramatisation et devient un facteur protecteur de la dépression chez le douloureux chronique [30].

Les thérapies cognitivo-comportementales, basées sur le développement de l'acceptation de la douleur et de l'engagement personnel améliorent l'adaptation physique et émotionnelle à la douleur non seulement chez les douloureux « standards », mais également chez les douloureux fortement handicapés par leur algie [31].

Les principes de ces thérapies sont les suivants :

- prise de conscience des comportements douloureux, de la réponse de l'environnement à ces comportements douloureux et des conséquences que cela entraîne ;
- exercices quotidiens d'attention à la douleur, au cours desquels le patient se confronte à ses sensations douloureuses et expositions aux cognitions négatives vis-à-vis de la douleur ;
- « défusion » cognitive (reconnaissance des pensées automatiques et négatives associées à la douleur ; modification de la réponse apportée à ces pensées en favorisant leur acceptation sans tenter de les critiquer), ce qui est très différent de la stratégie adoptée par les TCC classiques ;
- détermination des valeurs importantes de sa vie par le patient qui va agir de manière à suivre ces valeurs.

### Conclusion

La dépression et la douleur entretiennent des liens complexes et non entièrement élucidés.

D'une part, la dépression prédispose à la chronicisation de la douleur, les neuromédiateurs impliqués dans la régulation émotionnelle étant également impliqués dans la régulation de l'expérience douloureuse. D'autre part, la douleur chronique prédispose à la dépression, ce que l'on peut comprendre en ayant recours au modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman. Ce modèle fait intervenir à

la fois l'évaluation du caractère menaçant de la douleur par l'individu et des ressources dont il dispose, pour déterminer la mise en place de stratégies de *coping* plus au moins adaptées pour faire face à la douleur. Les stratégies les moins adaptées, en particulier l'évitement et la dramatisation, conduiront à une mauvaise adaptation émotionnelle face à la douleur et éventuellement à la survenue d'une dépression. Les thérapies cognitives et comportementales de la douleur chronique tentent de se focaliser sur ces stratégies de *coping* dysfonctionnelles en vue d'améliorer le vécu émotionnel qu'a le patient de sa douleur.

## Conflit d'intérêt

Françoise Radat a été appointé en tant que consultant, membre d'un conseil scientifique, ou orateur par: Lilly France, Menarini, Pfizer, Allergan, Merck. Ses travaux de recherche ont bénéficié du soutien financier de UPSA, GlaxoSmithKline, Schwarz Pharma. Michèle Koleck: pas de conflits d'intérêt déclaré.

## Références

- [1] Affleck G, Tennen H, Urrows S, et al. Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: insights from a prospective daily study. *J Consult Clin Psychol* 1992;60(1):119–26.
- [2] Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Changes in self-efficacy and health status over 5 years: a longitudinal observational study of 306 patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003;49:342–8.
- [3] Buenaver LF, Edwards RR, Haythornthwaite JA. Pain related catastrophizing and perceived social responses: inter-relationships in the context of chronic pain. *Pain* 2007;127:234–42.
- [4] Corruble E, Guelfi JD. Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology* 2000;33(6):307–9.
- [5] Crismon JE, Keefe FJ. The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain* 1988;35(2):147–54.
- [6] Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, et al. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss and help seeking. *J Affect Dis* 2006;92:185–93.
- [7] Esteve R, Ramirez-Maestre C, Lopez-Martinez AE. Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Ann Behav Med* 2007;33(2):179–88.
- [8] Fava M. The role of HT and Na neurotransmitter systems in the treatment of psychological and physical symptoms of depression. *J Clin Psychiatry* 2003;64(S13):26–9.
- [9] Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, et al. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997;13:116–37.
- [10] Fishbain DA, Goldberg M, Meagher R, et al. Male and female chronic pain patients categorized by DSM III diagnostic criteria. *Pain* 1986;26:181–97.
- [11] Giardino ND, Jensen MP, Turner JA, et al. Social environment moderates the association between catastrophizing and pain in among persons with a spinal cord injury. *Pain* 2003;106:19–25.
- [12] Greco T, Eckert G, Kroenke K. The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *J Gen Int Med* 2004;19(8):813–8.
- [13] Härkäpää K. Relationships of psychological distress and health locus of control beliefs with the use of cognitive and behavioral coping strategies in low back pain patients. *Clin J Pain* 1991;7(4):275–82.
- [14] Harkins SW, Price DD, Braith J. Effects of extraversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain, and illness behavior. *Pain* 1989;36(2):209–18.
- [15] Heath RL, Saliba M, Mahmassani O, et al. Locus of control moderates the relationship between headache pain and depression. *J Headache Pain* 2008;9(5):301–8.
- [16] Irachabal S, Koleck M, Rasclé N, et al. Stratégies de *coping* des patients douloureux: adaptation française du Coping Strategies Questionnaire (CSQ-F). *Encéphale* 2008;34(1):47–53.
- [17] Jensen MP, Turner JA, Romano JM, et al. The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain* 1995;60:203–16.
- [18] Karoly P, Ruehlman LS. Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain* 2006;123(1–2):90–7.
- [19] Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkin M, et al. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):734–41.
- [20] Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manag* 1990;3:35–43.
- [21] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994;3:774–9.
- [22] Lanteri-Minet M, Radat F, Chautard MH, et al. Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. *Pain* 2005;118(3):319–26.
- [23] Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer PC; 1984.
- [24] Lecrubier Y. Physical components of depression and psychomotor retardation. *J Clin Psychiatry* 2006;67(S6):23–6.
- [25] Lefebvre MF. Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *J Consult Clin Psychol* 1981;49(4):517–25.
- [26] Lepine JP, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol* 2004;19(S1):S3–7.
- [27] Lohnberg JA. A review of outcome studies on cognitive-behavioral therapy for reducing fear-avoidance beliefs among individuals with chronic pain. *J Clin Psychol Med Settings* 2007;14:113–22.
- [28] Lorig K, Chastain RL, Ung E, et al. Development and evaluation of a scale to measure perceived self efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum* 1989;32:37–45.
- [29] Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, et al. Self efficacy and the stage of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport* 1992;63(1):60–6.
- [30] Materazzo F, Cathcart S, Pritchard D. Anger, depression, and coping interactions in headache activity and adjustment: a controlled study. *J Psychosom Res* 2000;49(1):69–75.
- [31] McCracken LM, MacKichan F, Eccleston C. Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically significant change. *Eur J Pain* 2007;11(3):314–22.
- [32] McCracken LM, Vowles KE, Gauntlett-Gilbert J. A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *J Behav Med* 2007;30(4):339–49.
- [33] Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80:1–13.
- [34] Ohayon MM, Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:39–47.

- [35] Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 1995;25(6):1171–80.
- [36] Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviours. *Am Psychol* 1992;47:1102–14.
- [37] Riley JL, Robinson ME, Geisser ME. Empirical subgroups of the Coping Strategies Questionnaire Revised: a multisample study. *Clin J Pain* 1999;15:111–6.
- [38] Romano JM, Jensen MP, Turner JA, et al. Chronic pain patient-partner interactions: further support for a behavioral model of chronic pain. *Behav Ther* 2000;31:415–40.
- [39] Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983;17(1):33–44.
- [40] Severeijns R, Vlayen JWS, van den Hout MA. Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain* 2004;111:226–9.
- [41] Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341(18):1329–35.
- [42] Smeets RJE, Vlaeyen JWS, Kester AD, et al. Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in low back pain. *J Pain* 2006;7(4):261–71.
- [43] Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, et al. The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *J Pain* 2009;10(5):493–500.
- [44] Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995;7(4):524–32.
- [45] Sullivan M, Thorn B, Haythornthwaite J, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001;17:52–64.
- [46] Ter Kuile MM, Spinhoven P, Spinhoven P, et al. Responders and non-responders to autogenic training and cognitive self-hypnosis: prediction of short-and long-term success in tension-type headache patients. *Headache* 1995;35(10):630–6.
- [47] Thorn B, Boothby J, Sullivan M. Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognit Behav Pract* 2002;9:127–38.
- [48] Trief PM, Carnrike CLM, Drudge O. Chronic pain and depression: is social support relevant? *Psychol Reports* 1995;76(1):227–36.
- [49] Trief PM, Grant W, Fredrickson B. A prospective study of psychological predictors of lumbar surgery outcome. *Spine* 2000;25(20):2616–21.
- [50] Turner JA, Ersek M, Kemp C. Self efficacy for managing pain is associated with disability, depression and pain coping among retirement community resident with chronic pain. *J Pain* 2005;6(7):471–9.
- [51] Turner JA, Holtzman S, Mancl L. Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2007;127:276–86.
- [52] Turner JA, Mancl L, Aaron LA. Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. *Pain* 2006;121:181–94.
- [53] Vlaeyen JW, De Jong JR, Onghena P, et al. Can pain-related fear be reduced? The application of cognitive-behavioural exposure in vivo. *Pain Res Manag* 2002;7(3):144–53.
- [54] Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317–32.
- [55] Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. *Br J Psychiatry* 1996;30:101–8.
- [56] Wessely S. Taking the pain out of depression: dual action antidepressant in the relief of pain in depression, fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2004;19:S1–2.
- [57] Williams LJ, Jacka FN, Pasco JA, et al. Depression and pain: an overview. *Acta Neuropsychiatrica* 2006;18:79–87.
- [58] Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(2):212–20.
- [59] Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.