



Le vécu traumatique des douleurs chroniques

Raphaël Abraham Ayache

► To cite this version:

Raphaël Abraham Ayache. Le vécu traumatique des douleurs chroniques. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2023. Français. NNT : 2023TOU20043 . tel-04311814

HAL Id: tel-04311814

<https://theses.hal.science/tel-04311814v1>

Submitted on 28 Nov 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

En vue de l'obtention du **DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE**

Délivré par l'Université Toulouse 2 - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par
Raphaël Abraham AYACHE

Le 28 septembre 2023

Le vécu traumatique des douleurs chroniques

Ecole doctorale : **CLESCO - Comportement, Langage, Education, Socialisation, Cognition**

Spécialité : **Psychopathologie**

Unité de recherche :

**CERPPS -Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et
Psychologie de la Santé**

Thèse dirigée par
Henri CHABROL et Nelly GOUTAUDIER

Jury

M. Gregory MICHEL, Rapporteur

M. Damien FOUQUES, Rapporteur

Mme Nicole RASCLE, Examinatrice

M. Henri CHABROL, Directeur de thèse

Mme Nelly GOUTAUDIER, Co-directrice de thèse

Remerciements

Je me dois de remercier mon directeur, Monsieur Henri Chabrol, et ma co-directrice, Madame Nelly Goutaudier pour m'avoir permis de réaliser cette thèse et de la mener jusqu'à son terme. Vous m'avez fait suffisamment confiance pour accepter que je poursuive ma réflexion sur le traumatisme des douleurs chroniques, à un moment où ce sujet ne recevait pas beaucoup de faveurs et alors même que je n'avais pas encore vraiment trouvé d'appui théorique sur cette question spécifique.

Je remercie les membres de mon jury de soutenance pour avoir accepté de se rendre disponibles. Je les remercie également d'avance pour le soin et l'attention qu'ils porteront à la lecture de ce manuscrit.

Je remercie Saïd Jmel du Pôle technologique de la Direction en Appui à la Recherche pour son aide dans la réalisation des statistiques de la quatrième étude. Je pense aussi aux étudiantes de master 1 (Alicia, Nancy, Alison, Cécile, Laura, Audrey, Marine et Joanne) qui m'ont aidé pour le recrutement des participants.

Je remercie infiniment Daniel Rosé et Catherine Alacuos-Skoryk pour le rôle qu'ils ont joué dans le maintien de ma capacité à penser mes pensées. Ils ont été des sources d'inspiration et m'ont permis de garder une pensée vivante pendant ces années difficiles d'élaboration de cette thèse.

Je n'aurai pas pu finir ce travail dans les temps sans les encouragements et les longues relectures de Pauline et Adrien, notamment pendant ces mois de mai et juin qui ont été pour moi un vrai marathon. Alors que je perdais ma motivation et ne voyais plus trop le sens ce travail, Lola et Fanny m'ont aussi souvent redonné de l'envie et m'ont aidé à faire les renoncements qui s'imposaient. Merci aussi à Allan qui est venu à la rescousse quand j'en avais besoin.

Les échanges avec Véronique Comparin-Ainard, Céline Bensoussan, Rachel Ricaud, Cathy Morris et Fabienne Jules-Percebois ont aussi été, ces dernières années, des moments vivifiants qui m'ont aidé à garder le sens de ma clinique auprès des patients. Je suis également reconnaissant envers Raphaël Minjard et Sylvie Bourdet-Loubère qui, chacun à leur façon, m'ont donné du grain à moudre pour penser les aspects cliniques de mon sujet et m'ont ouvert à des lectures enrichissantes.

Bien que je tâche d'être d'abord là pour elles, je suis touché par la confiance que les personnes douloureuses et traumatisées m'ont accordée. C'est d'abord par elles / eux que j'apprends la clinique, avant d'essayer de la mettre en forme. C'est, au fond, pour elles / eux qu'il m'importait de valoriser l'idée que les douleurs puissent être vécues comme un traumatisme. C'est aussi pour elles / eux que j'assume une critique de la pensée médicale actuelle et que je soutiens une position décalée pour mieux comprendre leurs souffrances.

Je remercie bien sûr les personnes qui ont donné de leur temps et de leur énergie, malgré leurs douleurs, pour répondre aux questionnaires. J'ai été touché par les retours qui m'encourageaient à suivre cette piste du traumatisme des douleurs, quand les personnes étaient émues de lire des items qui mettaient des mots sur ce qu'elles ressentaient.

Mal nommer un objet, c'est ajouter au malheur de ce monde.

— Albert Camus, Sur une philosophie de l'expression

La douleur a fait éclater quelque chose qui était déjà en moi.

— Parole d'une femme souffrant de douleurs chroniques

Table des matières

Liste des Figures.....	9
Liste des Tableaux.....	11
Résumé.....	13
Abstract	15
PARTIE INTRODUCTIVE	17
Chapitre 1 : De la Douleur-Sensation à la Douleur-Maladie	19
De la douleur à son expression dans le langage	19
L'enjeu de la chronicité.....	23
Chapitre 2 : La Personne dans la Douleur Chronique	31
La déconstruction du monde	31
Le temps de la chronicité : conscience de soi et non-sens	35
Souffrir de la perte de soi	39
L'épreuve d'une possible transformation	44
Chapitre 3 : Approche Phénoménologique de l'Expérience Traumatique.....	49
Ebranlement des croyances fondamentales.....	49
La croissance post-traumatique	52
La dépréciation post-traumatique	56
Chapitre 4 : Approche Psychopathologique des Douleurs Chroniques	61
Douleur chronique et détresse émotionnelle	61
Comorbidité douloureuse et TSPT	63
Dynamique des relations entre douleurs chroniques et TSPT.....	67
Applications thérapeutiques	72
Objectifs principaux	78
PARTIE EMPIRIQUE	81
Etude 1.....	83
Résumé.....	85
Importance Clinique.....	86
Introduction.....	87
Méthode	91
Résultats.....	98
Discussion	102
Références.....	111
Etude 2.....	121
Abstract.....	123
Clinical Impact Statement.....	123

Résumé.....	124
Importance Clinique.....	125
Introduction.....	126
Method	130
Results.....	136
Discussion	143
References.....	149
Etude 3.....	159
Introduction.....	161
Méthode	168
Résultats.....	175
Discussion	191
Références.....	203
Etude 4.....	215
Introduction.....	217
Méthode	227
Résultats.....	236
Discussion	241
Références.....	251
DISCUSSION GENERALE	263
Contributions des quatre études empiriques.....	265
Regards croisés sur le traumatisme des douleurs chroniques.....	269
Le fondement subjectif du processus traumatique	273
Reconnaissance du danger subjectif.....	277
Regards d'ailleurs.....	279
La maladie du médecin face à la maladie du malade	284
Ruptures dans la relation thérapeutique	285
Nommer le traumatisme	290
Diagnostiquer sans pathologiser.....	293
Conclusion.....	300
BIBLIOGRAPHIE GENERALE	303
ANNEXES	343
Liste des questionnaires utilisés	345

Liste des Figures

Etude 1

Figure 1. Profils selon la perturbation de la douleur et la croissance post-traumatique.....101

Etude 2

Figure 1. Four-cluster solution based on posttraumatic growth and posttraumatic depreciation levels converted to z-scores..... 140

Etude 3

Figure 1. Scree plot des valeurs propres de l'analyse factorielle exploratoire pour le sous-groupe sans douleur..... 178

Figure 2. Scree plot des valeurs propres de l'analyse factorielle exploratoire pour le sous-groupe avec douleur aiguë..... 179

Figure 3. Scree plot des valeurs propres de l'analyse factorielle exploratoire pour le sous-groupe avec douleur chronique 180

Figure 4. Scree plot des valeurs propres de l'analyse factorielle exploratoire pour l'ensemble de l'échantillon..... 181

Etude 4

Figure 1. Diagramme du modèle de médiation multiple séquentiel illustrant les effets directs et indirects des dimensions de l'attachement sur la sensibilité au traumatisme de la douleur (STD) en passant par le rejet et la dissimulation de soi..... 235

Liste des Tableaux

Etude 1

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques et de santé de l'échantillon étudié.....	93
Tableau 2. Moyennes, écarts-types, ANOVA à 1 facteur des variables étudiées par groupe .	100

Etude 2

Table 1. Socio-Demographic and Health Characteristics of Study Sample	132
Table 2. Means, Standard Deviations, One-Way ANOVAs, and Effect Sizes (η^2) of Study Measures by Cluster	141

Etude 3

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques et liées à la santé dans un échantillon de 10557 personnes.....	169
Tableau 2. Analyse factorielle exploratoire sur les items de la SPST-12	177
Tableau 3. Analyse factorielle confirmatoire de la solution à 1 facteur pour les items de la SPST-12.....	182
Tableau 4. Alphas de Cronbach et corrélations item-reste de l'échelle de la SPST-12.....	184
Tableau 5. Moyennes et écarts-types des variables étudiées.....	187
Tableau 6. Corrélations des variables étudiées à la STD sans distinction des participants selon l'exposition à un événement potentiellement traumatique.....	188
Tableau 7. Corrélations des variables étudiées à la STD parmi les personnes exposées à un événement potentiellement traumatique.....	189
Tableau 8. Items originaux et traduction française de la Sentivity to Pain Traumatization Scale-12.....	202

Etude 4

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques et liées à la santé dans un échantillon de 1688 personnes ayant des douleurs chroniques.....	229
Tableau 2. Moyennes, écarts-types et corrélations avec intervalles de confiance à 95% des variables étudiées dans un échantillon de 1688 personnes ayant des douleurs chroniques ...	237
Tableau 3. Médiation séquentielle de la relation entre les dimensions de l'attachement et la sensibilité au traumatisme de la douleur par le rejet et la dissimulation de soi	239

Résumé

L'expérience des douleurs chroniques peut être bouleversante, jusqu'à ébranler le sens que les personnes donnent à leur vie et attaquer la continuité du sentiment d'exister. La répétition des douleurs divise la perception du corps et fait perdre le sentiment d'unité corporelle. Les douleurs agissent comme des intrusions qui entravent la pensée, s'opposent à la mise en acte de la volonté et usent les ressources émotionnelles et physiques. L'identité est alors menacée par la perte de rôles sociaux et par le renoncement à l'accomplissement des buts de vie valorisés. Les relations aux autres peuvent être menacées par le rejet social et la stigmatisation. A cela s'ajoute la peur envahissante de ne pas être cru(e) et compris(e) dans l'épreuve de ce mal invisible. La perception d'un manque de soutien de l'entourage et du corps soignant peut précipiter un sentiment de déchéance. Toutes ces caractéristiques rapprochent le vécu des douleurs chroniques d'une expérience traumatique en elle-même, en faisant peser la menace d'un effondrement psychologique. Pourtant, cette perspective n'est pas considérée dans la recherche sur la douleur chronique, au motif que cette situation ne répond pas aux critères étroits du trouble de stress post-traumatique. L'objectif de ce travail de thèse est donc de tester la pertinence de ce cadre de compréhension.

La première étude est une analyse par profils de participants ayant des douleurs chroniques diverses, sur la base de leurs niveaux de croissance post-traumatique (CPT) (i. e., processus de reconstruction positive), d'acceptation, de flexibilité psychologique et d'interférence des douleurs. Nos résultats montrent que l'acceptation des douleurs, associée aux niveaux de perturbations les plus faibles, n'est pas synonyme de CPT, qui suppose un ébranlement traumatique antérieur et se manifeste en présence d'une perturbation intermédiaire. Le groupe le plus envahi par les douleurs ne rapportait pas de CPT, ce qui est compatible avec le fait qu'une perturbation excessive fait obstacle à l'acceptation ou à l'émergence de CPT.

Notre deuxième étude est une analyse par profils des personnes douloureuses selon leurs niveaux de croissance et de dépréciation post-traumatiques, en comparant les niveaux rapportés de sentiments relatifs aux ruptures intra et interpersonnelles (sentiment d'injustice, de honte, de culpabilité, de défaite mentale, d'aliénation, etc...) et de symptômes psychopathologiques. Les résultats montrent une vue cohérente des manifestations émotionnelles selon que la reconstruction de sens se fait sur un versant plutôt positif, plutôt négatif ou ambivalent.

Notre troisième étude est une validation en langue française d'un auto-questionnaire évaluant la sensibilité au traumatisme de la douleur (STD), conçue comme la propension à développer des réactions à la douleur *analogues* à celle d'un stress post-traumatique. Les propriétés psychométriques de cet outil (testé dans des échantillons de personnes sans douleur, avec des douleurs aiguës et avec des douleurs chroniques) s'avèrent suffisamment satisfaisantes pour un usage en pratique courante.

Notre dernière et quatrième étude se penche sur les déterminants relationnels de cette STD chez des personnes douloureuses. Nos résultats montrent que l'effet d'un style d'attachement anxieux sur la STD est médié par la crainte du rejet social et par la dissimulation de soi, comme stratégie d'évitement. Le style d'attachement évitant a aussi un effet sur la STD, médié seulement par la dissimulation de soi.

Dans l'ensemble, les résultats de nos quatre études transversales confirment la pertinence d'une compréhension du vécu des personnes souffrantes, sous l'angle d'un traumatisme induit par les douleurs chroniques elles-mêmes. Ce cadre permet de repenser l'axe de prise en charge des personnes qui éprouvent le bouleversement intime induit par la chronicité des douleurs, indépendamment de leur(s) cause(s).

Mots-clés : Douleurs chroniques, traumatisme, croissance post-traumatique, dépréciation post-traumatique, sensibilité au traumatisme de la douleur

Abstract

The experience of chronic pain can be overwhelming, even shaking the meaning of everyday life, and assaulting the continuity of the sense of existence. The recurrent pain splits the body perception and jeopardizes the body-self unity. Pain can be experienced as intrusions hindering thoughts, inhibiting the enactment of will, and depleting emotional and physical resources. Thus, identity is threatened by the loss of social roles and by giving up the achievement of valued life goals. Relationships with others can be threatened by social rejection and stigma. Additionally, there is a pervasive fear of being discounted and misunderstood while experiencing the ordeal of this invisible disease. The perception of a lack of support from close relatives and caregivers can trigger the feeling of mental defeat. All these characteristics make the experience of chronic pain in itself similar to a traumatic experience, posing the threat of psychological breakdown. Yet, this perspective is not considered in research on chronic pain, alleging that this situation does not meet the narrow criteria of post-traumatic stress disorder. The aim of this thesis is therefore to test the relevance of this traumatic framework.

The first study is a profile analysis of participants with various chronic pain, based on their levels of posttraumatic growth (PTG) (i.e., positive rebuilding process), acceptance, psychological flexibility, and pain interference. Our results show that pain acceptance, associated with the lowest levels of disturbance, is not equal to PTG, which implies a previous traumatic shattering and is associated with intermediate disturbance. The most distressed group did not report PTG, which is consistent with an excessive disturbance impeding acceptance or PTG to emerge.

Our second study is a profile analysis of people in pain according to their levels of posttraumatic growth and depreciation, with comparisons of the reported levels of feelings of intra- and interpersonal disruptions (feelings of injustice, shame, guilt, mental defeat,

alienation, etc...), and psychopathological symptoms. The results show a coherent view of the emotional manifestations depending on whether the reconstruction of meaning is done on a rather positive, rather negative, or ambivalent side.

Our third study is a validation of the French version of a self-administered questionnaire assessing sensitivity to pain traumatization (SPT), conceived as the propensity to develop posttraumatic stress-like reactions to pain. The psychometric properties of this tool (tested in samples of people without pain, with acute pain, and with chronic pain) prove to be sufficiently satisfactory for use in current practice.

Our last and fourth study focuses on the relational predictors of SPT in people with pain. Our results show that the effect of an anxious attachment style on SPT is mediated by the fear of social rejection and by self-concealment, as an avoidance strategy. The avoidant attachment style also influences SPT, mediated only through self-concealment.

Overall, the results of our four cross-sectional studies confirm the relevance of understanding the experience of sufferers, through the lens of trauma induced by chronic pain itself. This framework makes it possible to rethink the treatment axis for people who experience a deep upheaval induced by the chronicity of pain, regardless of its cause.

Keywords: Chronic pain, trauma, posttraumatic growth, posttraumatic depreciation, sensitivity to pain traumatization

PARTIE INTRODUCTIVE

Chapitre 1 : De la Douleur-Sensation à la Douleur-Maladie

De la douleur à son expression dans le langage

Définir la douleur représente un défi. Malgré la recherche de moyens objectifs pour observer ou mesurer la douleur, Stilwell et al. (2020) font remarquer que les neuroscientifiques se méprendraient à tenter de réduire le subjectif à l'objectif. La difficulté à comprendre et à expliquer l'expérience de la douleur serait liée à la limitation du langage lui-même (Cohen et al., 2018). En effet, même la personne éprouvant directement la douleur manque de mots pour décrire cette expérience de façon satisfaisante. L'une des premières tentatives de description formelle de la douleur a conduit au développement du questionnaire de McGill (Melzack, 1975). Il rassemble des termes selon trois catégories : sensorielle (par ex., qualités temporelle, spatiale, de température, de pression), affective (par ex., évoquant la peur, l'épuisement, la punition, le malheur, la cruauté) et évaluative (en termes d'intensité et de tolérance). L'usage de tels termes reste métaphorique et rend compte d'une abstraction de l'expérience douloureuse. Le recours à des métaphores ou à des analogies est un moyen précieux, mais néanmoins imparfait, de dépasser un gouffre quasi infranchissable dans la communication (Schott, 2004). Par le langage, patients et cliniciens tentent malgré tout de rendre communicable le sens vécu de l'expérience douloureuse.

Dans la définition de 1979 établie par le comité pour la taxonomie de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) (Merskey et al., 1979), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle associée à une lésion tissulaire ou décrite en ces termes. Cohen et Quinter (2019) considèrent que les concepts opérationnels significatifs de cette définition sont d'une part, que la douleur est une *expérience* (ce qui indique sa nature intrinsèquement subjective) et d'autre part, le lien à une lésion tissulaire. L'accent mis sur des lésions tissulaires effectives ou potentielles place la douleur aiguë nociceptive comme point de

référence pour la pensée, laissant de côté les autres mécanismes physiopathologiques générant de la douleur. Selon ces auteurs, les cliniciens auraient alors tendance à se servir du langage biomédical, impliquant une relation prévisible et linéaire entre une altération tissulaire identifiée et la plainte douloureuse. Williams et Craig (2016) trouvent néanmoins cette formulation banalisante et incomplète et ont proposé d'insérer d'autres composantes décisives, non seulement du point de vue de l'expérience subjective de la douleur mais aussi pour sa prise en charge : « La douleur est une expérience éprouvante associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle aux composantes sensorielle, émotionnelle, cognitive et sociale. »¹

Selon Cohen et al. (2018), la définition de l'IASP échoue à intégrer les aspects phénoménologiques de la douleur, l'espace social intersubjectif dans lequel elle survient et les limites du langage pour l'aborder. Ils proposent une définition applicable aux situations soignant-patient et mettant en avant la subjectivité (i. e., le point de vue en première personne) : « La douleur est une expérience somatique mutuellement identifiable qui reflète pour une personne la crainte d'une menace à son intégrité corporelle ou existentielle. »² Ils mettent donc l'accent sur la signification commune et partagée de la douleur comme une intrusion immédiate³, une attaque du corps. Ils insistent également sur le fait que les expériences personnelles ne sont pas seulement à considérer comme des événements privés dans une vision solipsiste. Elles sont prises dans des apprentissages sociaux, donc culturels et linguistiques, pour penser sa propre expérience. Enfin, dans leur définition, ils étendent la

¹ En anglais : « *Pain is a distressing experience associated with actual or potential tissue damage with sensory, emotional, cognitive and social components.* » (p. 2420)

² En anglais : « *Pain is a mutually recognizable somatic experience that reflects a person's apprehension of threat to their bodily or existential integrity.* » (p. 6)

³ A lire au sens phénoménologique dans lequel *immédiat* n'a pas seulement une assertion temporelle. Il s'agit d'une absence de médiation et, plus précisément, une absence de médiation par le langage. Ceci rejoint le développement de Ricoeur (1992/2015) : « je souffre je suis » réduction sur la douleur et intensification du sentiment vif d'exister dans la douleur par opposition au célèbre cogito de Descartes qui pose une articulation entre la pensée et l'être du sujet. Ici, pas de place pour le doute méthodique.

notion d'intégrité corporelle : le fait que, pour un organisme vivant, l'intégrité de l'ensemble renvoie à son l'autonomie, c'est-à-dire à son existence indépendante. Ils affirment que si la préservation de l'autonomie est une variable critique d'un système vivant alors, en menaçant son auto-organisation, la douleur est une menace à l'autonomie et donc à l'intégrité existentielle.

Les théories biologiques de la douleur ont évolué de la seule prise en compte de stimulations nociceptives périphériques à l'intégration complexe de transmissions nerveuses afférentes (i. e., vers le système nerveux central) et efférentes (i. e., vers la périphérie) entre les récepteurs périphériques et le système nerveux central (Cohen et al., 2013). Dans le cadre de la célèbre théorie de la porte de contrôle de la douleur (*Gate control theory* ; Melzack & Wall, 1965), la perception de la douleur est à la fois modulée par des stimulations non-nociceptives périphériques dites montantes et par des influx centraux qui interviennent par des voies descendantes. Cette théorie est la première à reconnaître la pertinence de facteurs psychologiques et de mécanismes centraux dans l'expérience subjective de la douleur. Celle-ci est donc influencée par des composantes discriminatives sensorielles, affectives, motivationnelles et d'évaluation cognitive.

Melzack (1999) développera ensuite le concept de neuromatrice de la douleur, fondée sur un réseau neuronal largement distribué dans tout le cerveau, et qui inclut un traitement parallèle de l'information dans les aires somato-sensorielles, limbiques et les noyaux thalamiques, donnant à l'expérience douloureuse sa complexité. Ce terme de neuromatrice implique des mécanismes cérébraux globaux et intégrés qui produisent le signal de la douleur, en l'accompagnant de l'activation de programmes d'actions et de régulation du stress. Sur la base de ce lien entre douleur, stress et homéostasie, Melzack (2001) a fait l'hypothèse que la douleur chronique résulterait d'un échec des mécanismes de régulations homéostatiques,

produits d'un héritage génétique et d'apprentissages. Ceux-ci façonnent les connexions nerveuses et organisent des boucles thalamo-corticales et limbiques, qui permettent de moduler la neuro-signature de la douleur par des influx sensoriels et par des événements cognitifs et affectifs (Melzack & Katz 2013).

Wright (2017) a rapporté les résultats d'études par imagerie fonctionnelle selon lesquels cette matrice de la douleur serait un réseau multimodal de détection d'inputs sensoriels saillants, indépendamment de la nature nociceptive ou non du stimulus initial. La matrice de la douleur reflèterait donc des processus cérébraux multimodaux cruciaux pour tous les systèmes sensoriels, en ceci qu'ils favorisent les réponses appropriées de l'organisme.

Compte tenu de l'importance du lien social pour la survie de l'individu humain, cela expliquerait que la douleur physique et la douleur sociale soient si intriquées (MacDonald & Leary, 2005)⁴. En effet, la douleur du rejet social ou de la séparation et la douleur physique sont traitées par des réseaux neuronaux qui se recouvrent fortement (Chae et al., 2022). Wright relève aussi que l'intégration des signaux intéroceptifs (i. e., la perception des états physiologiques internes) saillants au niveau du cortex insulaire joue un rôle fondamental dans la conscience de soi. L'activation de ce système de détection des stimuli saillants par la douleur pourrait participer aux altérations du sentiment de soi⁵ relevé chez des personnes ayant des douleurs chroniques (Reynier, 2010 ; Wang et al., 2021).

Quand les stimuli douloureux deviennent persistants, il se produit des changements structuraux et fonctionnels du système nerveux qui altèrent les processus de perception de la douleur et peuvent contribuer au développement de douleurs chroniques. Ces processus dits

⁴ Selon leur théorie de la douleur sociale [*social pain theory*], le terme *social pain* renvoie à une réaction émotionnelle spécifique déclenchée par la perception d'être exclu(e) des relations investies affectivement ou d'être dévalué(e) par les personnes qui composent ces relations.

⁵ Le sentiment de soi [*sense of self*] recouvre l'expérience subjective et la représentation qu'une personne a d'elle-même. Il est conçu comme le résultat de processus mentaux qui donnent à une personne un sentiment de singularité, de cohérence, d'individualité et d'unité en tant qu'être humain unique (Damasio, 2003).

de sensibilisation centrale et périphérique contribueraient à une plus grande sévérité des douleurs (Romanenko & Romanenko, 2017). Cette approche complexe de la douleur permet de donner une base neurophysiologique à l'influence délétère de la douleur chronique sur les processus cognitifs et affectifs, en considérant les modifications de la neuromatrice corporelle fondées sur la plasticité cérébrale (Treede et al., 2022).

L'enjeu de la chronicité

La douleur est un motif de consultation important en soins primaires et affecterait environ une personne sur 5 dans les pays occidentaux (Van Rooij et al., 2017). La durée de la douleur est un des facteurs contribuant à son impact sur le système de santé et la société. Lorsque la douleur persiste ou se répète au-delà de 3 mois après sa survenue, elle est dite chronique (Siddall & Cousins, 2004). En tant que diagnostic primaire, elle est apparue dans la onzième version de la classification internationale des maladies (CIM-11 ; Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2019). Dans cette classification médicale, sont déclinés différents sous-types de douleurs selon leurs étiologies : primaire (i.e., sans qu'elle puisse être associée ou attribuée à un autre diagnostic), liée à une maladie cancéreuse, à une chirurgie ou à un traumatisme physique, à une neuropathie, secondaire à une autre pathologie entraînant des céphalées, une douleur oro-faciale, des douleurs viscérales ou des douleurs musculosquelettiques. A la différence de la douleur aiguë, elle devient en elle-même une maladie⁶ qui déstabilise les régulations physiologiques et psychologiques d'une personne et peut peser sur toutes les sphères de son fonctionnement quotidien (Siddall & Cousins).

Romanenko et Romanenko (2017) considèrent que la notion de maladie serait à la notion de trouble, ce que la nociception serait à la douleur. Ils rappellent que dans le domaine

⁶ Bien que cette notion de douleur chronique-maladie soit répandue, elle ne fait pas l'unanimité. Selon Cohen et al. (2013), il ne suffit pas d'invoquer un syndrome ou un ensemble de symptômes dont la douleur pourrait être une composante, surtout si l'on considère la diversité des affections associées à la douleur. Ils s'appuient sur une perspective médicale qui ne sera pas l'axe de réflexion de ce travail.

biomédical, la maladie désigne habituellement un événement biologique objectif associé à des altérations des structures anatomiques ou des changements physiopathologiques des systèmes organiques. Le trouble serait défini comme l'expérience subjective, conséquence d'une maladie, qui associe un inconfort physique, une détresse émotionnelle ainsi que des limitations comportementales et psychosociales. Ainsi, la nociception est la composante biologique, et la douleur est l'expérience perceptive (donc subjective) qui découle de la transmission et de la modulation de stimuli sensoriels.

La prévalence estimée de la douleur chronique irait de 8,7 % à 64,4%, avec une moyenne combinée de 31% selon une méta-analyse rassemblant des études épidémiologiques portant sur des échantillons de plus de 1000 personnes (Steingrimsdóttir et al., 2017). Il s'agit donc d'un problème de santé publique mais, d'un point de vue individuel, et d'autant plus quand elle est chronique, il s'agit d'une problématique intime et relationnelle (Marin, 2014). Au niveau psychothérapeutique, il s'agira donc de prendre en charge les difficultés cognitives, affectives et comportementales induites par les douleurs, et pouvant en retour⁷ renforcer la perception de ces dernières (Linton et al., 2018). Les troubles mentaux induits par la chronicité des douleurs ne constituent qu'une part de la problématique, celle objectivable par des critères standardisés (Mills et al., 2019 ; Outcalt et al., 2015). Les effets de la douleur chronique sur le sens qu'une personne donne à sa vie et sur son sentiment d'identité ouvrent en revanche un champ d'investigation éminemment subjectif (Van Rysewyk, 2016).

La signification de la douleur a été abordée du point de vue de l'adaptation biologique. Elle serait une sensation désagréable qui a évolué pour motiver les comportements qui évitent

⁷ Nous laissons de côté la question des douleurs qui seraient psychogènes car il s'agit d'un positionnement théorique critiquable (Keller, 2008).

ou minimisent une lésion tissulaire ou qui promeuvent la récupération (Wright, 2011). Cet abord ne rend pas compte des affections qui se développent à bas bruit, sans douleur, et qui sont néanmoins menaçantes pour l'intégrité de l'organisme (par ex., certains cancers). De plus, cette définition basée sur un raisonnement téléologique semble exclure les cas de douleurs chroniques qui ne sont pas associées à une lésion objectivable ou qui persistent après la guérison des tissus. Pour appliquer ce principe adaptatif à la douleur chronique, il faudrait considérer la douleur comme un signal de protection de l'intégrité du fonctionnement global de l'organisme, et non seulement la protection de l'une de ces parties (Eccleston, 2018). La notion de sensibilisation centrale à la douleur permettrait alors de considérer un seuil de détection de danger abaissé, conséquence physiologique de processus allostasiques complexes (i. e., modifications des processus homéostasiques) (Treede et al., 2022). Il apparaît donc qu'il serait réducteur de concevoir la menace à l'intégrité physique en des termes strictement lésionnels.

Malgré la légère nuance de formulation dans la définition révisée de la douleur (Raja et al., 2020)⁸, Cohen et Quinter (2019) considèrent que la douleur chronique en tant qu'entité taxonomique resterait attachée au lien établi entre douleur et altération tissulaire (réelle ou potentielle). Ils rappellent également que la douleur chronique a été par le passé définie comme une douleur durant ou se répétant sur plus de 3 à 6 mois (selon les types de douleurs) ou qui persiste au-delà du temps de guérison, faisant là encore d'un épisode aigu d'altération tissulaire, un prérequis implicite pour qualifier une douleur chronique.

L'on pourrait voir, dans cette réduction à la notion d'altération tissulaire, l'effort d'objectivation promu par une certaine épistémologie scientifique, qui tombe dans une dérive

⁸ La définition révisée de l'IASP propose que la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une altération tissulaire réelle ou potentielle. En anglais : *An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage.*

sceptique inhérente à l'observation de la douleur de l'autre (Price, 1999). Cette attitude est résumée par Scarry (1985) dans cette formule : « Avoir mal c'est avoir une certitude ; entendre parler de douleur est avoir un doute. » (p. 13). Face au doute, le corps médical est tenté de chercher des preuves selon le paradigme classique de la lésion tissulaire. De fait, les personnes souffrant de douleurs chroniques se voient régulièrement répondre que leurs douleurs sont imaginaires ou que leurs réactions sont exagérées quand aucune lésion n'est objectivée. Ces personnes perçoivent souvent comme un soulagement l'annonce d'un diagnostic somatique qui vient authentifier et légitimer leur souffrance aux yeux des autres (Vega et al., 2018).

Cette objectivation conduit à penser que la douleur chronique n'aurait finalement pas de fonction adaptative pour l'organisme. Le maintien d'une signification de danger par la personne en souffrance serait assimilé à du catastrophisme (Mewes, 2022). Il s'agit d'une attitude négative, considérée comme exagérée envers une douleur (présente ou anticipée), impliquant des ruminations, l'anticipation d'un grand danger et un sentiment d'impuissance qui peuvent être accompagnés de comportements ayant valeur d'appels à l'aide (Sullivan, 2012). Du point de vue de l'observateur, la douleur n'annoncerait aucun danger, alors que pour la personne en souffrance la signification de la douleur passerait de symptôme médical (i.e., signe d'une maladie) à signe avant-coureur d'un futur inquiétant (Cohen et al., 2018). Un écart peut alors se creuser dans la relation soignant-patient entre la représentation de la maladie selon le soignant, duquel la personne attend une aide, et la maladie du malade. Cette dernière se comprend au regard des valeurs du(de la) patient(e) et de ses propres normes (Canguilhem, 1966/2013). Le malentendu peut plonger le(la) patient(e) dans la détresse avec le sentiment d'être incompris(e) (Nicola et al., 2021). Le phénomène de la douleur représente donc deux réalités distinctes pour le(la) patient(e) et le médecin, séparés par un écart

ontologique (Geniusas, 2017). Alors que le premier conçoit sa douleur comme une expérience qui affecte son corps vécu, le second la pense comme un ensemble de signes physiques qui perturbent le fonctionnement normal de l'organisme.

En se démarquant de la vision selon laquelle la douleur chronique n'aurait pas de fonction adaptative de signal, Eccleston (2018) propose une réorientation conceptuelle. Il considère la douleur chronique comme une *défense incarnée* [*embodied defence*]. La douleur est incarnée, au sens où elle est toujours éprouvée comme corporelle, opérant dans les limites biologiques de l'organisme. Elle est aussi toujours intégrée [*embedded*], au sens où elle se donne à la connaissance de la personne en étant prise dans des systèmes sociaux, culturels et linguistiques qui interagissent entre eux. La douleur serait alors vue comme « *toujours, et de façon irrépressible, une poussée pour rétablir une cohérence de l'organisme, une action dans et sur le monde, et comme fonctionnant toujours pour protéger d'un danger à venir* » (p. 17). Eccleston recommande de développer le point de vue fonctionnel des réactions comportementales aux douleurs, dans la perspective de l'interaction des systèmes psychologiques et neurobiologiques visant la protection de l'organisme, par le maintien de la cohérence et de l'agentivité (i. e., sens de l'action). Il privilégie un abord phénoménologique de la douleur, en mettant en relief le caractère intrusif et marquant des interruptions douloureuses qui accaparent l'attention (Crombez, 2013).

Eccleston (2018) rappelle que la perception de la douleur implique simultanément la perception d'une limite (Tabor, 2017) et qu'elle provoque d'autant plus d'interruptions (de la pensée, de l'action) qu'elle est perçue comme imprévisible et menaçante (Crombez et al., 2000 ; Van Damme et al., 2004, 2006). Il insiste sur le fait que ces interruptions mettent à l'épreuve les ressources cognitives et émotionnelles, et que l'ampleur de la perturbation induite résulte du caractère intrinsèquement menaçant et aversif des sensations douloureuses. La chronicité de ces interruptions aura donc des effets délétères sur le fonctionnement

quotidien, générant du handicap. Cela peut aller jusqu'à menacer l'identité de la personne, c'est-à-dire le sentiment profond d'être soi-même, porteurs de valeurs personnelles et en relation avec le monde d'une façon singulière. Selon Eccleston, la personne éprouve à ce niveau de perturbation une forme de liminarité (i. e., être au seuil, à la marge, à la frontière de quelque chose). A un niveau de perturbation maximale, les douleurs (aiguës ou chroniques) génèrent des mécanismes défensifs de dissociation, qui se traduisent par la perte de conscience de la richesse des cibles attentionnelles possibles dans un contexte donné. Les personnes souffrant de douleurs chronique se vivent alors déconnectées de leur propre corps, *décorporées*, noyées dans l'objet de leur peur et impuissantes (Tsay et al., 2015).

Si l'on reprend l'importance capitale pour les organismes vivants de maintenir leur capacité d'auto-organisation (Cohen et al., 2018), il faut considérer que chez l'humain, la conservation des systèmes d'auto-organisation permettant la survie passe par le maintien de relations interpersonnelles, d'abord dans une dépendance absolue à la naissance puis dans une interdépendance relative à l'âge adulte (Tomasello, 2020). Par la désorganisation des liens aux autres, la douleur chronique redoublerait la menace existentielle qui pèse sur la personne.

Enfin, selon Geniusas (2017), la douleur chronique est le produit d'une mosaïque de facteurs physiologiques, psychiques culturels et sociaux qui forment une unité dans le cadre la signification personnelle que la personne investit dans sa douleur. Dans cette perspective phénoménologique, il considère que la temporalité de la douleur chronique proscrit la possibilité d'expliquer un phénomène si complexe en référence à son origine.

Dans le cadre de notre travail, nous ne parlerons pas de douleur-maladie au sens biomédical du terme pour éviter la réduction de l'expérience de la douleur chronique à la manifestation d'un processus physiopathologique induit par les influx douloureux (Cohen et al., 2013). Ce qui sera déterminant pour nous sera la façon dont les personnes vivent leurs

douleurs, c'est-à-dire le rapport subjectif qu'elles entretiennent avec elles. L'accent sera mis sur la maladie du malade, dans le sens de la personne qui éprouve la douleur et la vit comme la perte des valeurs normales de son fonctionnement. Cette perte et les dangers qui en découlent font de la douleur chronique une source de souffrance importante et un défi thérapeutique, qu'elle soit associée clairement à un diagnostic causal ou non. C'est pourquoi nous considérerons l'expérience des douleurs chroniques dans son potentiel perturbateur de l'équilibre d'une personne, quelle que soit la cause biomédicale (connue, supposée ou inconnue). Nous choisissons de ne pas restreindre l'étude de ce vécu à certains types de douleurs, ni de distinguer les participants en fonction de leurs diagnostics. Notre objet d'intérêt ne sera pas le corps, d'un point de vue neurophysiologique, mais la personne conçue phénoménologiquement, c'est-à-dire comme une subjectivité incarnée.

Chapitre 2 : La Personne dans la Douleur Chronique

La déconstruction du monde

En 1951, Buytendijk affirmait que l'approche scientifique de la douleur laissait peu de place à la relation entre la douleur et le sens de la vie humaine : « *Cette étroitesse de vue*⁹ *correspond au fait que, dans notre société moderne, le problème de la douleur coïncide presque entièrement avec le problème de la lutte contre la douleur ; le tourment de l'expérience*¹⁰ *de la douleur n'y est pas effleuré* » (p. 9). Il trace des lignes de réflexion qui restent d'actualité (Sullivan, 2019). Pour lui, « *c'est dans la douleur seulement que nous expérimentons la rupture de la plus naturelle des unités organiques : l'unité de notre existence personnelle et de notre existence physique* » (p. 14). La douleur « brise » la personne « *dans ses forces psychiques, dans sa pensée organisée, dans sa capacité de sentir et de vouloir, par lesquelles, comme personne, [elle] occupe sa place dans le monde* » (p. 118). Il souligne que la douleur chronique, en tant que douleur-maladie, est « en elle-même *entièrement privée de signification* » et que « *son absurdité exclut tout appel aux facultés de penser, de sentir, de vouloir* » (p.118). Ainsi, la douleur confronte à une perte ou à une absence de sens qui entrave la capacité à y répondre. Mais il note que cette brutalité avec laquelle la douleur désorganise l'intimité de la personne dans toute sa structure vitale et psychique ne porte pas directement atteinte à sa vie, au sens biologique. Cette irruption brutale dans l'existence humaine laisse donc la possibilité d'une réponse personnelle, singulière, pour intégrer cette expérience dans un réseau de significations. Dans son cadre culturel et social, la personne peut puiser des significations à apposer à ses douleurs. Il est également possible que

⁹ Selon lui : « *L'habituel dédain envers la philosophie entrave la connaissance du problème de la souffrance, donc aussi celle de l'essence et de la signification de la douleur, non moins que la séparation de la psychologie et de la physiologie qui - bien qu'acceptée théoriquement – doit en fait être constamment surmonté par le médecin.* » (p. 28)

¹⁰ Souligné par l'auteur.

cette « *rupture de l'ordre existant* » débouche sur « *la naissance d'une structure nouvelle de vie dans un nouveau champ de possibilités* » (p. 143).

Le cadre relationnel dans lequel s'inscrit l'expérience des douleurs est donc d'une importance particulière. En 1985, Scarry abordait le rapport à la douleur dans la relation à l'autre et dans ce qui spécifie le lien humain, c'est-à-dire le langage verbal. Selon elle, l'incommunicabilité de la douleur physique « défait le monde ». Autrement dit, en supprimant la possibilité d'une expression langagière de l'éprouvé douloureux, le support de notre pensée et notre moyen de construire le sens de notre existence est mis en défaut. Cette indicibilité de la douleur physique contraste avec la certitude de la ressentir. Scarry précise que la douleur physique ne résiste pas simplement au langage, elle le détruit activement. La douleur ramène immédiatement à un état antérieur (pour ne pas dire archaïque) d'avant l'apprentissage du langage, où l'être humain ne peut que faire des sons et des cris. Elle explique que cette résistance à l'objectification dans le langage tiendrait précisément au fait que, à la différence des autres états internes de conscience qui sont régulièrement associés à un objet externe (sentiments *de* ou *pour* quelque chose/quelqu'un), la douleur physique n'a pas de contenu référentiel. Elle remarque que pour un état de conscience autre que la douleur (comme l'affection pour une personne), la déprivation de son objet le rapproche de la douleur physique. Inversement, la douleur, ou au moins son aversivité, est réduite quand elle est rattachée à un état objectifiable, c'est-à-dire quand elle est symbolisée à travers le langage. Pour Scarry, ce travail d'invention, de mise en mots ou en formes culturellement partageables, est un enjeu pratique et éthique. Cette tâche peut incomber à ceux qui, parce qu'ils ne sont pas eux-mêmes dans la douleur, peuvent soutenir ou parler au nom des personnes que la douleur a

privé de leurs ressources langagières¹¹. C'est ainsi qu'elle comprend que le recours à des analogies, des métaphores, de situations d'attaques ou de blessures est un moyen de rendre l'expérience pensable et verbalisable. En cela, après que la douleur a défait le monde de la personne, il y a la possibilité de le « refaire » en s'appuyant sur le potentiel créatif des systèmes de significations. Ainsi, la relation signifiante aux autres est le cadre de construction de sens de la douleur, sans quoi elle confine au silence et à l'absurde.

Par un abord sociologique, Bury (1982) rejoint les deux auteurs précédents en décrivant l'expérience de douleurs chroniques comme une *rupture biographique* [*biographical disruption*]. Son enquête se basait sur un échantillon de personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde, ayant entre 24 et 64 ans, pour centrer son analyse sur les problèmes d'identification de la maladie et les changements occasionnés dans la vie quotidienne, notamment la vie relationnelle. Il s'intéresse particulièrement à l'effet de la chronicité de la maladie, de la fluctuation des symptômes handicapants et de l'incertitude qui en découle. Cette situation est, selon lui, une expérience majeure de ruptures, une situation de crise, en perturbant les structures de la vie quotidienne et les formes de savoirs qui les sous-tendent. Elle « implique une reconnaissance des mondes de la douleur et de la souffrance, même possiblement de la mort¹², qui sont normalement vus comme des possibilités lointaines ou le fléau des autres » (p. 169). La dépendance induite rompt la norme de réciprocité des liens sociaux et exige de réexaminer ses attentes et ses perspectives de vie. Selon lui, la maladie chronique rompt des hypothèses et des comportements antérieurement tenus pour acquis, ce qu'il nomme l'effraction des limites du sens commun. Cette étape de remise en question [*"what is going on here" stage*] attire à la conscience une attention inhabituelle sur les états du

¹¹ Ajoutons qu'une personne peut aussi construire un discours sur sa douleur dans l'après-coup lorsqu'elle revient sur le souvenir de son expérience.

¹² C'est nous qui soulignons.

corps et les décisions à prendre pour obtenir de l'aide. Il considère ainsi une rupture plus profonde des systèmes explicatifs communs. La vision de sa propre vie et la représentation de soi sont alors fondamentalement remaniées.

D'après Bury, une caractéristique majeure des maladies chroniques serait leur début insidieux. Les personnes passent de la perception de symptômes passant pour triviaux, souvent expliqués par des facteurs externes ou immédiats, à la reconnaissance d'un handicap permanent qui les fait entrer dans une nouvelle aire sociale, marquée par l'incertitude. Il note que, pour une part d'entre elles, les personnes peuvent dissimuler leurs symptômes ou la gravité de leur situation, qui ne s'accorde pas avec les représentations qu'elles se font de la maladie (supposée survenir à des âges avancés). La dissimulation (aux autres) ou l'occultation (à soi-même) des symptômes peut être le résultat d'une forme d'incrédulité anxieuse face à un changement de statut. En effet, la reconnaissance de la maladie provoque un changement de la trajectoire de vie, perçue auparavant comme normale et prévisible, vers une autre « *fondamentalement anormale et intimement préjudiciable* » (p. 171). Pour les personnes qui tentent de légitimer les difficultés ou les incapacités liées à leurs douleurs, invisibles pour les autres, cela peut générer une réévaluation des relations, des situations de conflits et éventuellement des pertes.

La maladie peut également être mise à distance de soi en la « réifiant », à l'aide du savoir médical, donnant alors un sentiment d'aliénation, de se sentir victime d'une force extérieure, perturbant les frontières entre les réalités interne et externe. Cette mise au dehors de la maladie se révèle précaire à mesure que les personnes éprouvent l'envahissement de toutes les dimensions de leur vie. Au-delà de la recherche d'explications et de solutions biomédicales, une quête de sens peut être amorcée par le sujet avec comme questions centrales « pourquoi moi ? » et « pourquoi maintenant ? », face à ce « choc » dans leur vie. Alors que la confiance en soi et les liens sont endommagés, les personnes se retrouvent

confrontés à la nécessité de mobiliser leurs ressources, notamment sociales, pour viser une forme de normalité. Inévitablement, elles s'exposent aux regards et aux interrogations de leur entourage¹³. Bury relaie également les critiques adressées au corps médical pour leur mauvaise communication ou leurs conseils inappropriés. Il souligne aussi la différence entre la recherche de la causalité médicale et la recherche du sens de la maladie dans la vie de la personne. Il reconnaît que le savoir médical peut constituer une ressource, en tant que produit d'un système culturel, mais s'avère dans le même temps être une contrainte, voire un obstacle, à une recherche plus approfondie du sens de l'expérience¹⁴.

Le temps de la chronicité : conscience de soi et non-sens

Une analyse de la temporalité vécue dans l'expérience de la douleur chronique a été proposée par Fuchs (2003). Il situe son propos dans le cadre phénoménologique en définissant la temporalité comme « essentiellement connectée à l'expérience d'être orienté et conduit vers quelque chose, autrement dit, l'expérience d'une capacité et d'une potentialité incarnée » (p. 69). Elle résulte de l'engagement de notre conscience corporelle. Ceci fait que l'activité entraîne une accélération de l'expérience du temps et la passivité, un ralentissement. Selon lui, dans la douleur et la souffrance, l'expérience du temps ralentit et étire le mouvement de nos vies. Il parle d'une expérience du temps présent, sans échappatoire. La douleur enferme donc dans un présent sans futur et focalise notre attention sur notre existence incarnée. Elle empêche de penser et d'agir, mais donne une intense conscience de soi, dans une interruption soudaine du cours de la vie. Il décrit cette expérience par des termes évoquant des expériences de séquestration. Face à cette négativité, une réponse du sujet peut se manifester, affirmant que cet état est une aliénation et qu'il ne s'agit pas vraiment de soi. Cela stimule alors la

¹³ Nous pouvons imaginer qu'en doutant de la réalité des difficultés liées aux douleurs, les personnes de l'entourage maintiennent à distance l'idée que cela puisse également leur arriver aussi.

¹⁴ C'est la raison pour laquelle l'abord biomédical est réduit au minimum dans ce travail doctoral.

recherche d'un changement, la négativité de la douleur appelant dialectiquement la découverte de quelque chose de neuf.

Fuchs rattache l'éprouvé de la souffrance à ses racines dans une fonction biologique, celle d'indiquer le manque ou la séparation qui plongent l'être humain dans un état de besoin et de dépendance vis-à-vis de son environnement. Cette souffrance de la douleur porte donc vers ce qui permet la conservation de l'être vivant. Cette préservation de l'organisme est le résultat d'un processus continu d'intégration de ses parties. Les parties douloureuses étant perçues comme « en résistance » par rapport à l'ensemble, la douleur du corps et la souffrance induite représente une situation contradictoire de tendances intégratives et de dissolution de cette intégration. Il y a une tension entre affirmation de l'unité somato-psychique et menace de désintégration.

Ce paradoxe de la douleur serait le point de départ de cette conscience de soi intensifiée. La division, ou séparation inachevée (sans atteindre un état dissociatif), entre le soi et le corps, et entre le soi et le monde, génère la conscience du présent par contraste au passé et au futur. Fuchs évoque les expériences de flow, où l'absorption dans une activité ferait « oublier » le corps et le passage temps. Son expression « *no separation, no pain* » serait en accord avec des résultats plus récents, montrant que l'immersion dans des activités investies réduit la perception de la douleur (par ex., Ditchburn et al., 2020). Il conclue donc que l'expérience douloureuse se caractérise par le fait de « *retomber sur soi, d'être jeté hors de l'unité d'une conscience absorbée dans le monde* » (p. 74). La douleur est donc une expérience de séparation et, de façon intéressante, cela rejoint les avancées récentes en neurosciences, montrant intrication de la douleur physique et de la douleur sociale de la séparation (Zhang et al., 2019). Cette conscience de soi et cet ancrage dans le présent (séparé d'un passé et un futur) font de la douleur un principe d'individuation, ce qui lui donne un rôle majeur dans le développement biographique. Fuchs insiste donc sur le potentiel de

transformation de soi conféré à la douleur. Ce potentiel donne à la douleur une place décisive, entre un avant et après, et fait écho à la conception du traumatisme selon un abord phénoménologique, que nous aborderons dans la partie suivante.

La piste traumatique des douleurs chroniques est également suggérée par Reynier (2010) sous l'angle de la modification de l'expérience temporelle de notre être-au-monde, en considérant la circularité fermée de la répétition douloureuse. Cette piste ne lui apparaît « *pas dénuée de sens*¹⁵ si l'on songe à l'impact que produit l'effraction douloureuse au sein de la corporéité » (p. 101). Cette effraction entraîne « *le bouleversement traumatique de devoir s'adapter à une corporéité aux contours devenus flous, étrangers et énigmatiques et dont le quotidien se rétrécit au trou étroit de la douleur rebelle*¹⁶. » (p. 101) Le sujet est alors hermétique au flux du temps, comme *exclu* du temps et du monde qu'il perçoit de façon *dénaturée*, « *par la déformation qu[e la douleur] lui a infligée* » (p. 102). Prise dans sa dimension subjective, d'expérience sensorielle et émotionnelle, elle est un phénomène particulier qui ébranle la perception :

En surgissant bruyamment dans l'intériorité organique, elle se présente comme une intrusion dans notre être-au-monde par la brutale violation de la distance qui rendrait possible la synthèse perceptive et nous ferait *percevoir*, saisir le monde comme étant à l'extérieur. De fait, en annihilant cette distance nécessaire pour créer un point de fuite qui en ferait un « point de vue », la douleur reste un objet étranglant la conscience qui la saisit et qu'elle affecte dans sa totalité. (p. 104)

C'est cette absence de distance qui rend la douleur rebelle à toute activité perceptive susceptible de la constituer en objet sensé (porteur de sens). D'où le fait qu'« *elle renvoie*

¹⁵ C'est nous qui soulignons pour insister sur le fait que nommer le traumatisme est une façon de commencer à redonner du sens, après l'avoir perdu.

¹⁶ Souligné par l'auteur.

plutôt l'individu qui en est affecté à une irruption intrusive de non-sens, l'envahissant de façon radicale et le plongeant dans une sidération qui s'oppose à l'émergence de toute signification » (p. 104). Le caractère contradictoire de la douleur est d'être perceptible comme une impression, sans jamais être perçue comme un objet, ce qui place la personne douloureuse « *dans la position intenable et absurde de cette contradiction* » (p. 105). Pour Reynier, le non-sens de la douleur est fonction non seulement de son intensité, mais aussi de sa durée. La douleur substitue à la cohérence de la synthèse perceptive, une « décohérence », c'est-à-dire, une désorganisation de la fonction perceptive dans sa globalité (pas seulement circonscrite à la partie du corps douloureuse). Cela donnerait à soi-même et au monde un sentiment d'étrangeté, de doute envahissant, brisant la relation de confiance et conduisant à se vivre comme « *exilé, tenu à distance des autres et du monde* » (p. 106).

Reynier souligne que la chronicité des douleurs témoigne de leur caractère « tenace », dans une forme de continuité qui donne à la perception du temps un aspect paradoxal : un temps qui ne cesse de durer mais qui est enlisé, qui n'avance pas. La persistance de la douleur attaque la continuité du temps qui est l'écoulement d'une succession d'instants. Le temps chronique est celui d'une circularité fermée du temps, une distorsion de la linéarité du temps vécu ordinaire. Les irruptions douloureuses génèrent une discontinuité dans laquelle les instants douloureux sont isolés et donnent le sentiment d'être condamné à une répétition infinie.

Reynier comme Fuchs identifient donc ce présent absolu, désarticulé d'un passé et d'un futur, qui enferme une conscience cristallisée sur elle-même. Après eux, cette notion de rupture du cours du temps est reprise par des auteurs qui en soulignent l'effet sur le sentiment d'être soi (Geniusas, 2015) et sur l'adaptation à la maladie chronique (Leder, 2021). Les changements de sa propre vie et les attaques perçues envers l'intégrité physique et psychique sont vécus comme portant atteinte à la personne telle qu'elle est dans le présent, mais aussi

telle qu'elle pourrait être dans le futur (Crombez et al., 2003). Sans projections possibles, le sujet est extrait de sa communauté et attaqué dans son identité.

Souffrir de la perte de soi

Selon Vlaeyen et al. (2016), les atteintes à l'identité et au sentiment de soi sont souvent négligées dans le champ de la recherche. Ces effets délétères résultent des entraves à l'accomplissement des buts de vie *via* les interférences répétées de la douleur aux niveaux émotionnel, cognitif et comportemental, pourtant largement étudiés selon eux. Stilwell et al. (2021) considèrent même que la souffrance, qui tient pourtant une place centrale est rarement définie dans la littérature sur la douleur. Ces derniers auteurs reviennent sur les travaux de Cassell (1982, 1999) qui s'est interrogé sur la nature de la souffrance. Selon Cassell, « *la souffrance survient quand une destruction imminente de la personne est perçue ; elle continue jusqu'à ce que la menace de désintégration soit passée ou jusqu'à ce que l'intégrité de la personne puisse être restaurée d'une autre façon.* » (1982, p.640) Il fait la distinction entre l'expérience de douleur et celle de la souffrance, en cela que la souffrance renvoie à cette reconnaissance que notre intégrité, en tant que personne, est menacée, perturbée, blessée ou désintégrée. La souffrance impliquerait donc la conscience d'un passé, d'un état présent et d'un futur potentiellement affecté.

Comme le soulève Stilwell et al., cette définition de la souffrance a été jugée peu opérationnelle et non applicable aux personnes dont les capacités autoréflexives ou de construction narrative seraient limitées. Les relations bidirectionnelles entre la douleur et la souffrance associée feraient objection à cette conception de deux expériences distinctes. Pour les étudier, les recherches quantitatives se sont centrées sur la quantification de l'intensité de la souffrance avec des échelles numériques. Cependant, Stilwell et al. considèrent qu'elles ne saisissent pas les qualités essentielles de l'expérience de souffrance. La douleur comme la souffrance associée peuvent avoir des expressions observables et mesurables mais il n'en

reste pas moins que leur expérience est fondamentalement non-observable. L'analyse phénoménologique des récits d'expériences singulières nous renseignerait davantage sur les qualités de ces expériences (comme nous allons le voir par la suite). Stilwell et al. recommandent donc de centrer la définition de la souffrance sur la notion de sens (ou sentiment) de soi qui est plus intuitive, plus cohérente avec les récits de patients et renvoie à leurs capacités réflexives. Le concept de soi permet également d'intégrer un regard interpersonnel et social. Néanmoins, ces auteurs posent la question d'une souffrance qui serait préreflexive, liée à un « soi minimal », ancré dans l'*ici-et-maintenant* et plus directement liée à l'expérience corporelle de la douleur. Ils rappellent les descriptions répétées de douleurs persistantes atteignant « un niveau de torture », provoqué par la douleur « en elle-même » et non du fait d'être dépassé par une situation perçue réflexivement. Bien que ces nuances soient stimulantes pour la pensée, l'approfondissement de la distinction entre les niveaux réflexifs et préreflexifs du soi dépasserait les limites fixées pour notre travail.

Charmaz (1983)¹⁷ a proposé une description de cette forme fondamentale de souffrance, au travers des épreuves de la douleur physique, de la détresse psychologique et des effets délétères des procédures médicales. Elle nomme cette expérience la *perte de soi* [*loss of self*]. Cette souffrance, dont la reconnaissance est d'une importance majeure, serait ignorée par un point de vue médical étroit, qui se centrerait seulement sur le malaise physique. Les personnes chroniquement malades de leurs douleurs verraient l'image d'elles-mêmes s'effriter sans que puisse se développer simultanément une nouvelle image d'une valeur subjective équivalente. Ces personnes souffrent d'une vie de restrictions, d'isolement social, de discrédit et d'être une charge pour les autres. Ce sur quoi les personnes s'appuyaient pour

¹⁷ Malgré l'ancienneté de son propos, il reste d'actualité et largement repris dans la littérature scientifique sur la douleur chronique. Une recherche sur Google Scholar indique 2810 citations pour cette référence (au 8 juin 2023).

construire leur valeur personnelle n'est plus à leur portée. La représentation de soi est dévaluée, marquée par des pertes donc par du négatif, au sens d'absence d'attributs anciennement valorisés : perte de capacités productives, tensions familiales, crises financières, stigmatisations, restrictions d'activités etc... Le spectre de dépendances matérielle et affective se profile à l'horizon. Charmaz reconnaît, elle aussi, que la perte de contrôle sur leur devenir affecte non seulement leur estime de soi mais aussi le sentiment d'identité. Elle considère que souffrir de telles pertes conduit à un *soi diminué* [*diminished self*]. Elle situe culturellement ce type d'expériences dans une société américaine qui porte des valeurs d'autonomie et d'indépendance. La situation des malades chroniques contrevient à ces valeurs (de la culture occidentale au sens large), ce qui fait de la condition de malade une situation perçue négativement par la morale sociale, source de honte et/ou de culpabilité. Elle affirme que la reconnaissance par autrui de la souffrance, induite par des pertes continues, est « absente, limitée ou minimisée ». Ce serait la logique du soin aigu qui prévaudrait avec l'idée sous-jacente que la perturbation du soi est temporaire.

Dans une perspective d'interactionnisme symbolique, Charmaz postule que le soi est fondamentalement social par nature, c'est-à-dire développé et maintenu par des interactions sociales. L'expérience d'une maladie évolue en étant façonnée par des processus psychosociaux qui font intervenir un dialogue interne réflexif entre le moi (objet) et le Je (agent) de la personne. L'individu malade s'appuie sur ses expériences sociales passées et les significations culturelles intériorisées pour s'engager dans ce dialogue mental autour de son identité. C'est en perdant ou en constatant l'altération d'attributs du soi d'avant les douleurs que la personne malade prend la mesure de l'erreur commise : avoir cru qu'ils étaient tenus pour acquis.

Elle met l'accent sur l'organisation structurale des attributs du soi qui sont ordinairement maintenus par des validations empiriques quotidiennes. Mais lorsque ce qui est

renvoyé aux personnes malades ne correspond pas à la représentation de soi, la structure du soi est remise en cause, ce qui affecte profondément l'identité sociale. C'est ce qu'elle désigne comme des *attaques* [*assaults*] du soi. Elle propose un enchaînement d'expériences sociales qui aboutissent à cette perte de soi. Le fait d'être discrédité peut pousser au repli sur soi, ce qui conduit à une réduction des possibilités de construire une image de soi valorisée. Cette vie restreinte favorise l'isolement social, et réciproquement. Le sentiment de devenir un fardeau, de se sentir inutile, suivrait de près la perte de l'espoir de retrouver l'image de soi antérieure.

Charmaz conclue sur les conséquences de cette préoccupation accrue envers l'image de soi qui biaisent les perceptions. La conscience de sa propre fragilité pousse à rechercher dans le regard de l'autre des indices de désapprobation. Au-delà de cette sensibilité aux intentions d'autrui, leur interprétation des faits est teintée de cette attitude de discrédit, ce qui majore leur souffrance. Par ailleurs, bien que le désir de préserver les contacts sociaux puisse être présent pour assurer une image positive, leur capacité à maintenir leurs relations peut être altérée par les effets de leur maladie. Elle note également que, dans une société qui valorise l'action et la performance, révéler sa souffrance et son cortège d'émotions et de sentiments non conventionnels (honte, culpabilité, colère, découragement...) risque de provoquer davantage de rejet social. Charmaz reconnaît toutefois que, si le langage de la souffrance est d'abord le langage de la perte, les personnes peuvent aussi témoigner d'une conscience plus forte du monde qui les entoure, et de prises de conscience intimes sur la nature humaine. Quand la souffrance peut être apaisée, elle révèle ce contraste entre les pertes passées et la perception nouvelle d'un cheminement de découverte de soi. Pour elle, il est possible que ce regard positif sur l'expérience passée soit sous-tendu par des injonctions culturelles.

Smith et Osborn (2007) ont également relevé que le « soi douloureux » [*self in pain*] est ressenti comme socialement indésirable, honteux et fait intrusion dans la conscience des

personnes, d'autant plus qu'elles se trouvent en contexte social. La difficulté à assimiler ou accommoder ces expériences dans les représentations de soi valorisées générerait une défense quotidienne contre ces attaques du soi. Les douleurs représentent pour ces personnes des attaques qui sapent le sentiment de cohérence du soi, maintenu au prix d'une lutte pour conserver leurs valeurs dans la vie. Les personnes en souffrance, ne parvenant pas à accomplir les rôles sociaux attendus, sont souvent contraintes de revoir leurs activités et, plus globalement, de réviser leurs buts de vie pour s'accommoder à leur situation. Ce changement de perspective et cette tentative de trouver du sens dans leur vie malgré les douleurs, conditionnent le niveau de détresse des personnes (Wade & Shantall, 2003)

Plus récemment, Karos et al. (2018) soutiennent que la douleur chronique est une expérience fondamentalement sociale. Elle constitue une menace pour l'identité sociale en mettant à l'épreuve les besoins élémentaires d'autonomie, d'appartenance et de justice. Concernant le besoin d'autonomie, ils le rattachent au sentiment d'agentivité, qui est le sentiment d'exercer un contrôle sur ses propres actions et sur leurs conséquences. Dans le cas de la douleur chronique, le besoin d'autonomie prend une valeur interpersonnelle car l'agentivité passe de la personne douloureuse aux personnes susceptibles de lui apporter de l'aide (voir aussi Bernardes et al., 2023). Ils relèvent donc que les douleurs sont perçues comme plus intenses, plus menaçantes et davantage sources de détresse, si la personne éprouve une perte de contrôle sur sa situation. Vis-à-vis du besoin d'appartenance, les douleurs chroniques interfèrent avec les activités sociales de travail et de loisirs et suscitent des attitudes de rejet, de stigmatisation et d'invalidation (i.e., le fait de ne pas être cru) (Nicola et al., 2021). Enfin, la perception d'injustice est commune chez les personnes ayant des douleurs chroniques, que ce soit par rapport aux circonstances qui ont causé les douleurs, par rapport situations de soins ou dans leurs relations interpersonnelles, quand les réponses sont

perçues comme insuffisantes, inadéquates ou préjudiciables. Le sentiment d'injustice a été associé à une plus grande détresse émotionnelle liée aux douleurs, à une intensité perçue plus élevée et à un moins bon pronostic des douleurs (Reme et al., 2022).

Ainsi, la douleur affecte la personne dans sa globalité. C'est le thème donné à la recherche de Ojala et al. (2015), sur la base de leurs entretiens auprès de personnes ayant des douleurs chroniques d'origine spinale. Celles-ci insistaient, non pas sur les conséquences physiques, mais sur les conséquences psychosociales telles que la détresse émotionnelle, le sentiment de solitude, la perte d'identité et leur faible qualité de vie. La nécessité d'une attention accrue pour les activités quotidiennes et le ralentissement induit leur donnaient un sentiment d'insécurité et d'imprévisibilité vis-à-vis de leurs corps. Les restrictions et les pertes relationnelles, vécues comme injustes, accroissaient également leur détresse. Les critères de normalité, de leur vie avant les douleurs, n'étaient plus applicables. Ils décrivaient leurs corps comme *étrangers* ou *inutiles*. L'attitude renvoyée par leur entourage affectait leur identité et altéraient leur estime de soi. Hors de la normalité des autres, ils vivaient les attitudes stigmatisantes et de rejet comme des abandons. Les participants étaient confrontés à la difficulté de construire une nouvelle identité et de redéfinir une forme de normalité pour leur vie avec des douleurs.

L'épreuve d'une possible transformation

Van Rysewyk (2016) relève aussi que les différents types de douleurs ont été associés à une signification commune d'intrusion immédiate et d'attaque sur le corps. Il ajoute que, bien que cela soit souvent le cas, cette signification centrale de la douleur n'est pas toujours synonyme de danger physique. Elle renvoie au sentiment d'être envahi ou consumé par la douleur, ce qui confine à l'isolement et à la détresse. Cette signification de la douleur ne peut

être réduite aux qualités sensorielles de la douleur car il s'agit du sens perçu dans la vie de la personne qui, selon cet auteur, est sous-estimé dans la prise en charge des personnes.

En termes de signification, Genuisas (2016) conçoit la douleur chronique comme la protestation du *corps vécu* contre l'expression de la volonté du sujet. Elle s'oppose au sentiment d'appropriation du corps : le sentiment que le corps répond à *ma* volonté et est *mon* corps. Dans le flux habituel (i.e., non douloureux) d'expériences, le corps vécu est le *point zéro d'orientation*¹⁸, c'est-à-dire le point de référence avec lequel le soi entre en contact avec les choses du monde. Il rappelle la conception de Husserl (1989) selon laquelle être une personne, c'est se placer dans une relation intentionnelle avec le monde environnant et dans une relation de communication avec les autres. Il renvoie aussi à la formule de Merleau-Ponty (1945) : « *Le corps est notre moyen général d'avoir un monde.* » (p.171) En revanche, pour Genuisas, le corps douloureux se présente au sujet comme un *mur vivant* qui entrave l'accès aux autres objets d'expérience et porte ainsi atteinte à ce qui le constitue en tant que personne. Ainsi, « *la douleur chronique émerge dans le champ de l'expérience comme une rupture au plus profond de notre existence personnelle* » (Genuisas, p. 153), ce qu'il désigne comme la *dé-personnalisation* cet qui serait un effet de la douleur chronique. Il reprend à Good (1994) cette appellation de *sentiment irrationnel de trahison*, qui rend compte des paroles de patients faisant l'expérience paradoxale de leur corps comme étant à la fois le leur, et à la fois quelque chose d'étranger qui leur résiste et les attaque de l'intérieur. La relation à soi est alors profondément transformée : la personne éprouve le *vol*, par la douleur, des sentiments de confiance en soi et d'autonomie. L'expérience douloureuse serait isolante par nature : étant non-partageable, elle introduit une brèche entre la personne dans la douleur et autrui. Elle se situe à la limite de l'entendable (par les autres) et confronte la plupart des personnes

¹⁸ Il s'appuie sur la conceptualisation de Husserl (1989) dans *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Second book: studies in the phenomenology of constitution*. (Rojcewicz R, Schuwer A, Trad.). Springer

douloureuses à cette mise en doute de l'authenticité de leur expérience par leur entourage (Kleinman, 1988).

Ces processus de dé-personnalisation affectent donc les relations du sujet avec son propre corps, soi-même, les autres et le monde environnant. Geniusas (2015, 2016) reconnaît que ces perturbations peuvent caractériser des expériences de maladie en général. Pourtant, le fait que la douleur soit localisable *dans* le corps marque d'un paradoxe irréductible la relation entre le soi et le corps : le corps douloureux est à la fois sujet et objet, autrement dit, à la fois intraitable et assujéti au soi. La sortie, le dépassement ou à l'inverse l'entretien de ce paradoxe tracent les voies complexes des réponses possibles à la douleur. Ces réponses du sujet à la douleur reposent sur son histoire personnelle soit sur ce qu'il est déjà, et conditionnent ce qu'il deviendra. Elles reposent aussi sur les interprétations possibles de l'expérience présente, interprétations qui se fondent en partie sur l'intériorisation de l'expérience des autres. En cela, les réponses à la douleur déterminent la façon dont la douleur est vécue et contribuent aux processus de *re-personnalisation* du soi.

Selon Thompson (2016), ces processus de redéfinition du soi renvoient à la construction de sens, thème aujourd'hui central dans l'étude de la douleur chronique. Cette construction implique un difficile travail d'accommodation, d'intégration des nouvelles données dans une autre représentation de soi. Il s'agit notamment de renoncer aux aspects de soi qui ne peuvent plus être assumés, d'entretenir les aspects valorisés qui peuvent être maintenus malgré les douleurs, et de construire de nouvelles facettes de soi en accord avec cette nouvelle réalité.

Hellström (2001) parle de *soi piégé* [*entrapped self*] pour désigner le fait de se sentir coupé de la vie considérée jusque-là comme normale, de rencontrer des difficultés à se projeter dans le futur, avec une réduction des possibilités qui s'offrent à soi. Les personnes se

sentent alors incapables d'évoluer favorablement dans leur vie. Ce soi piégé, qui éprouve une souffrance incommunicable, est en lutte continuellement pour gérer des expériences quotidiennes perçues comme menaçantes, intrusives, hors de contrôle et qui les exposent aux jugements négatifs de la part de leur entourage. L'adaptation émotionnelle aux douleurs chroniques, et plus précisément la présence de symptôme de dépression, serait déterminée par le degré auquel la représentation de soi est intriquée avec la présence des douleurs (Pincus & Morley, 2001). Les personnes se trouvent empêtrées entre un *soi espéré*, envisagé seulement en l'absence de douleurs, alors que la persistance des douleurs génère la représentation d'un *soi craint* ou *effrayant* (Sutherland & Morley, 2008).

La proximité entre la représentation de soi actuelle et celle crainte a été associée à la détresse émotionnelle et à des comportements d'évitement des activités pouvant générer ou amplifier la douleur chez des personnes ayant des douleurs lombaires chroniques (Kindermans et al., 2011). Dans cette étude, l'évitement était associé à un plus grand handicap lié aux douleurs. Par ailleurs, les personnes douloureuses rapprocheraient davantage l'état de leurs relations interpersonnelles à leur *soi craint* qu'à leur *soi idéal*, ce qui montre leurs inquiétudes par rapport à la perte de rôles sociaux et familiaux (Andersen et al., 2014).

Dans leur revue de la littérature sur les processus liés au soi chez les personnes ayant des douleurs chroniques, Yu et al. (2015) soulignent les situations de lutte pour s'accrocher à l'idée du « vrai moi » menacé. Ces évaluations négatives de soi sont particulièrement associées à des difficultés dans le fonctionnement quotidien, aux niveaux psychologique et physique. Ils se sont intéressés à la distinction de deux dimensions issues du modèle de la flexibilité psychologique : le soi comme contenu représentatif, pouvant être évalué, et le soi comme contexte, relevant d'une attitude distanciée avec ces contenus (McCracken et al., 2014). Les résultats de Yu et al. suggèrent que le soi contextuel, comprenant une plus grande

conscience de ses propres expériences, était associé à un meilleur fonctionnement émotionnel chez les personnes ayant des douleurs chroniques.

Ces changements sont difficiles pour beaucoup de personnes et ne sont pas forcément désirés par elles. La tentative continue de retrouver leur vie d'avant les douleurs peut être centrale (Flink et al., 2012). Ce combat pour la défense de leur identité se produit aussi avec les soignants. Allvin et al. (2019) ont souligné les difficultés relationnelles avec les soignants dans le discours de patients. Ils témoignaient de la nécessité de *lutter pour être vus et compris comme des personnes*, pour que leurs paroles soient considérées comme crédibles et dignes de valeur, ou simplement pour être écoutés et pris en charge. Nous verrons que ces processus de lutte sont analogues à ceux auxquels sont confrontées les personnes traumatisées (Joseph, 2004).

Chapitre 3 : Approche Phénoménologique de l'Expérience Traumatique

Ebranlement des croyances fondamentales

Selon Janoff-bulman et McPherson Frantz (1996) un événement de vie traumatique implique un effondrement douloureux des illusions qui assurent la croyance que nous sommes en sécurité et protégés dans un monde qui nous veut du bien. Ces croyances sont fondées sur des hypothèses (ou conceptions) fondamentales autour de la bienveillance, du sens de la vie et de la valeur personnelle. Les événements traumatiques brisent les croyances fondamentales que nous avons sur nous-mêmes et sur notre monde. La nature de ces illusions est comprise, par ces auteurs, comme une surgénéralisation de croyances positives. Il s'agirait davantage de conclusions exagérées sur la réalité du monde que des propositions complètement fausses. Bien que nous sachions que des événements négatifs se produisent, ces illusions défensives nous permettraient de penser que ces événements ne nous arriveront pas personnellement. Le cœur de l'expérience traumatique est donc la conséquence de la perte de ces illusions quotidiennes salutaires. Janoff-bulman et McPherson Frantz qualifient cette perte comme étant *interne, intangible, puissante et douloureuse*. Les auteures ne se focalisent donc pas sur l'aspect externe des pertes qui surviennent au cours de la vie (perte d'un être aimé, d'une possession de valeur, de la santé physique, etc...). Ces pertes objectivables peuvent accompagner la perte interne d'illusions mais cette dernière pourrait aussi, selon elles, se produire en l'absence de changement externe. Selon ces auteures, lesdits survivants sont terrifiées par cette confrontation inattendue avec leur propre fragilité et ne sont pas préparés au choc de leur infortune. Face à ces bouleversements, la recherche de sens, pousse les personnes à se demander non seulement pourquoi cela arrive mais aussi « pourquoi moi ? ».

Janoff-bulman et McPherson Frantz distinguent toutefois l'accommodation ordinaire à la réalité des changements traumatiques, qui répondent à deux caractéristiques : 1) le changement survient à un niveau profond du système cognitivo-affectif à la différence d'un

changement superficiel et 2) il doit être soudain plutôt que progressif (comme peuvent l'être des apprentissages classiques). Ces changements génèrent des expériences émotionnelles qui submergent la personne. Leur brutalité perçue paralyse les capacités d'intégration cognitives et affectives.

Il revient alors à la charge des personnes éprouvées par le traumatisme de reconstruire leur monde interne. Faire face à l'ébranlement interne, implique de reconstruire leurs croyances sur le monde. C'est une tâche ardue qui requiert un équilibre délicat entre la confrontation aux pensées, aux sentiments, et aux images liées au traumatisme et leur évitement. Au fil du temps, avec l'aide de réévaluations cognitives ayant une signifiante personnelle et le soutien authentique des proches et des aidants, la plupart des victimes de traumatisme réussiraient à reconstruire leur monde intérieur. Elles pourraient alors avancer dans leur vie, qui ne serait plus complètement réduite à leur position de victime. Elles deviendraient des *survivantes*, selon le terme de Janoff-Bulman (1992, cité dans Janoff-Bulman, 2004).

Après une période d'ajustement où des croyances effrayantes, déduites de l'expérience traumatique, seraient reconnues (période accompagnée de symptômes de trouble de stress post-traumatique [TSPT]), le processus d'intégration reviendrait vers les anciennes croyances illusoires mais en relativisant leur degré de généralité. Des stratégies cognitives de relativisation et de réévaluation positive permettraient de maximiser la possibilité de percevoir de la bienveillance, du sens et de la valeur personnelle, ce qui vient revalider et renforcer les anciennes croyances. Ce processus ne serait ni volontaire ni conscient mais serait le reflet de l'équilibration du système cognitif et émotionnel¹⁹.

¹⁹ Il faudrait probablement réviser cette considération sur le caractère involontaire de la réévaluation positive, au regard de l'injonction au bonheur qui caractérise nos sociétés contemporaines (Illouz & Cabanas, 2018).

De façon inattendue, Janoff-bulman et McPherson Frantz incluent l'auto-accusation dans les stratégies permettant de renouer avec les anciennes croyances. Pour ce faire, il faut que les auto-reproches se limitent à la remise en cause de comportement et n'impliquent la valeur personnelle profonde. Ainsi, la perception du monde, ressenti comme aléatoire et injuste, est réduite. Ces auteures rappellent, à juste titre, que même dans des cas de viols, la victime est souvent blâmée et peut reprendre les accusations à son compte, pour son manque de précautions ou pire, pour avoir provoqué son agression (Bernstein et al., 2022). Enfin, la réduction de la dissonance entre l'événement et les croyances antérieures est également réduite, en transformant cette expérience en bénéfices, pour soi ou pour les autres, sous la forme de *leçons de vie*, permettant de retrouver le sentiment que ce qui arrive a un sens.

Le retour aux illusions perdues ne serait pourtant pas total, ni effectif pour tout le monde, mais en conservant un certain degré de désillusions, la plupart des personnes retrouveraient un fonctionnement normal. De fait, le développement de symptômes de TSPT au-delà de la phase aiguë de l'événement ne concernerait qu'une faible proportion de personnes exposées à un événement potentiellement traumatique (moins de 10 % selon Breslau, 2009)²⁰. Néanmoins, la possibilité de reconstruire un sens positif après une expérience de désillusion traumatique reposerait sur le fait d'être socialement ou thérapeutiquement accompagné(e), pour être soutenu(e) dans ce processus. A défaut, les circonstances de l'après-traumatisme ne fourniraient pas suffisamment de nouvelles expériences bénéfiques et sources d'espoir, pour réactualiser les anciennes croyances. Cette reconnaissance brutale de la fragilité de l'existence humaine ne donnerait alors pas lieu aux sentiments de force personnelle (d'avoir surmonté une épreuve) ou d'appréciation de la vie si

²⁰ Les probabilités conditionnelles de développer un TSPT après une exposition à un événement potentiellement traumatique varient selon le type d'événement considéré et selon la méthode de calcul employée (par ex., Huskey et al., 2015 ; Kessler et al., 1995).

le lien aux autres est excessivement détérioré voire rompu, ou encore si les circonstances traumatiques ne prennent pas fin en se répétant.

Cette conception du traumatisme psychologique met l'accent sur l'attaque du monde interne de la personne, quelles que soient les circonstances qui entrent en jeu, tant qu'elles ont le potentiel d'ébranler profondément les représentations de soi et du monde. Le parallèle peut être fait avec ce que décrivent les personnes souffrant de douleurs chroniques, qui ne se reconnaissent plus, et qui ont perdu leurs repères, leur confiance en elles, le sens de leurs relations et de la vie en général. Nous avons vu précédemment que face à la perte de sens, la recherche d'une explication conduit les personnes douloureuses à se vivre comme coupables d'une faute à rechercher, ou porteuses d'une défaillance interne source de honte (Nicola et al., 2021). Au-delà des réactions d'évitement du regard de l'autre, cette focalisation interne sur sa douleur morale s'ajoute à la douleur physique et contribue à cette rupture de la relation avec les autres (par ex., Wakefield et al., 2022). Comme Buytendijk (1951) ou Scarry (1985) l'ont décrit, le monde de la personne vivant des douleurs chroniques peut se désagréger, ce qui correspond bien à une atteinte profonde du système affectivo-cognitif dont parlent Janoff-bulman et McPherson Frantz.

La croissance post-traumatique

Soutenu par le développement de la psychologie positive, le concept de croissance post-traumatique (CPT) [*posttraumatic growth*] a suscité un engouement dans la recherche sur les effets des expositions traumatiques (Bowling et al., 2022). La CPT décrit l'expérience des personnes dont le développement positif, au moins dans certains domaines, a conduit à un meilleur niveau de fonctionnement par rapport ce qu'il était avant la lutte contre les circonstances de vie critiques (Tedeschi & Calhoun, 2004). La condition est que la perturbation soit suffisamment intense pour ébranler les croyances fondamentales, pour

ensuite engager une reconstruction positive²¹. En 1996, Tedeschi et Calhoun ont mis au point le *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), un auto-questionnaire qui évalue 5 dimensions de ces changements positifs dans les suites de traumatismes : la découverte de nouvelles possibilités, le renforcement de la relation aux autres, le sentiment de force personnelle, la spiritualité et l'appréciation de la vie. Les auteurs reconnaissent que la formulation des items de ces éventuels bénéfices les présente comme des changements effectifs issus de la confrontation avec les événements traumatiques alors qu'ils pourraient représenter en eux-mêmes des stratégies de *coping* (i. e., stratégies pour faire face), mêlant réévaluation et réinterprétation positives après-coup des événements. En cela, il est important de considérer qu'il s'agit de perceptions de changements et non nécessairement de changements effectifs, comme l'ont montré des études ultérieures (par ex., Frazier et al., 2009 ; Yanez et al., 2011). Il semblerait donc que les réponses au PTGI ne permettent pas de distinguer la part d'illusions positives qui aideraient à faire face à la situation, de la part de changements effectifs, comme le suggère le modèle *Janus-face* ou double-face de la CPT (Maercker & Zoellner, 2004).

Parmi les processus de traitement cognitif et affectif impliqué dans l'émergence de CPT, Joseph et al. (2012) soulignent le rôle des ruminations intrusives, induites par l'effondrement des croyances fondamentales et témoignant de la difficulté à intégrer les événements en jeu. Ces auteurs considèrent que le passage de ces ruminations intrusives, et plutôt passives, à des ruminations délibérées et réflexives est nécessaire pour la résolution de l'incompatibilité entre les informations liées au traumatisme et les croyances préexistantes sur le monde. Ce passage serait déterminé par les stratégies de coping utilisées (recours au soutien social, réévaluation, acceptation, etc...) et l'état émotionnel de la personne, mais aussi par le

²¹ Il n'est donc pas nécessaire que les circonstances traumatiques impliquent une menace vitale, une menace à l'intégrité physique ou des violences sexuelles, comme nous le verrons dans le chapitre suivant en ce qui concerne la caractérisation d'un TSPT.

degré de réactivité physiologique. Ils expliquent que l'hyperactivation végétative, incluse dans les symptômes de TSPT, favorise un état continu d'hypervigilance lié à une perception de menace et empêche alors le développement de ruminations réflexives. Dans le cas de douleurs chroniques, la réactivité physiologique (liées aux sensations douloureuses et à la peur de la douleur) entretient l'affectivité négative et les symptômes de TSPT (Barbano et al., 2021 ; Rogers & Farris, 2022). La chronicité des douleurs pourrait donc être un frein au développement de CPT, en maintenant un état d'hypervigilance qui ferait obstacle à la construction de sens.

Dans leur revue de littérature sur les facteurs favorisant l'émergence de la CPT, Henson et al. (2021) ont identifié le partage des émotions négatives, l'engagement cognitif (par des ruminations délibérées) dans la recherche de sens, des stratégies de coping de réévaluations positives, des traits de personnalité (par ex., l'agréabilité, l'extraversion, l'ouverture à l'expression, mais aussi le narcissisme et la tendance au contrôle obsessionnel), la perte de ressources et l'engagement dans des actions valorisées. Toutefois, Boals (2023) soutient que la CPT illusoire serait bien plus commune que les changements positifs authentiques. Il pointe différentes sources de surestimation de la présence de CPT : des défauts méthodologiques (par ex., la proposition de formulation exclusivement positive), des biais émotionnels et cognitifs orientant vers le positif ou distordant la réalité, le bénéfice pour l'image de soi, les attentes culturelles positives et la variabilité subjective de ce qui peut être considéré comme un changement positif. Une autre revue de littérature axée sur les biais cognitifs favorisant la perception de CPT mettant en évidence le biais de comparaison descendante (i. e., se comparer à des personnes dans une situation jugée pire que la sienne pour rehausser sa propre évaluation), les biais attentionnels vers le positif et la croyance dans le fait qu'un changement positif survient habituellement après un événement traumatique (Gower et al., 2023).

La complexité de la relation entre les symptômes de TSPT et le niveau de CPT a été souligné par Jayawickreme & Blackie (2016), qui rapportaient des études aux résultats divergents. Certaines ont mis en évidence une relation négative (Jonhson et al., 2007), d'autres ont dégagé une relation positive (Tedeschi & Calhoun, 1996) et d'autres encore, une indépendance de ces deux variables (Linley & Joseph, 2004). Par ailleurs, des études ont montré une relation curvilinéaire (en U inversé) entre les symptômes de TSPT et la perception de CPT (Levine et al., 2008 ; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014 ; Weber & Schulenberg, 2022). Si la détresse n'est pas assez éprouvante, ou si la situation est excessivement perturbante, les personnes n'ont pas la nécessité (dans le premier cas) ou les ressources (dans le second) pour s'engager dans un processus de reconstruction. Ceci suggère l'importance de considérer différents niveaux de perturbations traumatiques pour examiner la présence de CPT. La condition optimale pour le développement de CPT serait un niveau de détresse intermédiaire comme le suggérait Tedeschi et Calhoun (2004). Il semble donc qu'il n'y ait pas de relation simple et directe entre le fait de développer des symptômes de TSPT et de tirer un bénéfice de l'expérience traumatique en question.

D'après Kira et al. (2013), la relation entre la CPT et les symptômes de TSPT serait fonction du type de traumatisme. L'exposition à des traumatismes de type I (i.e., par des événements de survenue unique et qui ont pris fin), comme les accidents à menace vitale, en exposition directe ou en tant que témoin, était positivement associée à la présence de CPT. En revanche, l'exposition à des traumatismes principalement de type II ou traumatismes complexes (i. e., par des événements répétés dans le passé mais qui ont pris fin), comme ceux affectant l'identité personnelle (par ex., abus sexuels) ou ceux affectant les relations d'attachement (par ex., l'abandon d'un parent) n'était pas associée à des perceptions de CPT. Enfin, l'exposition à des traumatismes affectant l'identité collective (par ex., les discriminations ou les situations de grande pauvreté) dits de type III (i. e., par des événements

répétés dans le passé et toujours en cours) était négativement associée à la présence de CPT. La survenue de CPT pourrait donc être influencée par la nature de l'événement, mais aussi par sa temporalité. Les auteurs retrouvaient également que l'évaluation négative des événements traumatiques était le prédicteur le plus puissant du niveau de CPT et que cette relation était curvilinéaire, suggérant effectivement que des niveaux trop faibles ou trop élevés de perception négative de l'événement ne conduisaient pas à l'émergence de CPT.

Pour le contexte des douleurs chroniques qui nous intéresse, le facteur traumatique serait toujours en cours, ce qui rapprocherait donc cette situation de celle de traumatismes de type III. Pour autant, les processus de construction de sens à la suite des traumatismes continus portant atteinte à l'identité collective, dans l'étude de Kira et al. (2013), pourraient être différents de ceux à l'œuvre dans le contexte de douleurs chroniques. En effet, les douleurs chroniques isolent de l'entourage et ne permettent justement pas de s'appuyer sur un vécu directement partagé, sauf à recourir à des groupes de soutien de personnes souffrant également de douleurs.

La dépréciation post-traumatique

Dans sa revue de littérature, Park (2010) relève que la construction de sens dans les suites d'un événement traumatique peut se faire dans un sens négatif et, malgré cela, être perçue comme un bénéfice retiré du traumatisme. Elle cite l'histoire d'une femme, abusée sexuellement dans son enfance qui percevait comme un bénéfice le fait d'être moins naïve et d'avoir appris à faire moins confiance aux gens (McMillen et al., 1995). De tels produits de la recherche de sens ne seraient pas, selon Park, associés à des indices de meilleure adaptation psychologique. Pour autant, cela reste une façon de réduire l'écart entre la vision personnelle du monde et la réalité du ou des événements traumatiques et, par ce biais, cela pourrait paradoxalement avoir un effet apaisant, en faisant cesser les processus ruminatifs de recherche de sens (Davis & Morgan, 2008 ; Michael & Snyder, 2005).

En ce sens, Joseph et al. (2012) ont souligné la distinction entre les processus d'accommodation de la vision de soi et du monde à la nouvelle situation, et les processus d'assimilation qui maintiennent les croyances préexistantes par des réactions défensives de déni ou de distorsions des informations relatives au traumatisme. Pour les personnes ayant des douleurs chroniques, les processus d'assimilation tendent donc à maintenir l'idée qu'un retour au soi « d'avant » est possible, un soi espéré et idéalisé débarrassé des douleur (Yu et al., 2015). L'accommodation peut toutefois se faire dans le sens de la reconnaissance des effets négatifs de la douleur chronique. En cela, une reconstruction des croyances fondamentales peut aussi se faire dans un sens négatif, voire excessivement négatif par des processus de surgénéralisation, ou si les effets délétères des douleurs sont envahissants.

Ainsi, Baker et al. (2008) ont reformulé les items du PTGI dans un sens négatif pour évaluer la présence de ce qu'ils ont dénommé la *dépréciation post-traumatique* (DPT). Ils considéraient que le fait d'interroger les personnes exposées à des événements traumatiques uniquement sur des changements à valence positive était une limitation à l'étude des processus de reconstruction du sens. Cette focalisation sur les réponses positives induisait un biais méthodologique en orientant les réponses des participants (Park & Lechner, 2006). Plutôt que de proposer des items à évaluer sur une échelle bipolaire, ce qui aurait forcé le choix du côté positif ou négatif, ils ont proposé des couples d'items, l'un formulé positivement et l'autre, négativement. Le but était de rendre compte de l'expérience complexe des personnes faisant face à une crise de vie, au cours de laquelle la perception de bénéfices peut coexister avec la perception de pertes dans les mêmes dimensions de leur vie (Tedeschi & Calhoun, 2004). Cela peut apparaître contradictoire, en première instance, mais il est important de garder à l'esprit l'idée qu'avoir des attitudes, des pensées et des sentiments divergents ou contradictoires par rapport à des situations, des objets ou des personnes est une

composante normale du système cognitivo-affectif (Rothman et al., 2017). Ce phénomène désigné comme de l'ambivalence, s'applique aux représentations de soi et serait d'autant plus marqué chez des personnes traumatisées (Engelbrecht & Jobson, 2015).

Les résultats de Baker et al. (2008) montrent que les personnes vivant des expériences stressantes (ici, la mort d'un être cher, les difficultés scolaires chez des étudiants, les conflits conjugaux, des maladies graves) rapportaient bien simultanément des changements positifs et négatifs dans les mêmes dimensions évaluées par le PTGI. Les changements positifs (CPT) et négatifs (DPT) n'étaient pas corrélés entre eux, suggérant que la perception de la dépréciation serait indépendante de la perception de la croissance. Ces résultats ont été répliqués par Cann et al. (2010) dans un échantillon de personnes exposées à un événement traumatique (mort d'un être cher) ou hautement stressant (maladie grave). Dans cette seconde étude, les auteurs ont exploré les processus sous-jacents à la reconstruction et ont retrouvé des corrélations positives entre la CPT et la perturbation du système de croyances. Les ruminations délibérées (réflexives) étaient associées positivement à la CPT. En revanche, la DPT était associée négativement aux ruminations délibérées, et positivement aux ruminations intrusives. La croissance et la dépréciation contribuaient à la qualité de vie des personnes dans des sens opposés, la croissance modérant l'effet négatif de la dépréciation sur la qualité de vie. Cann et al. proposent comme explication à l'absence de relation entre la perturbation du système de croyance et la dépréciation, le fait que la DPT ne reflète pas directement la symptomatologie post-traumatique (résultant de l'ébranlement des croyances). Pourtant, la dépréciation était négativement reliée à la présence et à la recherche de sens dans la vie et n'était pas associée aux ruminations délibérées. Il était possible, selon eux, que la DPT rende compte d'une impossibilité de réviser le système de croyances en ayant des perceptions de soi et de sa vie altérées par les effets négatifs de l'expérience traumatique.

Récemment, Taku et al. (2020) ont examiné les relations de la CPT et de la DPT dans 10 pays, sur des échantillons de personnes rapportant un événement traumatique selon la caractérisation du *DSM-IV-TR* (APA, 2000) pour le TSPT. Globalement, les personnes rapportaient des niveaux de CPT supérieurs à ceux de DPT. Selon les pays, les niveaux de croissance et de dépréciation post-traumatiques étaient soit non-liés, soit associés selon une relation curvilinéaire dans laquelle la croissance est plus susceptible d'être rapportée pour des niveaux modérés de dépréciation. Ceci confirmait la coexistence possible de la croissance et de la dépréciation post-traumatiques. Compte tenu de l'association positive entre les symptômes de TSPT et la DPT, cette dernière semble bien être un indicateur des changements dits négatifs dans les suites de traumatismes. Les auteurs insistaient sur la relativité de cette qualification négative de la dépréciation post-traumatique qui serait dépendante de facteurs culturels et de genre. En effet, Oshiro et al. (2019) avaient montré, dans un échantillon de personnes japonaises, que certains changements supposément négatifs dans la culture occidentale pouvaient être perçus comme positifs dans d'autres cultures (par ex., « Je trouve difficile de clarifier mes priorités pour ce qui importe dans la vie »). D'autres inconstances culturelles apparaissaient, comme le fait que la CPT soit prédite positivement par le réexamen des croyances fondamentales et les ruminations délibérées ou intrusives. De même, les ruminations intrusives et la centralité de l'événement traumatique n'étaient pas systématiquement associées aux niveaux de DPT. Nous pensons qu'il est possible que ces différences soient aussi liées à la non-linéarité des relations entre ces variables qui appelleraient d'autres types d'analyse. Pour Jayawickreme et Blackie (2016), la non-prise en compte des effets intriquées de la CPT et de la DPT dans les recherches pourrait expliquer les résultats contradictoires sur les relations entre le CPT et l'ajustement à des événements traumatogènes.

En lien avec l'aspect social de ces processus, Taku et al. (2020) ont aussi relevé de façon consistante dans les 10 pays, une association positive entre la CPT et les effets positifs de la révélation de soi, ainsi qu'entre la DPT et les aspects négatifs éventuels du partage d'expérience. La perception de CPT serait donc bien inséparable de la qualité des liens sociaux pourvoyeurs de réponses soutenant (sans, pour autant, empêcher totalement la perception de DPT). En revanche, quand l'expression de soi entraîne des réponses qui majorent la confusion interne et les émotions négatives, cela conduit plus vraisemblablement à de la dépréciation. Une des limites présentées à leurs résultats est le fait que les perceptions de CPT et de DPT puissent être influencées par le type d'événement en jeu (Michélsen et al., 2017).

En faisant le parallèle avec l'expérience des douleurs chroniques, il est important d'étudier la possible survenue de croissance et de dépréciation simultanément, ce qui est l'objet de notre deuxième étude empirique. Cette étude est nécessaire au regard du manque de données dans la littérature sur la présence de CPT chez des personnes ayant des douleurs chroniques. Ce manque est encore plus marqué en ce qui concerne la DPT, phénomène dont la conceptualisation est plus récente. Si la DPT est associée à une difficulté d'intégration des conséquences du traumatisme, elle pourrait être davantage perçue quand le rapport aux douleurs est plus envahissant.

Chapitre 4 : Approche Psychopathologique des Douleurs Chroniques

Douleur chronique et détresse émotionnelle

Les syndromes douloureux chroniques sont fréquemment associés à des comorbidités psychiatriques qui majorent la détresse émotionnelle, l'intensité perçue, l'interférence avec les activités de la vie quotidienne et réduisent la réponse aux traitements antalgiques (Outcalt et al., 2015). Les douleurs chroniques sont un facteur de risque pour le développement de troubles dépressifs : 20–50% des personnes ayant des douleurs chroniques souffriraient de troubles dépressifs (Mills et al., 2019). Les patients déprimés montreraient une plus grande réactivité émotionnelle que ceux non-déprimés, et cette réactivité entraverait la capacité à réguler les réactions à la douleur (Vadivelu et al., 2017). Il en résulte que la dépression mais aussi les symptômes anxieux et les croyances négatives sur la douleur ont été associées non seulement au développement de douleurs chroniques mais aussi à la péjoration de leur pronostic (Mills et al., 2019 ; Roughan et al., 2021)

Les premiers modèles sur la peur et l'évitement de la douleur ont porté sur l'étude des personnes ayant des douleurs lombaires. Le handicap était expliqué par un cercle vicieux impliquant des pensées et des comportements qui se manifestent indépendamment de pathologie sous-jacente (Zale & Ditre, 2015). Selon Vlaeyen et Linton (2000), les croyances sur la signification des douleurs, en termes de dommages corporels, conduisent à des peurs de la douleur et à l'évitement d'activités et de mouvements associés. Ces évitements amènent progressivement à une plus grande interférence des douleurs dans la vie quotidienne et à des symptômes dépressifs qui renforcent l'expérience négative de la douleur.

Vlaeyen et al. (2016) expliquent que la douleur correspond à un stimulus non conditionné qui active la peur, en tant que réponse émotionnelle d'anticipation d'un danger imminent. Cette réponse inconditionnelle à la douleur se reporte sur des stimuli initialement neutres, liés causalement ou fonctionnellement au déclenchement de la douleur. Ces stimuli

neutres, devenus conditionnés, capturent l'attention et déclenchent des réponses de peur et d'évitement par protection. Ces évitements se maintiennent par renforcement négatif (i.e., si la douleur ne survient pas, le comportement d'évitement tend à se reproduire) et, s'ils concernent des activités valorisées par la personne, induisent davantage de détresse émotionnelle.

Selon Bunzli et al. (2016), bien que ce modèle soit soutenu par de nombreuses études quantitatives montrant l'intérêt de réduire les croyances liées à la peur de la douleur, d'importantes limites entravent la pertinence clinique de ce modèle dans des interventions centrées sur le patient. En effet, ils remarquent que l'on ignore les raisons pour lesquelles certaines personnes, à hauts niveaux de peurs, entreront dans ce cercle vicieux alors que d'autres non. En s'appuyant sur la recommandation de Pincus et al. (2010), ils ont été attentifs aux récits personnels pour comprendre les peurs et croyances sous-jacentes à la peur du mouvement lié à la douleur. Leur analyse qualitative d'entretiens avec des patients souffrant de douleurs lombaires montrait, pour la moitié de leur échantillon, que l'évitement des activités pouvait être motivé par la croyance que des mouvements augmenteraient leur souffrance et la perte fonctionnelle, sans que ces personnes n'adhèrent à la croyance de dommages physiques induits par ces mêmes mouvements. Les personnes qui entraient dans le cercle vicieux de la peur de l'évitement considéraient leurs douleurs comme imprévisibles, incontrôlables et/ou intenses, ce qui rendait l'expérience des douleurs menaçante. Ces personnes ne parvenaient pas à donner du sens à leurs expériences et recourraient aux explications communes de dommages corporels ou se basaient sur leurs précédents échecs thérapeutiques pour justifier leurs attitudes vis-à-vis de la douleur. Dans cette optique, O'Hagan et al. (2013) ont proposé que l'absence de sens rendait les douleurs plus menaçantes, favorisant le recours à des conduites d'évitement, alors que retrouver la capacité à prédire

l'évolution de sa douleur en fonction de ses actions redonnait un sentiment de contrôle sur les douleurs et réduisait leur caractère menaçant. Ainsi, la croyance dans le fait de se blesser ou d'aggraver sa situation ne serait pas la cause de la peur, centrale dans le modèle de Vlaeyen et Linton (2000), mais serait une façon (aussi inadaptée soit-elle à long terme) de se raccrocher à du sens face au danger d'être piégé(e) dans une situation absurde et incontrôlable.

Le lien entre la présence de sens et les symptômes dépressifs chez les personnes ayant des douleurs chroniques a été montré par Aguilar-Latorre et al. (2023) dans une méta-analyse. Ils ont mis en évidence une association modérée entre les symptômes dépressifs et le sentiment de cohérence. Ce sentiment est une notion centrale de la théorie de la *salutogenèse* d'Antonovsky (1996). Ce mot est formé sur le modèle de *pathogenèse*, pour penser, par contraste les facteurs qui concourt au développement et au maintien de la santé. Selon cette théorie, le sentiment de cohérence correspond à la capacité perçue d'un individu à comprendre et à orienter efficacement ses actions pour gérer des situations stressantes. Il s'accompagne d'une solide confiance dans le fait que les stimuli internes ou de l'environnement externe sont structurés, prévisibles et explicables, que les ressources pour y faire face sont disponibles et que ces situations contraignantes représentent des défis qui valent la peine de s'y engager. Récemment, Boring et al. (2022) ont montré que le sentiment de cohérence était associé à une fréquence et un risque réduits de développer diverses douleurs (céphalées, douleurs dorsales, articulaires et des extrémités). De plus, ils ont trouvé que ce sentiment était médiateur de la relation entre le sens global donné à la vie et la sévérité des douleurs et qu'il prédisait les fluctuations hebdomadaires des douleurs.

Comorbidité douloureuse et TSPT

Parmi les comorbidités psychiatriques des douleurs chroniques, les troubles dépressifs sont parmi les plus étudiés mais une plus faible attention a été accordée aux associations entre

les douleurs chroniques et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Johnston & Huckins, 2022). A notre connaissance, il n'y a pas d'étude qui se penche spécifiquement sur la relation entre le sentiment de cohérence et les symptômes de stress post-traumatique chez des patients souffrant de douleurs chroniques. Cependant, selon une méta-analyse de Schäfer et al. (2019), il y aurait une corrélation négative modérée entre le sentiment de cohérence et le niveau de symptômes de TSPT pour différents types d'événements traumatiques. Leurs résultats montraient une absence de modulation de ce lien statistique, ni selon le type de traumatismes, ni selon la caractérisation par le critère A du TSPT qui détermine si un événement peut entrer dans le cadre de ce trouble. Autrement dit, le lien entre le sentiment de cohérence et les symptômes de TSPT n'était pas influencé par le fait que l'événement relève d'un diagnostic de TSPT. Pour Schäfer et al., ceci laissait la possibilité de considérer des événements qui seraient traumatiques selon l'abord phénoménologique des croyances fondamentales ébranlées (Janoff-Bulman, 2004).

Selon le *DSM-5* (*American Psychiatric Association* [APA], 2013), le diagnostic de TSPT requiert, pour répondre à son critère A, l'exposition à la mort effective d'une personne ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles²². La symptomatologie se décline en quatre sous-ensembles de symptômes associés à l'événement traumatique, survenant à sa suite et qui persistent au-delà de 30 jours : des symptômes envahissants ou dits intrusifs (i. e., souvenirs intrusifs, cauchemars répétitifs, *flashbacks*, détresse et réactions physiologiques intenses lors d'exposition à des rappels de l'événement), des évitements persistants des stimuli rappelant l'événement (par ex., souvenirs, pensées, sentiments ou rappels externes des circonstances), des altérations négatives des cognitions et

²² Cette exposition peut se réaliser de différentes façons : en étant directement exposé, en étant témoin direct, en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un proche (le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels), en étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives d'événements traumatiques (p. ex. situations professionnelles de secours ou d'assistance). La caractérisation de l'événement potentiellement traumatique et les critères des sous-ensembles de symptômes sont les mêmes dans la récente vision du *DSM-5-TR* (APA, 2022).

de l'humeur (amnésies, croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde, état émotionnel négatif persistant teinté de peur, de colère, de culpabilité ou de honte, sentiment de détachement ou de devenir étranger vis-à-vis d'autrui, perte d'envies, anhédonie), des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité (irritabilité voire agressivité, comportements autodestructeurs, une hypervigilance et des réactions de sursaut exagéré, problèmes de concentration et de sommeil).

La co-occurrence d'un TSPT et de douleurs chroniques nécessite d'examiner les relations temporelles de développement de ces deux situations selon trois possibilités (Fishbain et al., 2017) : 1) une personne avec un antécédent de TSPT développe des douleurs chroniques, 2) une personne avec des douleurs chroniques fait l'expérience d'un événement traumatique et développe un TSPT, ou 3) une personne fait l'expérience d'un événement qui provoque à la fois des douleurs chroniques et un TSPT. La présence dans un échantillon de personnes répondant à cette troisième situation augmente la probabilité d'observer une comorbidité avec une prévalence élevée. S'agissant de la présence de symptômes de TSPT avec des douleurs chroniques, Fishbain et al. font remarquer que l'hyperréactivité, l'irritabilité, la colère et les perturbations du sommeil ou de la concentration peuvent être déterminées directement par les douleurs. L'accent a également été mis sur le parallélisme d'ensembles symptomatiques dans les deux conditions (douleurs chronique et TSPT) que sont les évitements comportementaux, l'hyperréactivité physiologique et les cognitions considérées comme inadaptées (Outcalt et al., 2015).

La prévalence des symptômes de TSPT serait supérieure dans les populations de personnes ayant des douleurs chroniques par rapport à celle en population générale. En 2019, Akhtar et al. rapportaient une prévalence de 28% parmi les patients d'un centre de traitement de la douleur alors que les données du *National Comorbidity Survey Replication* (Kessler et

al., 2005) indiquaient un taux de 6,8% en population générale. Ceux présentant des symptômes d'TSPT présentaient des douleurs plus intenses. Selon une méta-analyse d'études portant sur la comorbidité des douleurs chroniques avec le TSPT chez des vétérans, la présence d'un diagnostic de TSPT prédisait, avec un effet de grande taille, des douleurs plus intenses, plus handicapantes, davantage de pensées catastrophiques, de troubles du sommeil et de symptômes dépressifs et dans cette même ligne, un moindre sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis des douleurs (Benedict et al., 2020).

En 2019, McAndrew et al. ont mené une étude prospective auprès de militaires déployés au combat (avant le déploiement, immédiatement après, à 3 mois et à 1 an après) pour examiner les relations réciproques entre les symptômes de TSPT et les symptômes physiques chroniques comprenant des douleurs (5 items parmi 15 au sein du *Patient Health Questionnaire-15* [PHQ-15] ; Kroenke et al., 2002). La plupart (90%) rapportaient ne pas avoir été physiquement blessés au cours de leurs opérations. Les symptômes physiques prédisaient positivement les symptômes de TSPT au temps de mesure suivant alors que les symptômes de TSPT en post-déploiement immédiat prédisaient seulement les symptômes physiques 3 mois après. Les auteurs pensent que cette asymétrie de la relation temporelle, retrouvée dans des études antérieures, est liée à des questions d'ordre méthodologique et maintiennent la possibilité d'un entretien mutuel. De plus, ils soulignent l'intérêt de ces résultats : des symptômes physiques qui ne sont pas le résultat de blessures traumatiques pourraient aussi prédire des symptômes de TSPT.

En dehors du contexte des traumatismes de guerre, une étude portant sur un large échantillon de personnes traitées en ambulatoire pour un cancer montrait une prévalence de 31,2% pour un niveau cliniquement significatif de symptômes de TSPT et de 63,5 % pour la présence de douleurs, sans toutefois donner leur taux de co-présence (Unsel et al., 2021). Les symptômes de TSPT et de trouble dépressif, mais pas les symptômes anxieux, prédisaient

la sévérité de la douleur perçue. Le traumatisme supposé en jeu était en rapport avec la maladie cancéreuse (qui en dehors de circonstances catastrophiques ne donne plus lieu à un diagnostic de TSPT selon le *DSM-5*). Enfin, dans une revue systématique des études rapportant les relations entre TSPT et douleurs chroniques selon le type de douleurs, Fishbain et al. (2017) rapportaient des prévalences de TSPT allant de 0,69% pour les douleurs lombaires à 50,1% chez les vétérans ayant des formes variables de douleurs. La prévalence du TSPT dans la population globale des personnes avec douleurs chroniques de leur étude était de 9,8 %. Ce chiffre s'écartait peu des prévalences en population générale (indépendamment de la présence de douleurs ; 6 % pour les hommes et 12 % pour les femmes). Tous les sous-groupes de personnes douloureuses, sauf celui avec des douleurs lombaires, présentaient une prévalence supérieure à celle de la population globale des personnes douloureuses.

Dynamique des relations entre douleurs chroniques et TSPT

En distinguant les différents ensembles de symptômes de TSPT, Roth et al. (2021) ont trouvé que les relations avec la douleur (intensité et interférence dans une échelle composite) des symptômes d'évitement, des altérations des cognitions et de l'humeur, et de l'hyperréactivité étaient totalement médiées par les niveaux d'anxiété et de dépression. En revanche, l'effet des symptômes d'intrusion sur la douleur n'était pas médié par le niveau de symptômes dépressifs et seulement partiellement par le niveau de symptômes anxieux. Les auteurs expliquent leurs résultats en s'appuyant sur le travail de Leidl et al. (2010). Ces derniers ont qualifié de fondamental le rôle des symptômes d'intrusion et d'hyperréactivité dans le développement et le maintien de la douleur, chez les patients blessés au cours des circonstances donnant lieu à un TSPT. Néanmoins, ils ne fournissent pas d'explication permettant de comprendre pourquoi les résultats des médiations diffèreraient pour ces deux variables. Peut-être que la nature du traumatisme en jeu (répondant aux critères du TSPT ou non) mobilise des processus spécifiques pour des symptômes d'intrusion attribuables à

l'événement du TSPT alors que les symptômes d'hyperréactivité sont moins discernables de la réactivité physiologique liée aux douleurs chroniques.

La question s'est posée de savoir si l'impact du TSPT sur les douleurs chroniques serait principalement expliqué par l'importance des relations réciproques entre symptômes dépressifs et douleurs (Outcalt et al., 2015). Runnals et al. (2013) ont montré que les symptômes de TSPT prédisent plus de plaintes douloureuses, indépendamment des symptômes de dépression, mais que le niveau des plaintes augmentait considérablement pour les personnes présentant conjointement un TSPT et des symptômes de dépression. En contrôlant statistiquement l'effet de la dépression pour isoler la participation des symptômes de TSPT, l'écueil principal serait alors d'exclure une composante affective majeure du TSPT (Alschuler & Otis, 2012). Bien qu'un effet médiateur des symptômes dépressifs sur la relation entre les symptômes de TSPT et l'interférence ou l'intensité de la douleur ait été identifié (e.g., Kelsall et al., 2014 ; Morasco et al. (2013), les symptômes de TSPT exerceraient une influence indépendante sur les variables liées à la douleur (Outcalt et al.).

Plusieurs théories ont été développées pour tenter d'expliquer ces relations entre l'expérience des douleurs chroniques et les symptômes de TSPT, au vu des facteurs de risque communs et de la contribution réciproque des deux symptomatologies dans les difficultés respectives. Tout d'abord, Sharp et Harvey (2001) ont proposé le modèle de l'entretien mutuel pour expliquer la forte comorbidité entre les symptômes de TSPT et les douleurs chroniques. Ce modèle est d'autant plus pertinent que la cause des douleurs est rattachée à l'événement traumatique en question, comme par exemple, dans les suites d'une blessure par accident ou agression. Il s'appuie sur des mécanismes communs aux deux situations : des biais

attentionnels orientés vers les stimuli menaçants, la sensibilité à l'anxiété²³ qui favorise les interprétations catastrophiques, les rappels de l'événement traumatique lié aux douleurs activant les symptômes de TSPT, les symptômes dépressifs, les conduites d'évitement et la diminution de l'activité physique qui en résulte. Sharp (2004) propose également que le coût cognitif considérable accaparé par les douleurs et les symptômes de TSPT limite la capacité à mettre en place des stratégies efficaces de réduction de la douleur car celles-ci requièrent un contrôle de l'attention. Ce modèle justifie donc de cibler les approches thérapeutiques sur des facteurs transdiagnostiques, cognitifs et comportementaux, en favorisant par exemple l'exposition aux situations évitées, ou en reprenant progressivement une activité physique pour enrayer le déconditionnement à la mobilisation et à l'effort (Gilliam et al., 2019).

Un autre modèle considéré par ces concepteurs, Liedl & Knaevelsrud (2008) comme un modèle d'entretien mutuel est celui de l'évitement continu (*perpetual avoidance model*) applicable à la comorbidité des douleurs musculo-squelettiques et du TSPT. Ce modèle propose que le TSPT induit la présence de douleurs et non l'inverse, puis que les deux s'entretiennent ensuite. Plus précisément, un haut niveau de symptômes d'hyperréactivité à la suite d'un événement traumatique entraîne des douleurs par une augmentation des tensions musculaires. Dans le même temps, l'interprétation dysfonctionnelle de la douleur comme étant menaçante (catastrophisme) entretient des conduites d'évitement. Ceci génère un cercle vicieux dans lequel les symptômes d'intrusion déclenchent des symptômes d'hyperréactivité, qui favorisent des évitements, lesquels en réponse, entraînent davantage d'intrusion et de douleurs (de Vries et al., 2021 ; Liedl et al., 2010).

²³ La sensibilité à l'anxiété reflète le degré auquel un individu perçoit comme menaçantes l'anxiété et les sensations corporelles associées (McNally, 2002).

Asmundson et al. (2002) ont étendu le modèle de l'entretien mutuel en proposant le modèle de la vulnérabilité partagée. Il est basé sur des facteurs individuels, possiblement déterminés génétiquement et activés par l'environnement, qui prédisposent aux douleurs musculosquelettiques et au développement d'un TSPT. Ce modèle suggère une interaction entre une vulnérabilité psychologique aux sentiments de perte de contrôle et d'anxiété, et un seuil physiologique abaissé pour le déclenchement de réactions d'alarmes par des événements stressants (par exemple un événement traumatique ou une blessure). Cette interaction influence des réponses émotionnelles négatives, ainsi que leurs conséquences physiologiques, comportementales et cognitives, et explique le développement de TSPT, de douleurs chroniques et de leur co-occurrence (Asmundson et Katz, 2009). Ici encore, selon ce modèle, la comorbidité des douleurs, en l'occurrence musculosquelettiques, et du TSPT est d'autant plus probable quand les personnes sont exposées à un événement à la fois traumatique et douloureux, et que les rappels de l'événement et les sensations de douleur entretiennent l'activation de réactions d'alarme. Selon ce modèle, des seuils d'alarme plus bas renvoient à un dysfonctionnement du système nerveux végétatif, induit par l'anxiété, et qui est un trait commun au TSPT et à la douleur chronique (Katz et al., 2014). Asmundson et Katz ajoutent que la compréhension des ressorts de cette comorbidité peut s'étendre à des troubles anxieux fréquemment associées aux douleurs chroniques²⁴. Les symptômes de réactivité physiologique et la réduction des émotions positives, qui sont des caractéristiques générales de troubles anxieux, peuvent maintenir ou exacerber les douleurs. Réciproquement, les composantes de l'expérience de la douleur (i. e., activation physiologique, catastrophisme lié à la douleur et évitement de l'activité physique) peuvent aussi maintenir ou amplifier les symptômes d'anxiété, laquelle renforce en retour l'anxiété relative à la douleur (Bailey et al., 2010).

²⁴ A ce moment-là de leur théorisation, le TSPT était inclus dans la catégorie des troubles anxieux du *DSM-IV-TR* (APA, 2000).

Dans cette lignée de recherches sur des prédispositions communes au TSPT et aux douleurs chroniques, le modèle de la triple vulnérabilité proposés par Otis et al. (2003) est une adaptation du modèle, spécifique au TSPT, de Keane et Barlow (2002). Les 3 types de facteurs prédisposants sont une vulnérabilité biologique générale, une vulnérabilité psychologique générale basée sur des expériences précoces de contrôle (ou d'impuissance) sur des événements marquants, et une vulnérabilité psychologique spécifique issue d'apprentissages de focalisation de l'attention et de l'anxiété sur des situations spécifiques. Dans le modèle de Keane et Barlow, après la survenue d'un événement perçu comme traumatique, une réponse automatique d'alarme est immédiatement activée. Cela lie (par conditionnement) des caractéristiques de l'événement traumatique à la réaction d'alarme, ce qui leur donne le potentiel de déclencher des alarmes conditionnées, dites apprises, et les fait percevoir également comme incontrôlables et imprévisibles. Ces stimuli conditionnés feront l'objet d'une hypervigilance et de conduites d'évitement, et pourront activer des souvenirs intrusifs. Tout ceci peut être modéré par le recours à des stratégies de coping adaptées ou du soutien social. Ce modèle propose ainsi que l'affectivité négative et le sentiment d'impuissance font parties intégrantes du développement du TSPT (Katz et al., 2014).

Dans la variation de ce modèle, Otis et al. (2003) évoquent une disposition génétique à développer des douleurs chroniques, un facteur psychologique général en situation de douleurs, à savoir la croyance que la douleur survient d'une façon incontrôlable et imprévisible, et des facteurs spécifiques qui entretiennent les douleurs, comme un sentiment d'impuissance. La perception d'incontrôlabilité des douleurs favorise un faible sentiment d'auto-efficacité et des émotions négatives. La peur d'être confronté à la douleur motive ensuite des conduites d'évitement dans la vie quotidienne, ce qui renforce en retour la perception d'incontrôlabilité et le sentiment d'impuissance. Ainsi, les rappels de douleurs et

les rappels de l'événement traumatique peuvent générer des alarmes, avec la perception d'incontrôlabilité comme point commun au TSPT et vis-à-vis des douleurs.

Bien que dans ce modèle, les douleurs soient perçues de la même façon que les éléments de l'événement traumatique, Otis et al. ne vont pas jusqu'à les considérer comme traumatiques en elles-mêmes. Pour eux, la douleur peut avoir été directement associée à l'événement en question ou alors, les sentiments générés par des douleurs peuvent entretenir les symptômes de TSPT.

Applications thérapeutiques

En s'appuyant sur cette co-occurrence des expérience post-traumatiques et de douleurs chroniques, des programmes de traitements ont examiné la contribution des symptômes de TSPT dans l'amélioration des douleurs. Dans un programme de thérapie d'acceptation et d'engagement [*acceptance and commitment therapy* ; ACT]) pour les douleurs chroniques chez des vétérans, Herbert et al. (2019) n'ont pas retrouvé de modération des symptômes de TSPT sur les effets en post-traitement alors que ces symptômes modéraient la réduction des symptômes dépressifs au suivi à 6 mois. Plus précisément, les participants présentant seulement des douleurs chroniques montraient une amélioration des symptômes dépressifs alors que ceux ayant un TSPT retrouvaient un niveau similaire à celui avant traitement.

Dans un autre programme de réhabilitation de patients ayant des douleurs chroniques, Åkerblom et al. (2020) n'ont pas retrouvé d'effet prédictif de l'exposition à des événements potentiellement traumatiques, ni de la sévérité des symptômes de TSPT, sur l'intensité ou l'interférence de la douleur au suivi à 12 mois. Les participants ne rapportaient pas d'amélioration statistiquement significative de leurs symptômes de TSPT malgré une réduction des symptômes anxieux, dépressifs, et des niveaux d'intensité et d'interférence des douleurs.

Pour identifier les mécanismes qui rendent compte de la relation entre douleurs chroniques et TSPT, Gilliam et al. (2019) ont évalué les effets d'un programme de réhabilitation en réalisant une série d'analyses de médiations parallèles. Les médiateurs de la relation entre les symptômes de TSPT et la sévérité, ou l'interférence, de la douleur étaient le niveau de catastrophisme et les symptômes dépressifs. Ces analyses ont montré que le catastrophisme de la douleur médiait totalement la relation entre les symptômes de TSPT et les variables de la douleur, au-delà de l'influence des symptômes dépressifs. Avec la poursuite de leur expérimentation, Gilliam et al. (2020) montraient que la plupart des patients présentaient une nette amélioration de leur symptomatologie post-traumatique, alors même que les symptômes de TSPT n'étaient pas la cible de la prise en charge, plutôt centrée sur les réactions de peur, d'évitement et les pensées négatives liées aux douleurs. Les patients avec un probable TSPT (i. e., haut niveau de symptômes) répondaient aussi bien à la prise en charge que ceux avec des niveaux de symptômes subcliniques. La réduction du niveau de catastrophisme médiait l'effet du traitement sur les symptômes de TSPT et sur l'interférence des douleurs, au-delà de l'influence de la réduction de la symptomatologie dépressive. Ces auteurs soulignent donc le rôle majeur, dans les programmes thérapeutiques, de cette composante cognitive de la peur de la douleur qu'est le catastrophisme.

Par une étude longitudinale menée sur des adultes admis en unité de prise en charge de brûlures, de Vries et al. (2021) ont testé les relations entre les sous-ensembles de symptômes de TSPT et les douleurs, au cours de l'hospitalisation puis 3 et 6 mois plus tard. Leurs résultats montraient que les symptômes d'intrusion à l'hôpital prédisaient le niveau de douleurs et les symptômes d'évitement (de TSPT) à 3 mois. La douleur à l'hôpital prédisait les symptômes d'intrusion et d'évitement à 3 mois. Entre le troisième et le sixième mois, les symptômes d'intrusion prédisaient le niveau de douleurs et les symptômes d'hyperréactivité ; la douleur prédisait l'hyperréactivité. Ces résultats font une place importante aux symptômes

d'intrusion et d'hyperréactivité, par rapport à ceux d'évitement, dans les relations intriquées du TSPT et des douleurs chroniques. Cette observation avait déjà été faite par Lehinger et al. (2020) qui avait retrouvé des corrélations plus faibles entre les symptômes d'évitement et les évaluations de la douleur qu'avec les autres sous-ensembles de symptômes. De plus, la relation entre les évitements et la douleur n'étaient plus statistiquement significative après contrôle par les symptômes d'altérations émotionnelle et cognitive. A l'inverse, la relation entre ce dernier ensemble et la douleur restait significative après contrôle par les symptômes d'évitement. Lehinger et al. (2020) recommandait ainsi de reconsidérer la théorie de l'entretien mutuel en accordant une moindre importance aux symptômes d'évitement du TSPT et davantage aux altérations négatives des cognitions et de l'humeur.

Parmi des personnes prises en charge pour une blessure traumatique, Giummarra et al. (2017) ont relevé que 12 mois après leur hospitalisation celles rapportant des douleurs chroniques avaient 3 fois plus de risque de présenter un probable TSPT (selon le niveau de symptômes évalués par la PCL-C²⁵) que celles sans douleur. Des analyses de corrélations canoniques (mesure d'associations entre deux jeux de données) montraient que les variables relatives aux douleurs (sévérité, interférence, catastrophisme, peur du mouvement, auto-efficacité) étaient associées aux symptômes de TSPT et plus particulièrement, aux symptômes d'altérations des cognitions et de l'humeur, puis à ceux d'hyperréactivité et d'évitement, par ordre d'importance. Les symptômes de TSPT étaient associés de façon prédominante au catastrophisme et à un faible sentiment d'auto-efficacité, deux variables déterminantes parmi les croyances liés à la peur de douleur.

²⁵ *Posttraumatic stress disorder Checklist-Civilian Version* (Weathers et al., 1993) basé sur la caractérisation du TSPT selon le *DSM-IV-TR* mais dont les items ont été réorganisés pour correspondre aux sous-ensembles symptomatiques du *DSM-5*.

Ainsi, le catastrophisme de la douleur et les croyances de peur et d'évitement auraient un effet médiateur dans la relation entre les symptômes de TSPT et la sévérité de la douleur (par ex., Vaegter et al., 2018). Les croyances inadaptées et les difficultés de traitement cognitif, qui surviennent à la fois dans le TSPT et avec les douleurs chroniques, induiraient des stratégies de *coping* inadaptées (comme la pensée magique ou le catastrophisme) et l'évaluation négative de sa capacité à faire face (Meredith et al., 2018). C'est pourquoi Kind et Otis (2019) proposaient dans leur revue narrative de la littérature que le catastrophisme soit considéré comme un facteur clé dans le passage de la douleur aiguë à la douleur chronique et dans la relation entre les douleurs et les symptômes de TSPT.

Cependant, Ravn et al. (2018) ont trouvé, par les résultats d'une méta-analyse portant sur des études longitudinales, que les éléments de preuve pour des relations bidirectionnelles et des interactions unidirectionnelles entre les symptômes de TSPT et les variations de douleurs étaient inconsistants. Leur étude suggérait également que les sous-ensembles de symptômes d'hyperréactivité et d'intrusions étaient d'une importance particulière dans l'évolution temporelle tandis que les symptômes d'évitement ne ressortaient pas comme centraux dans les relations entre symptômes de TSPT et douleurs. Ils expliquent que l'hyperréactivité pourrait s'appuyer sur une tendance aux interprétations catastrophiques et à l'anticipation des sensations corporelles. Par ailleurs, les preuves d'une médiation par le catastrophisme de la relation entre la douleur et les symptômes de TSPT étaient non concluantes. De plus, il mettait en garde sur le fait que l'hyperréactivité physiologique, composée d'une réactivité anxieuse et d'une réactivité dysphorique (Armour et al., 2016), pourrait simplement être le reflet de l'expérience de la douleur. Une autre remise en cause des modèles et des études précitées a été apportée par Devlin et al. (2022). Ils ont montré que les personnes ayant un haut niveau de symptômes de TSPT, considéré ici comme un probable diagnostic, avaient un niveau de peur et d'évitement de la douleur plus élevé, mais ne

différait pas significativement de ceux sans TSPT au niveau de l'intensité de la douleur ou du handicap associé. Ils ont toutefois retrouvé une association indirecte entre les symptômes de TSPT et le handicap de la douleur via la peur et de l'évitement de celle-ci.

Enfin, dans leur méta-analyse d'études rapportant des essais cliniques d'interventions ciblant conjointement les symptômes de TSPT et les douleurs chez des adultes, Goldstein et al. (2019) concluaient que l'efficacité sur les douleurs (i. e., intensité et interférence) étaient inférieures à celles sur le TSPT. Ces résultats interrogent sur la cible pertinente des thérapies visant à prendre en charge les expériences traumatiques dans un contexte de douleurs chroniques.

La compréhension des relations entre les douleurs chroniques et les symptômes de TSPT nécessitent donc d'être approfondie. Dans les études présentées, les traumatismes considérés étaient distincts de l'expérience de la douleur chronique ou étaient éventuellement associés aux circonstances de développement des douleurs. Bien que la douleur puisse générer des symptômes comparables à ceux d'un TSPT, l'expérience des douleurs chroniques n'était pas considérée comme potentiellement traumatique en soi.

L'assimilation de la douleur, en elle-même, à un facteur de stress traumatique a été proposée par Kleiman et al. (2011) avec le concept de *sensibilité au traumatisme de la douleur* (STD) [*sensitivity to pain traumatization*], justement sur la base des réactions analogues à la douleur et dans un TSPT. Cette sensibilité a été introduite par Rosenbloom et al. (2013) dans une combinaison des modèles d'entretien mutuel et de vulnérabilité partagée pour expliquer la comorbidité du TSPT et des douleurs chroniques, dans les suites de blessures musculo-squelettiques traumatiques. L'association des douleurs avec un autre événement reste ici le cas²⁶. Cette sensibilité au traumatisme de la douleur figure parmi les

²⁶ Nous notons qu'ici le terme *traumatique* caractérisant l'événement causant les blessures peut prêter à confusion. Il peut s'agir d'un traumatisme physique sans que cela puisse être considéré comme un traumatisme psychique au regard du DSM-5. En effet, les auteurs intègrent dans les blessures traumatiques celles qui seraient auto-infligées.

facteurs de vulnérabilité psychologique, au même titre que la sensibilité à l'anxiété du modèle de l'entretien mutuel (Sharp & Harvey, 2001). Néanmoins, attribuer à la douleur un potentiel traumatique nécessite d'aller au-delà de la caractérisation actuelle des événements traumatiques selon le critère A du TSPT dans le *DSM-5*.

Objectifs principaux

L'abord phénoménologique de l'expérience douloureuse a mis en évidence la possibilité de la considérer comme une expérience traumatique, dans le sens où les structures habituelles qui soutenaient le rapport d'une personne à elle-même, aux autres et au monde s'effondrent. Ce vécu traumatique n'est cependant pas systématique. Comme pour toutes circonstances *potentiellement* traumatiques, c'est le rapport singulier de la personne à ces circonstances qui en détermine l'issue. Il nous apparaît donc essentiel de considérer le vécu des personnes dans une approche centrée sur elles. Si l'on applique cette nécessité au traitement statistique des données de participants de nos études, l'approche par profils nous semble pertinente.

Dans une première étude²⁷, nous aborderons deux aspects de la recherche sur les douleurs chroniques. L'un demande à être développé, celui de la croissance post-traumatique (CPT) chez des personnes souffrant chroniquement de douleurs. L'autre a fait l'objet de nombreuses recherches sur son potentiel thérapeutique ; il s'agit des thérapies basées sur la pleine conscience (par ex., Pardos-Gascón et al., 2021 ; Pei et al., 2021). Comme l'approche contextuelle du soi, basée sur la pleine conscience, permet de penser la construction de sens dans l'épreuve des douleurs (Garland & Fredrickson, 2019), nous explorerons les rapports de l'acceptation en pleine conscience et de la CPT dans le contexte des douleurs chroniques. Nous nous baserons sur une analyse par profils pour étudier l'effet du rapport aux douleurs sur la disposition à la pleine conscience, le bien-être subjectif et la détresse émotionnelle.

Dans une deuxième étude²⁸, nous considérerons conjointement la perception de CPT et de dépréciation post-traumatique *via* une analyse par profils de personnes ayant des douleurs

²⁷ Publiée en 2022 dans la revue *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*.

²⁸ Publiée en 2021 dans la revue *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

chroniques. Cet abord permettrait de dépasser les limites actuelles de la recherche sur la CPT, trop rarement étudiée avec son contrepoint négatif qui peut co-exister chez des personnes traumatisées (Taku et al., 2021). Nous nous baserons sur ces profils pour examiner un ensemble de sentiments et de manifestations émotionnelles qui relèvent du domaine des expériences traumatiques.

Les deux dernières études sont centrées sur la sensibilité au traumatisme de la douleur (STD) qui permet de considérer la similarité de la structure des réactions à la douleur et des symptômes de TSPT, bien que le phénomène douloureux en lui-même ne réponde pas aux critères objectivant un événement causal potentiellement traumatique selon le *DSM-5*. La troisième étude vise à tester la validité de la version française de l'outil que Katz et al. (2017) ont mis au point pour évaluer la STD. A cette fin, nous répliquons et étendons leurs analyses dans des échantillons de personnes sans douleur, avec des douleurs aiguës et avec des douleurs chroniques. Enfin, la quatrième étude porte sur l'examen des relations entre cette sensibilité, les dispositions relationnelles d'attachement, la crainte de rejet social et la dissimulation de soi. Nous testerons l'effet prédicteur des niveaux d'attachement anxieux, évitant et de recherche de proximité sur le niveau de STD. Nous envisagerons également la possibilité que cette relation prédictive soit médiée par la crainte d'être rejeté(e), si la personne se montre telle qu'elle est, et par le recours à des stratégies de dissimulation de soi. Notre optique est d'intégrer la perception du contexte social, par les personnes ayant des douleurs chroniques, dans les manifestations de la STD.

PARTIE EMPIRIQUE

Etude 1

Posttraumatic Growth and Pain Acceptance: A Profile Analysis of Chronic Pain

Experience

Croissance Post-Traumatique et Acceptation en Pleine Conscience : Analyse par Profils de l'Expérience de la Douleur Chronique

Raphaël A. Ayache¹ et Nelly Goutaudier²

¹Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé,

Université de Toulouse

²Centre de Recherches sur la Cognition et l'Apprentissage - Centre National de la Recherche

Scientifique, Université de Poitiers

Version traduite en français de :

Ayache, R. A., & Goutaudier, N. (2022). Posttraumatic growth and pain acceptance: A profile analysis of chronic pain experience. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 54(3), 163. <https://doi.org/10.1037/cbs0000289>

Résumé

Un nombre croissant d'études suggère que les processus de pleine conscience pourraient favoriser le développement de la croissance post-traumatique (CPT). Ce changement psychologique positif reste peu étudié dans le contexte de la douleur chronique. Le but de cette étude transversale était a) de déterminer une typologie de personnes ayant des douleurs chroniques en se basant sur l'interférence de la douleur dans la vie quotidienne, l'inflexibilité et l'acceptation vis-à-vis de la douleur ainsi que la CPT, et b) d'examiner si les profils identifiés différaient significativement sur les facettes de la pleine conscience dispositionnelle et sur des variables relatives à leur santé. Un échantillon de 683 participants a complété des questionnaires en ligne. Des analyses en cluster et des comparaisons de scores moyens ont été réalisées. Trois groupes reflétaient différents niveaux de perturbation liée à la douleur et de CPT perçue : un groupe en détresse, un groupe en croissance et un groupe à faible perturbation. En comparaison avec les participants du groupe en détresse, ceux du groupe en croissance rapportaient un meilleur état de santé et davantage de pleine conscience dispositionnelle. Pourtant, dans le groupe à faible perturbation (peu d'interférence de la douleur, peu d'inflexibilité et une acceptation élevée de la douleur), de plus hauts niveaux de pleine conscience dispositionnelle étaient associés à de faibles niveaux de CPT perçue. Il est possible que les personnes rapportant de plus hauts niveaux de pleine conscience aient eu une expérience de la douleur moins traumatique, ce qui aurait réduit la possibilité de développer une CPT. De futures investigations tenant compte de la dimension traumatique des douleurs chroniques permettraient de mieux comprendre la relation entre la CPT et la pleine conscience dispositionnelle chez les personnes ayant des douleurs chroniques.

Mots-clés : douleurs chroniques, croissance post-traumatique, pleine conscience, acceptation de la douleur

Importance Clinique

L'expérience de la douleur chronique peut être perçue comme traumatique quand les perturbations quotidiennes conduisent à un ébranlement des croyances fondamentales. La croissance post-traumatique peut résulter d'une lutte face à ces circonstances particulièrement éprouvantes. Ce changement psychologique positif doit être distingué d'une acceptation de la douleur en pleine conscience.

Introduction

La douleur peut être définie comme une expérience éprouvante avec des composantes sensorielle, émotionnelle, cognitive et sociale (Williams & Craig, 2016). Une personne ayant des douleurs vit dans un contexte d'interruptions répétées dues à des sensations aversives, qui interfèrent avec son fonctionnement quotidien jusqu'à menacer son identité même (Eccleston, 2018). Une telle rupture biographique (Bury, 1982) peut être retrouvée dans l'approche phénoménologique des événements traumatiques²⁹.

Selon la perspective phénoménologique, la douleur chronique peut-être vécue comme accablante (Glas, 2003). Les présupposés « pris pour acquis », les croyances fondamentales sur soi-même, les autres et le monde en général (tout ce qui serait donc prévisible) sont ébranlés (Bury, 1982). Ainsi, bien que le critère A pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT, *American Psychiatric Association* [APA], 2013) ne soit pas rempli, la douleur chronique peut être considérée comme une expérience traumatique.

Dans les suites d'une telle crise de vie, une croissance post-traumatique (CPT) peut émerger (Tedeschi & Calhoun, 2004). La CPT caractérise l'expérience d'un fonctionnement considéré comme amélioré après un événement traumatique. Selon Tedeschi et Calhoun, la CPT survient quand les personnes parviennent à reconstruire leur monde interne et leurs croyances fondamentales. A ce jour, la CPT a peu été explorée dans des situations de douleurs chroniques. Par exemple, dans un petit échantillon de patients ayant de l'arthrite rhumatoïde ($N = 117$), une douleur plus sévère et davantage de symptômes anxieux et dépressifs étaient associés à une plus grande CPT dans le domaine des compétences personnelles (Dirik & Karanci, 2008). Ce résultat suggère que les difficultés face aux douleurs peuvent conduire à un sentiment de force. Dans un plus grand échantillon d'individus avec un diagnostic d'arthrite ($n = 301$) et de maladies inflammatoires de l'intestin ($n = 544$), les résultats étaient

²⁹ Cette approche explore l'expérience subjective en partant de la perspective de la personne qui l'éprouve.

plus mitigés (Purc-Stephenson, 2014). La détresse liée à la maladie, et non la sévérité des symptômes, était positivement associée aux perceptions globales de CPT chez les patients avec arthrite. En revanche, une plus grande détresse liée à la maladie chez les patients avec une maladie inflammatoire de l'intestin n'était pas significativement associée aux scores globaux de CPT. En plus de la surreprésentation des femmes dans ces échantillons, la généralisation de ces résultats était limitée par les particularités de ces deux types de maladies. Étant donné que la relation à la douleur est plus déterminée par des processus psychosociaux que par des variables physiologiques (Linton et al., 2018), il est pertinent de distinguer les personnes selon la façon dont elles font face à la douleur, et non selon leur pathologie. Il est important de noter que dans d'autres circonstances traumatiques, les résultats concernant les associations (positives, négatives ou absentes) entre les niveaux de CPT et l'état de santé sont contradictoires (Jayawickreme & Blackie, 2016). Ainsi la fiabilité de la CPT auto-rapportée est controversée.

À ce jour, deux conceptions de la CPT ont été proposées : illusoire et constructive. La CPT illusoire correspond à une forme de stratégie de *coping*³⁰ qui permet de faire face à la détresse par des pensées et des auto-déclarations positives. La CPT constructive est plus adaptative, dans le sens où les personnes ont conscience que leurs croyances antérieures ne sont plus en adéquation avec leur réalité traumatique actuelle. Leurs pensées et comportements sont alors adaptés à cette nouvelle réalité. Par conséquent, la perception de CPT peut résulter soit d'un changement authentique fondé sur un remaniement profond du rapport à soi, aux autres et au monde, soit d'une illusion positive servant à faire face aux situations adverses (Livneh et al., 2019). De fait, l'acceptation en tant que stratégie de *coping*

³⁰ Il s'agit d'un ensemble de stratégies, mises en place consciemment ou de façon automatique, qui permettent de maîtriser ou de mieux supporter l'adversité.

centrée sur le sens a montré une association positive avec les scores de CPT chez des personnes ayant de l'arthrite rhumatoïde (Rzeszutek et al., 2017).

L'acceptation de la douleur et la flexibilité psychologique

Les personnes vivant avec des douleurs chroniques peuvent faire des efforts, parfois non constructifs, pour soulager leurs douleurs en recourant à de l'évitement et à une focalisation rigide sur elles (Crombez et al., 2013). L'évitement marqué de la douleur limiterait la possibilité de reprendre une vie orientée vers ce qui compte vraiment pour la personne concernée (Kashdan & Kane, 2011). Quand les pics récurrents de douleurs accroissent la détresse émotionnelle, la personne en souffrance peut présenter une inflexibilité psychologique. Il s'agit de l'incapacité à agir selon ses propres buts et valeurs, du fait de comportements rigides d'évitement (Wicksell et al., 2010). Au lieu de lutter pour contrôler la douleur, l'acceptation est définie comme une ouverture à l'expérience douloureuse associée à un engagement dans des activités quotidiennes valorisées malgré les douleurs (Lauwerier et al., 2015). Des méta-analyses ont montré que l'attitude d'acceptation et les interventions basées sur la pleine conscience amélioreraient l'état de la douleur, les symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que la qualité de vie (Hilton et al., 2017 ; Veehof et al., 2016). Ces interventions visent à augmenter l'acceptation et la flexibilité psychologique relatives à la douleur en entraînant la disposition à la pleine conscience (Hughes et al., 2017).

Pleine conscience dispositionnelle et croissance post-traumatique

La pleine conscience dispositionnelle est considérée comme universelle et renvoie à une tendance générale à être dans le moment présent, délibérément et sans jugement (Brown & Ryan, 2003). Cela renvoie à un concept multidimensionnel opérationnalisé par cinq dimensions ou facettes : l'observation des expériences perceptives, la description des émotions, l'action en conscience, le non-jugement des événements internes et la non- réaction

aux émotions et pensées désagréables (Baer et al., 2006). Les facettes améliorant le traitement cognitif ont été associées, chez des officiers de police, aux scores de CPT : associations positives avec les facettes d'observation et de description, association négative avec la facette de non-jugement (Chopko & Schwartz, 2009). De plus, la non-réactivité et l'action en conscience, en tant que capacités de régulation comportementale, ont aussi été associées à une plus grande CPT dans des échantillons tout-venant (Hanley et al., 2015 ; Redekop & Clark, 2016). L'entraînement à la pleine conscience, vu comme un facteur favorisant la perception de CPT, a montré des résultats prometteurs mais ces interventions ont été réalisées principalement avec des patients ayant un cancer (Shiyko et al., 2017). Jusqu'à présent une seule étude a exploré la relation entre la CPT et la pleine conscience dispositionnelle chez des personnes ayant des douleurs chroniques sans mettre en évidence de liens statistiquement significatifs (Hoffman, 2017). Cependant, la CPT et la pleine conscience dispositionnelle y étaient toutes deux significativement reliées à la sévérité de la douleur perçue.

La présente étude

Plus une personne se montre inflexible et évitante vis-à-vis de la douleur, plus la douleur chronique est vécue comme perturbante. Une mise à l'épreuve des ressources adaptatives est un prérequis pour la survenue de la CPT mais un fardeau excessif peut empêcher ce processus cognitif et affectif. Dans d'autres contextes traumatiques, l'auto-perception de CPT a été associée à l'intensité des symptômes post-traumatiques : les plus hauts niveaux de CPT ont été retrouvés pour des niveaux modérés ou intermédiaires de symptômes de TSPT (Joseph et al., 2012). Comme l'expérience de la douleur chronique ne répond pas au critère A du TSPT (exposition à un événement menaçant la vie ou l'intégrité physique), nous avons évalué son impact potentiellement traumatique par l'interférence dans la vie quotidienne, l'inflexibilité vis-à-vis de la douleur et le niveau d'acceptation. Ainsi, nous faisons l'hypothèse que les personnes qui font l'expérience d'une perturbation envahissante

ou, à l'inverse, qui n'éprouvent pas de perturbations seront moins susceptibles de percevoir de la CPT.

Il est nécessaire d'adopter une approche statistique centrée sur la personne pour comprendre la signification des scores de CPT au regard du niveau de perturbations liées à la douleur. À notre connaissance, les données manquent au sujet des relations entre la CPT et les processus orientés par la pleine conscience dans le contexte de la douleur chronique. Cette étude visait donc a) à déterminer une typologie de personnes souffrant de douleurs chroniques sur la base du niveau de perturbations liées à la douleur (interférence de la douleur, inflexibilité, acceptation de la douleur) et de la CPT, b) à examiner si les profils identifiés différaient significativement sur leurs scores évaluant les facettes de la pleine conscience dispositionnelle, le bien-être subjectif, l'intensité de la douleur ainsi que les symptômes anxieux et dépressifs. Nous avons fait l'hypothèse que a) les participants rapportant une plus grande perception de CPT rapporteraient également un degré modéré de perturbations liées à la douleur ; b) les participants rapportant une perturbation liée à la douleur plus faible présenteraient de plus hauts niveaux de pleine conscience dispositionnelle ainsi qu'un meilleur état de santé.

Méthode

Participants et procédure

Les participants ont été recrutés *via* des groupes de personnes vivant avec des douleurs chroniques sur les réseaux sociaux. Les critères d'inclusion étaient : être âgé de plus de 18 ans, être francophone et vivre avec des douleurs chroniques. L'échantillon rassemblait 683 personnes (moyenne d'âge [*ET*] = 41.47 [11.65] ans, minimum = 18, maximum = 76). Il était composé principalement de femmes (86.68 %) et de personnes sans emploi (62.52 %). Nous n'avons pas posé de questions sur l'origine ethnique des participants étant donné que ce n'est

pas autorisé en France. Des exceptions peuvent être faites selon les buts d'une étude mais comme nos hypothèses ne concernaient pas l'origine ethnique, de telles informations n'avaient pas lieu d'être. La description complète des caractéristiques des participants et des variables liées à la douleur est présentée dans le tableau 1.

Les recommandations éthiques de la déclaration de Helsinki ont été suivies. Après recueil du consentement pour leur participation à l'étude, les personnes ont répondu à une série d'auto-questionnaires. Aucune compensation financière n'a été donnée pour la participation à l'étude.

Tableau 1*Caractéristiques socio-démographiques et de santé de l'échantillon étudié*

Variable	<i>n</i>	%
Femmes	592	86,68
Hommes	67	9,81
Statut relationnel		
Célibataire	161	23,57
Cohabitation	144	21,08
Marié(e) ou en contrat civil	281	41,14
Divorcé(e) ou séparé(e)	82	12,01
Activité professionnelle		
Plein-temps	153	22,40
Temps partiel	103	15,08
Inactivité	427	62,52
Caractéristiques de la douleur		
Douleurs inexpliquées	88	12,94
Diagnostics les plus fréquents		
Fibromyalgie	187	27,50
Spondylarthrite ankylosante	77	11,32
Arthrite rhumatoïde	36	5,29
Maladies inflammatoires de l'intestin et du côlon	33	4,85
Arthrose	32	4,70
Maux de tête	16	2,35
Douleurs quotidiennes	562	82,28

Note. *N* = 683. Pour le calcul des pourcentages, les réponses manquantes ont été prises en compte dans chaque variable.

Mesures

Douleur. La sévérité de la douleur a été évaluée par la version française de l'inventaire concis de la douleur [*Brief Pain Inventory* ; BPI] (Larue et al., 1995; Tan et al., 2004). Il est composé d'échelles numériques mesurant la sévérité de la douleur et son interférence sur le fonctionnement quotidien. Les participants devaient estimer l'intensité moyenne de leur douleur au cours de la semaine passée sur une échelle allant de 0 = « *pas de douleur* » à 10 = « *la pire douleur que vous puissiez imaginer* ». Sept aspects de la vie quotidienne (activité générale, humeur, capacité à marcher, travail, relations aux autres, sommeil, goût de vivre) étaient estimés par des échelles numériques allant de 0 = « *n'interfère pas* » à 10 = « *interfère complètement* » avec un score total allant de 0 à 70. Un score haut indique un niveau élevé d'interférence de la douleur. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,86.

Symptômes d'anxiété. Les symptômes d'anxiété ont été évalués par la version française de l'inventaire en 20 items d'anxiété trait de Spielberger (Spielberger et al., 1993) mesurant la tendance à être anxieux (par ex., « *Je m'inquiète trop pour des choses qui n'en valent pas la peine.* »). Chaque item est estimé sur une échelle de Likert en 4 points allant de 1 = « *presque jamais* » à 4 = « *presque toujours* » avec un score total allant de 20 à 80. Un score haut indique une plus grande disposition à l'anxiété. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,92.

Symptômes dépressifs. Les symptômes de dépression ont été évalués en utilisant la version française du questionnaire de santé du patient [*Patient Health Questionnaire-9* ; PHQ-9] (Carballeira et al., 2007). Ce questionnaire s'appuie sur les critères du trouble dépressif majeur selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-IV-version révisée (*DSM-IV-TR* ; APA, 2000). Les participants devaient indiquer sur ce questionnaire de 9 items la fréquence à laquelle les 9 symptômes décrits étaient éprouvés (par ex., « *Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.* »). Chaque item est estimé sur une échelle de Likert en 4 points

allant de 0 = « *jamais* » à 3 = « *presque tous les jours de la semaine passée* » avec un score total allant de 0 à 27. Un score haut indique un niveau élevé de symptômes dépressifs. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,81.

Inflexibilité vis-à-vis de la douleur. L'inflexibilité vis-à-vis de la douleur a été évaluée en utilisant la version française de l'échelle d'inflexibilité psychologique de la douleur [*Psychological Inflexibility in Pain Scale* ; PIPS] (Martel et al., 2015; Wicksell et al., 2010) composée de 12 items estimés sur une échelle de Likert en 7 points allant de 1 = « *jamais vrai* » à 7 = « *toujours vrai* ». Cet outil mesure la tendance à avoir des pensées qui conduisent à un évitement inflexible de la douleur (par ex., « *Je ferais quasiment n'importe quoi pour me débarrasser de ma douleur.* ») avec un score total allant de 12 à 84. Un score haut indique un niveau élevé d'inflexibilité psychologique. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,82.

Acceptation de la douleur. L'acceptation de la douleur chronique a été évaluée en utilisant la version française du questionnaire d'acceptation de la douleur chronique en 8 items [*Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8* ; CPAQ-8] (Fish et al., 2010; Scott et al., 2013). Ce questionnaire mesure l'acceptation de la douleur (par ex., « *Je vis ma vie quel que soit mon niveau de douleur.* ») chaque item est estimé sur une échelle de Likert en 7 points allant de 0 = « *jamais vrai* » à 6 = « *toujours vrai* » avec un score total allant de 0 à 48. Un score haut indique un niveau d'acceptation élevée. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,70.

Pleine conscience dispositionnelle. La disposition à la pleine conscience a été évaluée par la version française du questionnaire des cinq facettes de la pleine conscience [*Five Facet Mindfulness Questionnaire* ; FFMQ] (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011). Le FFMQ consiste en 39 items répartis en 5 sous-échelles de la pleine conscience : observation (par ex., « *Je fais attention à la façon dont mes émotions affectent mes pensées et mes*

comportements. »), description (par ex., « *Je peux facilement mettre des mots sur mes croyances, opinions et attentes.* »), action en conscience (par ex., « *Quand je fais des choses mon esprit divague et je suis facilement distrait(e).* », codage inversé), non-jugement (par ex., « *Je me critique d'avoir des émotions irrationnelles ou inappropriées.* », codage inversé) et non-réactivité (par ex., « *Dans les situations difficiles, je peux marquer une pause sans réagir immédiatement.* »). Les quatre premières sous-échelles sont composées de 8 items et la dernière de 7 items. Chaque item est estimé sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 = « *jamais au très rarement vrai* » à 5 = « *très souvent ou toujours vrai* ». Les sous-scores vont de 8 à 40 (sauf pour la sous-échelle de non-réactivité dont le score le plus haut est de 35). Un score haut indique un niveau élevé de pleine conscience dans la facette considérée). Dans cet échantillon, les alphas de Cronbach étaient de 0,77 pour la sous-échelle d'observation, 0,87 pour la sous-échelle de description, 0,88 pour la sous-échelle d'action en conscience, 0,86 pour la sous-échelle de non-jugement et 0,71 pour la sous-échelle de non-réactivité.

Croissance post-traumatique. Les niveaux de croissance post-traumatique ont été évalués en utilisant l'inventaire de croissance post-traumatique [*Posttraumatic Growth Inventory* ; PTGI] (Cadell et al., 2015; Tedeschi & Calhoun, 1996). Cet outil de 21 items consiste en cinq dimensions décrivant les changements perçus au décours des processus de construction de sens : la force personnelle (par ex., « *Je sais que je peux mieux gérer les difficultés.* »), la relation aux autres (par ex., « *J'éprouve une plus grande proximité avec les autres.* »), les nouvelles possibilités (par ex., « *Je prends un nouveau chemin dans ma vie.* »), l'appréciation de la vie (par ex., « *J'ai changé mes priorités par rapport à ce qui est important dans la vie.* ») et la spiritualité (par ex., « *J'ai une meilleure compréhension des questions spirituelles.* »). Les participants devaient estimer chaque item sur une échelle de Likert en 6 points allant de 0 = « *je n'ai pas expérimenté ce changement* » à 5 = « *j'ai expérimenté ce changement à un degré très important* ». Étant donné que la structure

factorielle de ce questionnaire a montré des résultats contradictoires dans des échantillons de patients avec des douleurs chroniques (Dirik & Karanci, 2008 ; Purc-Stephenson, 2014), le score total a été utilisé dans nos analyses. Ce score va de 0 à 105, avec les scores les plus hauts indiquant des niveaux plus élevés de croissance post-traumatique. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,89.

Bien-être subjectif. La satisfaction de vie globale a été évaluée par l'échelle de satisfaction vie [*Satisfaction With Life Scale* ; SWLS] (Diener et al., 1985). Cette échelle en 5 items mesure la composante évaluative du bien-être subjectif (par ex., « *Jusqu'à présent, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans ma vie.* »). Les items sont estimés sur une échelle de Likert en 7 points allant de 1 = « *fortement en désaccord* » à 7 = « *fortement en accord* » avec un score total allant de 5 à 35. Un score haut indique un niveau élevé de satisfaction de vie. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,87.

Analyses statistiques

Une typologie de participants basés sur les niveaux d'interférence de la douleur dans la vie quotidienne, d'inflexibilité d'acceptation vis-à-vis de la douleur et de croissance post-traumatique a été identifiée par une analyse en cluster. Tout d'abord, une analyse hiérarchique en cluster a été réalisée à partir des variables converties en z-scores. Le dendrogramme graphique d'agrégation finale a permis d'identifier le nombre de clusters appropriés dans l'échantillon. Puis, la méthode des K-moyennes a été utilisée pour déterminer l'assignation des participants à l'un des clusters identifiés. Une analyse discriminante a été réalisée pour évaluer la qualité de la répartition des participants. En utilisant la variable « cluster » comme variable indépendante, les groupes de participants ont ensuite été comparés en fonction de leurs scores moyens (non convertis en z-scores) sur chaque variable par des analyses de variance à un facteur (ANOVA). Des tests post-hoc de Tukey et des calculs de tailles d'effet

(eta carré, η^2) ont été réalisés. Les tailles d'effet ont été interprétées en petite ($0,01 < \eta^2 \leq 0,06$), moyenne ($0,06 < \eta^2 \leq 0,14$), ou grande ($\eta^2 > 0,14$) (Kirk, 1996).

Résultats

Le dendrogramme et le graphique d'agrégation finale montrait une solution à trois clusters avec une nette discrimination des clusters (Lambda de Wilks = 0,10, $p < 0,001$) avec 97.65% des participants correctement assignés. Ce taux est satisfaisant et se situe dans les pourcentages retrouvés dans des études utilisant une approche statistique centrée sur la personne (par ex., Raynal et al., 2016 ; Chabrol et al., 2015).

Le premier groupe (40,2% de notre échantillon, $n = 275$) était caractérisé par les plus hauts niveaux d'interférence de la douleur et d'inflexibilité alors que ceux d'acceptation et de croissance post-traumatique étaient les plus bas. Ce groupe a été appelé *groupe en détresse*. Le second groupe (34% de notre échantillon, $n = 232$) était caractérisé par des niveaux intermédiaires d'interférence de la douleur, d'inflexibilité et d'acceptation et présentait le plus haut niveau de croissance post-traumatique. Il a donc été appelé *groupe en croissance*. Enfin, le troisième groupe (25,8% de notre échantillon, $n = 176$) était caractérisé par les niveaux les plus bas d'interférence et d'inflexibilité, le plus haut niveau d'acceptation de la douleur mais un niveau bas de croissance post-traumatique. Il a été appelé *groupe à faible perturbation*. (Voir Figure 1).

Les résultats et les seuils de significativité des ANOVA et des tests post-hoc de Tukey sont présentés dans le Tableau 2. De grandes tailles d'effet ont été trouvées pour les variables utilisées dans l'analyse en clusters. Concernant les niveaux de croissance post-traumatique ($\eta^2 = 0,49$), la différence n'était pas significative entre le groupe en détresse et le groupe à faible perturbation ($p = 0,60$). Les tailles d'effet pour l'interférence dans la vie quotidienne, l'inflexibilité et l'acceptation de la douleur était respectivement de 0,41 ; 0,49 et 0,50.

Les différences sur les niveaux d'indicateurs de santé mentale présentaient aussi de grandes tailles d'effet avec respectivement des valeurs de 0,22 ; 0,19 et 0,23 pour la satisfaction de vie, les symptômes anxieux et dépressifs. Les différences sur les niveaux d'intensité perçue de douleurs présentaient des tailles d'effet de 0,08. Pour la satisfaction de vie, des différences significatives ont aussi été trouvées entre tous les groupes avec par ordre décroissant : groupe en détresse < groupe en croissance < groupe à faible perturbation. L'ordre inverse a été trouvé pour les symptômes anxieux et dépressifs ainsi que pour l'intensité perçue des douleurs.

Concernant les différences sur les dimensions de la pleine conscience les tailles d'effet étaient respectivement de 0,03 ; 0,04 ; 0,04 ; 0,06 et 0,05 pour les dimensions d'observation, de description, de non-réactivité, de non-jugement et d'action en conscience. Les différences n'étaient pas significatives entre le groupe en croissance et celui à faible perturbation pour la non-réactivité ($p = 0,13$) et la description ($p = 0,11$). Pour ces dimensions, les niveaux les plus bas ont été trouvés pour le groupe en détresse. Concernant le score moyen de la dimension d'observation ($p = 0,99$), il n'y avait pas de différence significative entre le groupe en détresse et le groupe à faible perturbation. Pour cette dimension, le niveau le plus haut a été trouvé pour le groupe en croissance. Pour les dimensions de non-jugement et d'action en conscience, des différences significatives ont été trouvées entre tous les groupes avec par ordre croissant : groupe en détresse < groupe en croissance < groupe à faible perturbation.

Tableau 2

Moyennes, écarts-types, ANOVA à 1 facteur des variables étudiées par groupe

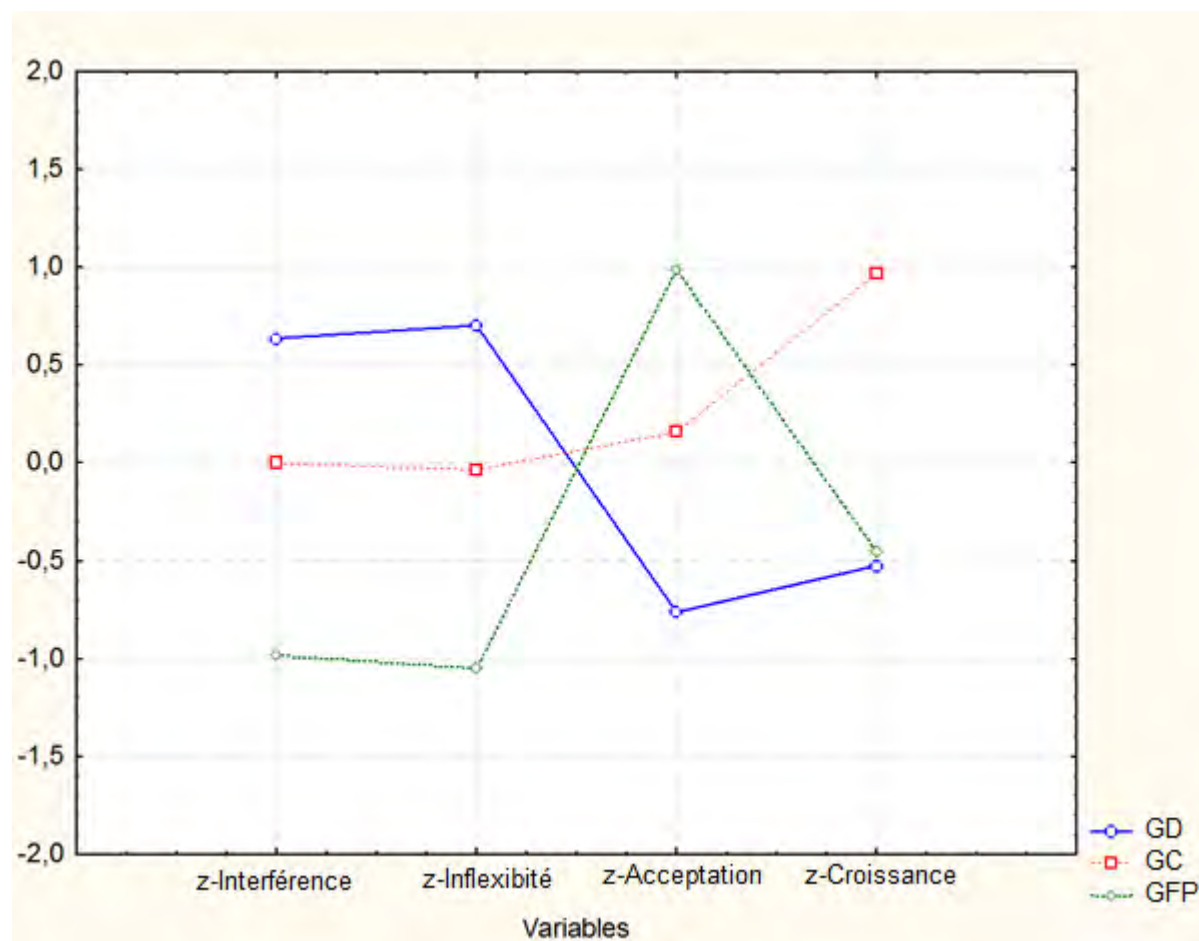
Variable	Groupe en Détresse <i>n</i> = 275 (40.26%)		Groupe en Croissance <i>n</i> = 232 (33.97%)		Groupe à Faible Perturbation <i>n</i> = 176 (25.77%)		<i>F</i>
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	
Croissance post-traumatique	55,54 ^{a***b}	12,98	85,94 ^{a***d**}	13,01	56,90 ^{cd***}	18,47	320,78 ^{***}
Intensité moyenne de la douleur	6,23 ^{a**b***}	1,68	5,71 ^{a**c***}	1,60	4,94 ^{b***c***}	1,93	30,19 ^{***}
Interférence dans la vie quotidienne	52,41 ^{a***}	8,74	43,33 ^{a***}	10,8	29,3 ^{a***}	13,7	242,03 ^{***}
Inflexibilité	67,16 ^{a***}	8,17	58,75 ^{a***}	8,10	47,11 ^{a***}	8,30	322,46 ^{***}
Acceptation	15,70 ^{a***}	5,64	22,65 ^{a***}	4,97	28,90 ^{a***}	5,42	333,06 ^{***}
Pleine conscience dispositionnelle							
Observation	25,10 ^{a***b}	6,15	27,48 ^{a***d***}	6,13	25,14 ^{cd***}	6,36	11,14 ^{***}
Description	23,62 ^{a***b*}	6,79	26,81 ^{a***c}	6,62	25,44 ^{b*d}	7,21	13,91 ^{***}
Non-réactivité	17,34 ^{a***b*}	4,42	19,38 ^{a***c}	4,50	18,51 ^{b*d}	4,56	13,19 ^{***}
Non-jugement	24,15 ^{a**b***}	6,87	26,04 ^{a**c***}	6,72	28,42 ^{b***c***}	5,94	22,28 ^{***}
Action conscience	24,70 ^{a*b***}	7,21	26,40 ^{a*c**}	6,40	28,60 ^{b***c**}	6,56	17,78 ^{***}
Satisfaction de vie	13,05 ^{a***}	6,62	18,93 ^{a***}	7,13	21,96 ^{a***}	7,21	97,22 ^{***}
Symptômes anxieux	58,10 ^{a***b***}	10,36	49,63 ^{a***c**}	10,83	45,91 ^{b***c**}	10,66	80,45 ^{***}
Symptômes dépressifs	16,26 ^{a***}	5,13	12,78 ^{a***}	4,96	9,44 ^{a***}	5,09	99,29 ^{***}

Note. Les moyennes partageant la même lettre en exposant significativement différentes l'une de l'autre.

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

Figure 1

Profils selon la Perturbation de la Douleur et la Croissance Post-traumatique



Note. Solution à trois groupes (clusters) basée sur les niveaux de croissance post-traumatique, d'inflexibilité et d'acceptation vis-à-vis de la douleur, et d'interférence de la douleur dans la vie quotidienne convertis en z-scores.

GD : groupe en détresse ; GC : groupe en croissance ; GFP : groupe à faible perturbation.

Discussion

Vivre avec des douleurs chroniques peut être pour une personne une expérience de rupture mettant en danger le sens même de soi et ses valeurs profondes (Bury, 1982 ; Eccleston, 2018). Cela peut aussi conduire à une reconstruction positive perçue comme une croissance post-traumatique (CPT ; Dirik & Karanci, 2008 ; Purc-Stephenson, 2014). Parce que la CPT résulte de processus de construction de sens, elle pourrait être favorisée par une attitude d'ouverture de la conscience (Tedeschi & Blevins, 2015). A notre connaissance, cette étude est la première à mettre en relation, pour des personnes ayant des douleurs chroniques, la CPT et les niveaux d'interférence de la douleur, d'acceptation en pleine conscience et d'inflexibilité psychologique vis-à-vis de la douleur (Veehof et al., 2016).

Une approche statistique centrée sur la personne nous a permis d'identifier trois profils. Le premier groupe de participants, le groupe en détresse, rapportait les plus hauts niveaux d'interférence et d'inflexibilité vis-à-vis de la douleur ainsi que des niveaux bas d'acceptation et de croissance post-traumatique. Le second groupe, dit en croissance, rapportait le plus haut niveau de croissance post-traumatique, avec des niveaux intermédiaires d'interférence de la douleur, d'inflexibilité et d'acceptation. Le troisième groupe, dit à faible perturbation, rapportait les niveaux les plus bas d'interférence et d'inflexibilité vis-à-vis de la douleur, avec le niveau le plus haut d'acceptation. Comme attendu, les groupes en détresse et à faible perturbation présentaient des scores de CPT inférieurs au seuil de significativité clinique (Wu et al., 2019), sans différence entre ces deux groupes. Bien que ces derniers aient rapporté des niveaux similaires de CPT perçue, il est probable que ces niveaux véhiculent un sens différent pour chacun des deux du fait de la différence nette de leur niveau de détresse. Les participants dans le groupe en détresse, pourraient se sentir accablés par la perturbation liée à la douleur, détresse sous-tendue par des stratégies d'évitement et un refus marqué d'éprouver de la douleur. Au contraire, les participants dans le groupe à faible perturbation

pourraient ne pas avoir suffisamment le sentiment que leurs douleurs ébranlent leur conception fondamentale pour que cela nécessite un processus de reconstruction positive (Joseph et al., 2012). Dans ce groupe, une flexibilité et une acceptation plus grandes pourraient réduire la présence de pensées effrayantes et intrusives au sujet de la douleur (Attridge et al., 2015 ; Crombez et al., 2013). Ainsi, étant moins perturbante, l'expérience de la douleur chronique ne conduit pas à un sentiment d'ébranlement de leurs croyances profondes qui est nécessaire pour amorcer le processus de la CPT (Cann et al., 2010). En effet, pour qu'une CPT puisse émerger, la mise à l'épreuve des représentations de soi, des autres et du monde doit être suffisante sans excéder les ressources psychologiques de la personne. Ceci expliquerait les hauts niveaux de CPT perçue chez les personnes rapportant des niveaux intermédiaires de perturbation liée à la douleur, ce qui confirme notre première hypothèse. Ce résultat est cohérent avec les études antérieures montrant de plus hauts niveaux de CPT perçue quand le niveau de stress est modéré (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014).

Selon le modèle à double face de la CPT (Zoellner & Maercker, 2006), il existe deux composantes de la CPT perçue. La première est dénommée réaliste, constructive ou transformative et devrait être associée positivement à des aspects de l'adaptation ou du bien-être. La seconde renvoie à une illusion positive, auto-trompeuse, et pourrait se comprendre soit comme stratégie inadaptée d'évitement cognitif soit comme une stratégie palliative adaptée, selon le contexte. Étant donné que ces deux composantes peuvent être distinguées à partir de la CPT auto-rapportée (Jayawickreme & Blackie, 2016), notre approche par profils permet de comparer des niveaux de CPT en les contextualisant par des indicateurs de fonctionnement quotidien avec des douleurs chroniques. L'interférence de la douleur dans la vie quotidienne peut donner une idée des pertes auxquelles une personne doit faire face. L'acceptation et la flexibilité vis-à-vis de la douleur fournissent quant à elles une information

sur le degré de perturbations cognitive, émotionnelle et comportementale liées aux douleurs chroniques. Nos résultats montrent que, par comparaison avec le groupe en détresse, le groupe en croissance tend vers une attitude plus ouverte vis-à-vis de la douleur et moins d'interférence dans la vie quotidienne. Ce résultat suggère qu'un changement positif peut être observé chez des personnes pour lesquelles la douleur représente une perturbation suffisante mais non excessive. De futures études longitudinales ciblant l'évolution de la CPT au cours du temps seraient nécessaires pour évaluer les conditions de ce changement (Frazier et al., 2009).

La CPT pourrait être source de bénéfices en termes d'adaptation pour les personnes du groupe en croissance (Barskova & Oesterreich, 2009). En effet, les participants de ce groupe rapportaient un meilleur état général (par ex., moins de symptômes anxieux et dépressifs) que ceux des groupes en détresse mais moins bon que ceux du groupe à faible perturbation. Conformément à notre seconde hypothèse, une faible perturbation liée à la douleur était associée à un meilleur état général et un moindre niveau de CPT. En tenant compte de l'état psychologique, l'absence de CPT n'est pas forcément liée à une santé moins bonne si le sentiment de rupture traumatique n'a pas été éprouvé.

Les participants du groupe en détresse montraient les niveaux les plus bas de pleine conscience dispositionnelle, ce qui s'accorde avec les études antérieures montrant des associations négatives de la pleine conscience dispositionnelle avec la détresse et l'intensité de la douleur chez des patients ayant des douleurs chroniques (Nigol & Di Benedetto, 2019). La pleine conscience dispositionnelle pourrait aussi être amoindrie par l'envahissement de la douleur, des pensées inadaptées et des comportements d'évitement (Liu et al., 2018). Les comparaisons entre les groupes à faible perturbation et en croissance montrent des résultats plus nuancés. Le score moyen pour la dimension d'observation était plus haut pour le groupe en croissance. Il est raisonnable de penser que les participants du groupe en croissance sont

plus enclins à porter leur attention sur leurs sensations physiques étant donné qu'ils rapportent une plus grande intensité de la douleur, une plus grande interférence de celle-ci et davantage de pensées négatives associées. Ainsi, ils auraient plus d'occasion d'être conscients du traitement de leurs stimuli internes. Par ailleurs, une plus grande aptitude à la description, à l'observation et à la non-réactivité a été associée à davantage de CPT (Hanley et al., 2015). De fait, les personnes ayant des douleurs chroniques sont confrontées à des sensations internes désagréables. Elles font donc face à un ensemble d'émotions et de pensées relatives à leur situation. Celles qui expérimentent de la CPT peuvent se montrer davantage présentes aux événements internes désagréables relatifs à la douleur, étant donné qu'elles rapportent des capacités d'observation plus grandes. Les participants du groupe en croissance pourraient donc engager leur capacité de description et de non réaction immédiate autant que ceux du groupe à faible perturbation. Ceci est en accord avec la théorie liant la pleine conscience au développement du sens (*mindfulness-to-meaning theory*) selon laquelle la pleine conscience favorise un cercle vertueux d'élargissement de la conscience qui permet de se décentrer des facteurs de stress et de réévaluer les circonstances adverses à travers des processus de changement de perspective (Garland et al., 2015 ; Tedeschi & Blevins, 2015). Ainsi, les capacités d'observation accrue et celles de description et de non-réaction aux événements internes peuvent être considérées à la fois comme résultats et facteurs favorisant de ce processus itératif cognitif et affectif.

De plus, les participants du groupe à faible perturbation déclaraient davantage de tendances au non-jugement et à l'action en conscience. Ces deux facettes de la pleine conscience dispositionnelle ont été associées à un meilleur état général chez les patients ayant des douleurs chroniques (Poulin et al., 2016). La relation entre ces facettes et le niveau bas de CPT dans ce groupe est cohérente avec les associations négatives observées dans d'autres contextes traumatiques (Chopko & Schwartz, 2009 ; Hanley et al., 2017). Selon le modèle

cognitivo-affectif de la CPT (Joseph et al., 2012), les processus évaluatifs sont cruciaux pour le développement de la CPT. Le non-jugement – une composante centrale des définitions courantes de la pleine conscience (Kabat-Zinn, 1982) – apparaît donc négativement associé aux niveaux de CPT, si l'on compare les participants du groupe en croissance et ceux du groupe à faible perturbation. Faisant face à une plus grande perturbation liée aux douleurs, opérer des jugements permettrait de développer une compréhension plus claire de leur situation par des raisonnements pertinents (Dreyfus, 2011). Dans cette optique, le sens critique est nécessaire aux processus attributifs. En effet, pour répondre aux items de l'inventaire de croissance post-traumatique, les participants doivent se pencher sur leurs propres pensées et déterminer si un éventuel changement positif peut être attribué à des circonstances traumatiques données (Jayawickreme & Blackie, 2016). De même, par rapport aux participants du groupe à faible perturbation, de plus faibles niveaux d'action en conscience ont été trouvés chez les participants du groupe en croissance. Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes dites en croissance éprouvent une plus grande perturbation de leur pensée quand elles réalisent des actions. La focalisation de l'attention sur les actions en cours et donc limitée, ce qui augmente le sentiment de lutte quotidienne contre la douleur. Cette perception de combat contre l'adversité est capitale dans la conception de la CPT (Janoff-Bulman, 2004).

Néanmoins, l'influence de ces profils sur les facettes de la pleine conscience dispositionnelle doit être considéré avec prudence. Les différents profils, basés sur les niveaux de CPT et de l'expérience de la douleur comme perturbatrice, se distinguent bien plus sur les niveaux de détresse émotionnelle (symptômes anxieux et dépressifs) et sur la satisfaction de vie que sur les niveaux de pleine conscience dispositionnelle. Il se peut que l'expérience de la douleur ait un effet bien plus direct sur l'état émotionnel quotidien que sur l'attitude d'ouverture vis-à-vis de la diversité des événements internes. La faible influence de ces

profils sur les niveaux de pleine conscience dispositionnelle pourrait être expliquée par l'importante place de la douleur dans la vie quotidienne qui concentre sur elle les ressources cognitives émotionnelles.

Enfin, les participants du groupe en croissance rapportaient une satisfaction de vie moindre par rapport à ceux du groupe à faible perturbation mais plus grande par rapport à ceux du groupe en détresse. Ces résultats sont cohérents avec une étude antérieure montrant une association positive du bien-être subjectif avec l'acceptation et la flexibilité psychologique face à la douleur (McCracken & Velleman, 2010). Nos résultats confirment que, à mesure que la perturbation liée à la douleur décroît, la satisfaction de vie augmente. Selon l'hypothèse de l'« appréciation en conscience » (*mindful savouring hypothesis*), la pleine conscience permet de générer du sens par une plus grande attention aux informations nouvelles et par une réévaluation positive des circonstances de vie (Garland et al., 2015). Bien que la CPT ait aussi été associée au bien-être (Morgan et al., 2017 ; Triplett et al., 2012), la confrontation active à l'adversité peut affecter la composante hédonique de la satisfaction de vie. Nous ne pouvons pas exclure fermement le fait que la satisfaction de vie déclarée dans le groupe en croissance soit davantage le reflet d'illusions positives servant à faire face à l'adversité que le résultat des changements effectifs rapportés dans les items de l'inventaire de CPT.

Cette étude est un premier pas pour la compréhension de la survenue de CPT chez des personnes ayant des douleurs chroniques, dans un cadre basé sur la pleine conscience. Ce résultat appuie l'idée que la CPT et l'acceptation sont deux types distincts de construction de sens face à l'adversité (Park, 2010). D'un côté, un meilleur fonctionnement émotionnel (McCracken et al., 2014) et une meilleure régulation de soi (Kabat-Zinn et al., 1985) peuvent favoriser les processus cognitifs impliqués dans la CPT (Joseph et al., 2012). D'un autre côté, une attitude d'acceptation sans jugement peut indiquer une moindre perturbation cognitive et

affective conduisant à moins de CPT. Pour comprendre l'émergence de CPT après la survenue de douleurs chroniques, il est nécessaire d'étudier simultanément la perception de rupture dans la vie et la réévaluation positive délibérée (Osborn & Rodham, 2010). En conséquence, une exploration plus poussée des dimensions traumatiques de la douleur chronique est souhaitable.

Malgré des résultats intéressants quelques limitations doivent être reconnues. Tout d'abord la méthodologie transversale ne permet pas de se prononcer fermement sur la direction de la causalité. Des études longitudinales permettraient de déterminer si ces profils reflètent différents types de trajectoires de patients. De plus, différents temps de mesures permettraient de tester des relations bidirectionnelles entre la pleine conscience dispositionnelle et la CPT. Le recrutement par Internet peut constituer également une limite importante. Toutefois, cette méthode a déjà été considérée comme aussi valide qu'un autre type de recrutement (Lieberman, 2008). Étant donné que les échantillons recrutés par Internet sont plus hétérogènes, les niveaux moyens des variables étudiées pourraient ne pas être représentatifs des patients ayant des douleurs chroniques. Concernant la passation des questionnaires, nous n'avons pas inclus d'items permettant de vérifier que les participants maintenaient leur attention (par ex., « J'ai sept doigts à chaque main. », « Pour cet item, merci d'indiquer la proposition c. »), ce qui aurait permis d'assurer la fiabilité des réponses. En outre, la forte proportion de femmes dans notre échantillon limite la généralisation des résultats. Ce biais de genre est commun dans les études au recrutement par Internet, au-delà du fait que les femmes rapportent plus de douleurs chroniques que les hommes (van Hecke et al., 2013). Il se trouve aussi que nous ne savons pas si les participants ont répondu à la question « Je suis : une femme / un homme. » en se basant sur leur sexe biologique ou sur leur genre.

Pour finir, le temps écoulé depuis la survenue des douleurs chroniques n'a pas été prise en compte, ce qui est une limite importante car cela pourrait avoir une influence sur les résultats obtenus. Alors que le temps écoulé depuis la pose du diagnostic peut être associé au niveau de CPT dans d'autres pathologies comme le cancer du sein (Cordova et al., 2001), Dezutter et al. (2015) ont montré que dans un échantillon de patients souffrant de douleurs chroniques, la présence et la recherche de sens n'était pas associée à cette durée. La douleur chronique peut conduire au renoncement à des buts de vie dans différents domaines (par ex., personnel, social, familial). L'impact traumatique de la douleur chronique serait donc davantage associé aux pertes de sens et d'identité qu'à la durée depuis la pose du diagnostic. Compte tenu des délais de diagnostic, des errances et des erreurs médicales, ce repère temporel peut souvent être différent du temps où les pertes sont éprouvées. De futures études sont nécessaires pour tester cette hypothèse, d'autant que la durée à partir de la perception traumatique des douleurs pourrait avoir un effet sur la nature illusoire ou constructive de la CPT (Jayawickreme & Blackie, 2016).

En conclusion, nos résultats rejoignent en grande partie les études antérieures concernant la relation entre la pleine conscience dispositionnelle et la CPT. Ils appuient aussi l'hypothèse que la douleur puisse être considérée comme un facteur de stress traumatique par elle-même, indépendamment de l'événement externe ou interne qui la causerait (Kleiman et al., 2011). Au vu du manque de données sur la CPT associée à des maladies chroniques (Ruini et al., 2015), et parmi elles, de la focalisation sur les échantillons de personnes ayant un cancer (Shiyko et al., 2017), une plus grande attention devrait être dédiée à la douleur chronique quand elle est vécue comme une rupture dans la vie, et une attaque incessante du soi (Smith & Osborn, 2007). D'autres études permettant d'approfondir l'expérience de la douleur chronique comme potentiellement traumatique sont nécessaires afin de mieux accompagner les patients grâce à une meilleure reconnaissance de leur vécu.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual* (4th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Attridge, N., Crombez, G., Van Ryckeghem, D., Keogh, E., & Eccleston, C. (2015). The experience of cognitive intrusion of pain: Scale development and validation. *Pain, 156*(10), 1978–1990. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000257>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation, 31*(21), 1709–1733. <https://doi.org/10.1080/09638280902738441>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness, 4*(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Cadell, S., Suarez, E., & Hemsworth, D. (2015). Reliability and validity of a French version of the posttraumatic growth inventory. *Open Journal of Medical Psychology, 4*(02), 53–65. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2015.42006>
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The core beliefs inventory: A brief measure of disruption in

the assumptive world. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 19–34.

<https://doi.org/10.1080/10615800802573013>

Carballeira, Y., Dumont, P., Borgacci, S., Rentsch, D., Tonnac, N., Archinard, M., & Andreoli, A. (2007). Criterion validity of the French version of patient health questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(1), 69–77.

<https://doi.org/10.1348/147608306X103641>

Chabrol, H., Melioli, T., Van Leeuwen, N., Rodgers, R., & Goutaudier, N. (2015). The Dark Tetrad: Identifying personality profiles in high-school students. *Personality and Individual Differences*, 83, 97–101. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.051>

Chopko, B., & Schwartz, R. (2009). The relation between mindfulness and posttraumatic growth: A study of first responders to trauma-inducing incidents. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(4), 363–376.

<https://doi.org/10.17744/mehc.31.4.9w6lkh4v66423385>

Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andryowski, M. (2001).

Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>

Crombez, G., Viane, I., Eccleston, C., Devulder, J., & Goubert, L. (2013). Attention to pain and fear of pain in patients with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(4), 371–378. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0094-x>

Dezutter, J., Luyckx, K., & Wachholtz, A. (2015). Meaning in life in chronic pain patients over time: associations with pain experience and psychological well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 384–396. [10.1007/s10865-014-9614-1](https://doi.org/10.1007/s10865-014-9614-1).

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dirik, G., & Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(3), 193–203. <https://doi.org/10.1007/s10880-008-9115-x>
- Dreyfus, G. (2011). Is mindfulness present-centred and non-judgmental? A discussion of the cognitive dimensions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 41–54.
<https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564815>
- Eccleston, C. (2018). Chronic pain as embodied defence: implications for current and future psychological treatments. *Pain*, 159(1), 17–23.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001286>
- Fish, R. A., McGuire, B., Hogan, M., Morrison, T. G., & Stewart, I. (2010). Validation of the chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8: *Pain*, 149(3), 435–443.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.12.016>
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, 20(7), 912–919. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x>
- Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (2015). The mindfulness-to-meaning theory: Extensions, applications, and challenges at the attention–appraisal–emotion interface. *Psychological Inquiry*, 26(4), 377–387.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1092493>

- Glas, G. (2003). Anxiety, pain, and the limits of relating to oneself. In B. Granger & G. Charbonneau (Eds.), *Phénoménologie des sentiments corporels. I. Douleur, souffrance, dépression* (pp.77–86). Argenteuil: Le Cercle Herméneutique.
- Hanley, A. W., Garland, E. L., & Tedeschi, R. G. (2017). Relating dispositional mindfulness, contemplative practice, and positive reappraisal with posttraumatic cognitive coping, stress, and growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 526–536. <https://doi.org/10.1037/tra0000208>
- Hanley, A. W., Peterson, G. W., Canto, A. I., & Garland, E. L. (2015). The relationship between mindfulness and posttraumatic growth with respect to contemplative practice engagement. *Mindfulness*, 6(3), 654–662. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0302-6>
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the five facets mindfulness questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.02.001>
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco, B., Ruelaz Maher A., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., & Maglione, M. A. (2017). Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199–213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Hoffman, A. (2017). Examining posttraumatic growth and mindfulness in individuals with rheumatoid arthritis [Doctoral dissertation, University of Iowa]. Iowa Research Online. <https://doi.org/10.17077/etd.01v0jbeg>
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>

- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30–34. JSTOR. <https://www.jstor.org/stable/20447198>
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. R. (2016). Can we trust current findings on posttraumatic growth? In E. Jayawickreme & L. E. R. Blackie (Eds.), *Exploring the psychological benefits of hardship: A critical reassessment of posttraumatic growth* (pp. 19–31). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47989-7_3
- Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An affective–cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 316–325. <https://doi.org/10.1002/cpp.1798>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163–190. <https://doi.org/10.1007/bf00845519>
- Kashdan, T. B., & Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.028>
- Kirk, R. E. (1996). Practical significance: A concept whose time has come. *Educational and Psychological Measurement*, 56(5), 746–759. <https://doi.org/10.1177/0013164496056005002>
- Kleiman, V., Clarke, H., & Katz, J. (2011). Sensitivity to pain traumatization: A higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity

- among patients scheduled for major surgery. *Pain Research and Management*, 16(3), 169–177. <https://doi.org/10.1155/2011/932590>
- Larue, F., Colleau, S. M., Brasseur, L., & Cleeland, C. S. (1995). Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *British medical journal*, 310(6986), 1034–1037. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6986.1034>
- Lauwerier, E., Caes, L., Van Damme, S., Goubert, L., Rosseel, Y., & Crombez, G. (2015). Acceptance: what's in a name? A content analysis of acceptance instruments in individuals with chronic pain. *The Journal of Pain*, 16(4), 306–317. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.01.001>
- Lieberman, D. Z. (2008). Evaluation of the stability and validity of participant samples recruited over the Internet. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 743–745. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.0254>
- Linton, S. J., Flink, I. K., & Vlaeyen, J. W. (2018). Understanding the etiology of chronic pain from a psychological perspective. *Physical Therapy*, 98(5), 315–324. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy027>
- Liu, X., Wang, L., Zhang, Q., Wang, R., & Xu, W. (2018). Less mindful, more struggle, and growth: Mindfulness, posttraumatic stress symptoms, and posttraumatic growth of breast cancer survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(8), 621–627. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000854>
- Livneh, H., McMahon, B. T., & Rumrill, P. D. (2019). The duality of human experience: Perspectives from psychosocial adaptation to chronic illness and disability—Historical views and theoretical models. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 62(2), 67–77. <https://doi.org/10.1177/0034355218800790>
- Martel, M.-E., Dionne, F., Gauchet, A., Zouikri-Roland, Y., Decker, E., Trouillet, R., Wicksell, R. K., & Monestès, J. (2015, July). *Psychological inflexibility for pain: Translation*

- and validation for a French-speaking population* [Poster presentation]. ACBS Annual World Conference 13, Berlin, Germany. <https://tinyurl.com/y3zc6dtv>
- McCracken, L. M., Barker, E., & Chilcot, J. (2014). Decentering, rumination, cognitive defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(6), 1215–1225. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9570-9>
- McCracken, L. M., & Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148(1), 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.034>
- Morgan, J. K., Desmarais, S. L., Mitchell, R. E., & Simons-Rudolph, J. M. (2017). Posttraumatic stress, posttraumatic growth, and satisfaction with life in military veterans. *Military Psychology*, 29(5), 434–447. <https://doi.org/10.1037/mil0000182>
- Nigol, S. H., & Di Benedetto, M. (2019). The relationship between mindfulness facets, depression, pain severity and pain interference. *Psychology, Health & Medicine*, 24, 1–11. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1619786>
- Osborn, M., & Rodham, K. (2010). Insights into pain: A review of qualitative research. *Reviews in Pain*, 4(1), 2–7. <https://doi.org/10.1177/204946371000400102>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Poulin, P. A., Romanow, H. C., Rahbari, N., Small, R., Smyth, C. E., Hatchard, T., Solomon, B. K., Song, X., Harris, C. A., Kowal, J., Nathan, H. J., & Wilson, K. G. (2016). The relationship between mindfulness, pain intensity, pain catastrophizing, depression, and quality of life among cancer survivors living with chronic neuropathic pain. *Supportive Care in Cancer*, 24(10), 4167–4175. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3243-x>

- Purc-Stephenson, R. J. (2014). The posttraumatic growth inventory: Factor structure and invariance among persons with chronic diseases. *Rehabilitation Psychology, 59*(1), 10–18. <https://doi.org/10.1037/a0035353>
- Raynal, P., Goutaudier, N., Nidetch, V., & Chabrol, H. (2016). Typology of schizotypy in non-clinical young adults: Psychopathological and personality disorder traits correlates. *Psychiatry research, 246*, 182-187. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.042>
- Redekop, M., & Clark, M. (2016). From life's difficulties to posttraumatic growth: How do we get there? *Psychology, 7*, 1451-1466. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2016.712144>
- Ruini, C., Offidani, E., & Vescovelli, F. (2015). Life stressors, allostatic overload, and their impact on posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma, 20*(2), 109–122. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.830530>
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Kwiatkowska, B. (2017). Stress coping strategies, spirituality, social support and posttraumatic growth in a Polish sample of rheumatoid arthritis patients. *Psychology, Health & Medicine, 22*(9), 1082-1088. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1280174>
- Scott, W., Bernier, E., Garland, R., & Sullivan, M. J. L. (2013, May 8–10). *Preliminary validation of a French version of the chronic pain acceptance questionnaire-8* [Poster presentation]. Annual Meeting of the Canadian Pain Society, Winnipeg, MB, Canada.
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(2), 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
- Shiyko, M. P., Hallinan, S., & Naito, T. (2017). Effects of Mindfulness Training on Posttraumatic Growth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mindfulness, 8*, 848–858. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0684-3>

- Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology & Health, 22*(5), 517–534.
<https://doi.org/10.1080/14768320600941756>
- Spielberger, C., Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). State-trait anxiety inventory, Y format, French translation [Inventaire d'anxiété état-trait. Forme y, adaptation française]. *Edition Du Centre de Psychologie Appliquée*.
- Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J. I., & Shanti, B. F. (2004). Validation of the brief pain inventory for chronic nonmalignant pain. *The Journal of Pain, 5*(2), 133–137.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2003.12.005>
- Tedeschi, R. G., & Blevins, C. L. (2015). From mindfulness to meaning: Implications for the theory of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 26*(4), 373–376.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1075354>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455–471.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1–18.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(4), 400–410.
<https://doi.org/10.1037/a0024204>

- van Hecke, O., Torrance, N., & Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia*, *111*(1), 13–18.
<https://doi.org/10.1093/bja/aet123>
- Veehof, M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*, *45*(1), 1–27.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Wicksell, R. K., Lekander, M., Sorjonen, K., & Olsson, G. L. (2010). The psychological inflexibility in pain scale (PIPS)—Statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability. *European Journal of Pain*, *14*, 771.e1-771.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.11.015>
- Williams, A. C. de C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, *157*(11), 2420–2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>
- Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *243*, 408–415.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two-component model. *Clinical psychology review*, *26*(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

Etude 2

Posttraumatic Growth and Depreciation in People with Chronic Pain: A Profile Analysis

Croissance et Dépréciation Post-traumatique chez des Personnes ayant des Douleurs

Chroniques : Analyse par Profils

Raphaël A. Ayache¹, Henri Chabrol¹, Kathleen Kendall-Tackett², & Nelly Goutaudier³

¹ Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé

CERPPS (EA 7411), Université de Toulouse Jean-Jaurès

² Department of Pediatrics, Texas Tech University School of Medicine

³ Centre de Recherches sur la Cognition et l'Apprentissage - Centre National de la

Recherche Scientifique (UMR CNRS 7295), Université de Poitiers

Ayache, R. A., Chabrol, H., Kendall-Tackett, K., & Goutaudier, N. (2021). Posttraumatic growth and depreciation in people with chronic pain: A profile analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 149–156.

<https://doi.org/10.1037/tra0000969>

Abstract

Objective: Chronic pain can disrupt everyday life and shatter beliefs about the world.

Shattered beliefs may be rebuilt, either positively or negatively, leading to posttraumatic growth (PTG) or posttraumatic depreciation (PTD). According to a transdiagnostic emotion regulation perspective, these phenomena are associated with coping strategies and emotions related to the body, self, others, and the world. Because PTG and PTD can coexist, this study aims to compare different profiles of rebuilt beliefs based on emotions, emotion regulation, and psychopathology. **Method:** People with chronic pain ($N = 1,577$) completed online self-report questionnaires evaluating PTG and PTD, trauma-related emotions and reactions regarding pain (guilt, shame, mental defeat, injustice, feeling discounted, sensitivity to pain traumatization, sense of body-self unity), difficulties in emotion regulation, coping strategies and psychopathological symptoms. **Results:** Profiles illustrate four ways to experience potentially traumatic and life-challenging circumstances: no disruption, ambivalence, growth, and distress. Differences were found regarding trauma-related emotions and reactions, levels of comorbid psychopathologies, and emotion regulation. **Conclusions:** Considering trauma as a genuine dimension of chronic pain experience could provide an important framework to better address people with chronic pain's resources and trajectories.

Keywords: Chronic Pain; Posttraumatic Growth; Posttraumatic Depreciation; Emotion Regulation; Profile

Clinical Impact Statement

Chronic pain experience can involve a traumatic dimension that shatters the way an individual relates to the self and the world. A person-centered statistical approach of posttraumatic growth and depreciation could give a bigger picture of the subjective experience which may suggest opportunities to personalize treatment. This may be a relevant framework consistent with a transdiagnostic emotion regulation perspective.

Résumé

Objectif : La douleur chronique peut faire rupture dans la vie quotidienne et briser les croyances antérieures sur le monde. Celles-ci peuvent être reconstruites dans un sens positif ou négatif, ce qui aboutit à la perception de croissance post-traumatique (CPT) ou de dépréciation post-traumatique (DPT). Selon une perspective transdiagnostique de régulation émotionnelle, ces phénomènes sont associés à des stratégies de coping et à des sentiments relatifs au corps propre, à l'image de soi, aux autres et au monde. Du fait de la coexistence possible de la CPT et de la DPT, cette étude vise la comparaison de différents profils de reconstruction de croyances ébranlées, en examinant les niveaux rapportés des divers sentiments, des capacités de régulation émotionnelle et des symptômes psychopathologiques.

Méthode : Des personnes ayant des douleurs chroniques ($N = 1\,577$) ont rempli en ligne des auto-questionnaires évaluant la CPT, la DPT, les sentiments liés au traumatisme que représente la douleur et les réactions vis-à-vis d'elle (culpabilité, honte, défaite mentale, injustice, invalidation, sensibilité au traumatisme de la douleur, unité du soi avec le corps), les difficultés de régulation émotionnelle, les stratégies de coping employées et enfin, les symptômes d'anxiété, de dépression et de trouble de stress post-traumatique. **Résultats :** Les profils rendaient compte de quatre façons de percevoir l'expérience des douleurs chroniques, en tant qu'elle est potentiellement traumatique et qu'elle peut constituer une mise à l'épreuve de la vie quotidienne : pas de perturbation significative, attitude ambivalente, perception de croissance marquée et détresse importante. Les profils se distinguaient entre eux au regard des niveaux d'émotions et de réactions liées au traumatisme de la douleur, des niveaux de comorbidités et des modalités de régulation émotionnelle. **Conclusions :** Considérer le traumatisme des douleurs, comme une authentique dimension de l'expérience douloureuse chronique, fournirait un cadre de compréhension pertinent pour mieux aborder les ressources et les trajectoires des personnes souffrant de douleurs chroniques.

Mots-clés : Douleurs chroniques, croissance post-traumatique, dépréciation post-traumatique, régulation émotionnelle, profils

Importance Clinique

L'expérience de la douleur chronique implique une dimension traumatique qui peut ébranler la relation à soi-même, aux autres et au monde. Une approche statistique centrée sur la personne pour l'étude de la croissance et de la dépréciation post-traumatiques donnerait une vision plus large de l'expérience subjective des personnes. Cet abord permettrait de développer des prises en charge mieux personnalisées. La pertinence de ce cadre de compréhension du traumatisme des douleurs chroniques s'accorde avec la perspective transdiagnostique de la régulation émotionnelle.

Introduction

Chronic pain, lasting at least three months, affects people all over the world. According to a recent meta-analysis, prevalence rates range from 8.7% to 64.4%, with a pooled mean of 31% (Steingrimsdóttir et al., 2017). To accommodate individual needs of patients living with chronic pain, it is important to understand their experiences (Damsgaard et al., 2016). From a phenomenological perspective, chronic pain can make people feel overwhelmed, ineffective and powerless (Glas, 2003). Chronic pain disrupts the “taken-for-granted” assumptions and how people think about their life story and themselves (Bury, 1982). People’s core belief system about justice, predictability, or benevolence about the world and self-worth, which provides prior coherence and stability, disintegrates similar to the reaction following exposure to a traumatic event (Janoff-Bulman, 2004). Trauma related to chronic pain is more broadly defined than life-threatening traumatic events as defined in criterion A for posttraumatic stress disorder (PTSD), but a trauma framework fits many of the reactions (APA, 2013).

When conceptualizing chronic pain as potentially traumatic, a wide range of emotions can arise depending on the types of disruptions patients experience. Patients may perceive their bodies as an unpredictable aggressor or as an “alien” to the self (van Rysewyk, 2016). Alienation increases with and both functional limitations and pain intensity (Bode et al., 2010). Perceived loss of psychological autonomy influences self-image and humanity. Mental defeat also increases with higher levels of pain (Hazeldine-Baker et al., 2018).

The Impact on Interpersonal Relationships

Adjustment to illness is more difficult when patients feel they are not believed or they experience a lack of compassion or that others do not understand the pain they are experiencing (Nicola et al., 2019). Perceived invalidation decreases psychological well-being and increases physical disability and pain intensity (Kool et al., 2010). These threats to self-

image and identity may lead to the development of shame, as people with chronic pain feel that they fail to meet the standards and norms regarding what is appropriate or desirable, which may also increase depressive symptoms and social withdrawal (Broom et al., 2015).

Patients with pain often report feeling guilty about the consequences of their pain for themselves and others, and for failing to recover. Pain-related guilt has been associated with greater depression, anxiety, pain intensity and disability (Serbic & Pincus, 2017). Although chronic pain is not typically considered as related to justice, the everyday experience of pain may lead to new justice-related considerations, such as rights, entitlement, blame, fairness, or equity (McParland et al., 2011). As a result, patients' worldview may be impacted by feelings of injustice associated with greater pain, more severe depressive symptoms, and more disability (Scott et al., 2013).

Posttraumatic Growth and Depreciation

Tedeschi and Calhoun (2004) have suggested that severely challenged fundamental assumptions might lead to positive outcomes such as posttraumatic growth (PTG). PTG refers to positive psychological changes and the restructuring of the fundamental components of the assumptive world, experienced as a result of the struggle with highly challenging life circumstances. To date, a few studies have investigated PTG in people with chronic pain. PTG scores have been reported to be weakly but positively associated with illness-related distress and symptoms severity in patients with rheumatoid arthritis and irritable bowel syndrome (Dirik & Karanci, 2008; Purc-Stephenson, 2014). However, inconsistent results regarding the relationship between perceived PTG and self-reported distress have been highlighted. Indeed, while some studies have reported a positive association between both constructs, negative or null associations have also been highlighted (see Jayawickreme & Blackie, 2016, for a literature review). Accordingly, Zoellner and Maercker (2006) have proposed the Janus-Face Model with two ways of conceiving PTG: the constructive aspect related to adjustment, and

the illusory, self-deceptive and self-enhancing component that serves a short-term palliative function. To address this complex relation between PTG and distress, some authors have highlighted that the restructuring of core beliefs can therefore simultaneously lead to negative beliefs (Baker et al., 2008).

Posttraumatic Depreciation (PTD) refers to the negative side of this accommodation. It focuses on the same features as PTG but highlights a negative side of the disruption in relationships with the self and others (Baker et al., 2008). A recent study found moderate to high levels of PTD in a sample of spinal cord injury patients who may experience subsequent pain (Kunz et al., 2017). PTG was associated with lower depressive symptoms while PTD was associated with poorer psychological adjustment and physical functioning, and more pain.

Transdiagnostic Framework

Furthermore, the effect of PTG and PTD levels on adaptation could be assessed in a transdiagnostic framework. According to this approach, while a somatic pathology activates pain pathways, psychological and social factors contribute to the experience of pain over time (Crowe et al., 2017). The important role of psychological processes is underscored by the way people cope with pain rather than the intensity of pain and is critical in distinguishing between those who are incapacitated and those who are not (Linton et al., 2018). Patients with coping skills and strategies, such as acceptance, have lower levels of pain and seem to be most effective in decreasing distress and psychopathological symptoms (Russell & Park, 2018). Beyond frequently associated anxiety and depressive symptoms (e.g., Linton et al., 2018), high comorbidity rates between chronic pain and PTSD after life-threatening traumatic events have been reported (Kind & Otis, 2019).

Mutual maintenance and shared vulnerability models have been proposed to explain the overlap of phenomenological characteristics (e.g., anxiety and hyperarousal, behavioural

avoidance, emotional lability) between chronic pain and PTSD (see Beck & Clapp, 2011, for a review). More recently, Kleiman et al. (2011) have proposed a new transdiagnostic factor called *sensitivity to pain traumatization* for this unique co-morbidity between PTSD and chronic pain. They defined it as a tendency to develop somatic, cognitive, emotional, and behavioral responses to pain similar to traumatic reactions (feeling of fear, intrusive cognitions, hyperarousal, emotional avoidance and numbing related to pain). According to these authors, the construct of sensitivity to pain traumatization is not equivalent to PTSD, although both involve traumatic stress reactions. Considering pain as a potential traumatic stressor itself, sensitivity to pain traumatization is a vulnerability factor for the pain to become chronic and disabling, and for PTSD symptoms to develop following exposure to a life-threatening traumatic event (Katz et al., 2017).

Taken together, combining the phenomenology of chronic pain and a transdiagnostic perspective could be a way to shed light on PTG and PTD patients report.

Given that PTG and PTD would be independent variables (Barrington & Shakespeare-Finch, 2013; Cann et al., 2010), a person-centered statistical approach is relevant to examine the impact of their different associations. A person-centered approaches considers the possibility that the sample might include subpopulations characterized by different sets of parameters (Howard & Hoffman, 2018). Based on the relevance of distinguishing two levels of perception of PTG (Wu et al., 2019), one with low levels and one with high levels, we conceptualized four different profiles of PTG and PTD: 1) Low PTG and low PTD; 2) low PTD and high PTG 3) high PTD, low PTG and 4) high PTD and high PTG.

This study aims to investigate the impact of these four profiles on negative feelings experienced in the context of chronic pain. We will compare their use of adaptive and maladaptive emotion regulation strategies and difficulties in emotion regulation while

experiencing pain. Mean comparisons of levels of perceived pain, pain interference, anxiety, depressive, and PTSD symptoms will be conducted to assess physical and psychological adjustment within the different groups of people with chronic pain.

To our knowledge, no study has yet been conducted using this person-centered approach based on PTG and PTD profiles. We hypothesized that the profile characterized by a positive reconfiguration (i.e., low PTD and high PTG) would have the lowest scores of negative feelings and the highest scores of adaptation. We also hypothesized that the profile characterized by a negative reconfiguration (i.e., low PTG and high PTD) would have the highest scores of negative feelings and the lowest scores of adaptation.

Method

Participants

French-speaking participants were recruited on social networks using groups and pages dedicated to chronic pain. The study was described to participants as an exploration of the experience of pain (with no reference to trauma). It was explained to potential participants that their participation would remain anonymous, and that data would be analysed on a scientific purpose. No compensation was offered to participate, and inclusion criteria were being 18 and living with a chronic pain condition.

After indicating their willingness to participate, participants were asked to complete several self-report questionnaires. The study followed the ethical guidelines of the Helsinki Declaration and was approved by the Ethics Committee of the University of Toulouse, France (n° 2017-048).

A total of 1,577 participants (mean [*SD*] age = 40.76 [11.84], min = 18, max = 82) completed questionnaires (characteristics of the sample are presented in Table 1 in the supplemental materials). After reported sociodemographic data and characteristics of their pain, participants were asked about their current mood and their pain-related feelings and

reactions. Then, they completed questionnaires focussing on PTG, PTD, and emotion regulation strategies. To reduce the influence of other events in their answers, they were finally asked about posttraumatic stress disorder symptoms after selecting in a list the most distressing event they have experienced.

Table 1*Socio-Demographic and Health Characteristics of Study Sample*

Variable	<i>n</i>	%
Women	1,438	91.65
Personal status		
Single	335	21.69
Cohabitation	297	19.23
Married or in a civil partnership	653	42.29
Separated or divorced couple	208	13.47
Professional activity		
Full-time job	601	39.30
Part-time job	291	19.03
Diagnosis status		
Unexplained pain	309	19.59
Fibromyalgia	298	18.89
Ankylosing spondylitis	132	8.37
Ehlers-Danlos syndrome	124	7.86
Osteoarthritis	74	4.69
Inflammatory bowel disease	57	3.61
Rheumatoid arthritis	53	3.36
Complex regional pain syndrome	51	3.23
Pain-killers use		
None	316	20.03
Acetaminophen (paracetamol)	661	41.91
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs	477	30.24
Opioid drugs	311	19.72
Ongoing psychological care	307	20.31

Note. *N* = 1,577.

Measures

Posttraumatic growth and depreciation. Levels of PTG and PTD were assessed using the Paired Format Posttraumatic Growth Inventory-42 items (PTG-42; Baker et al., 2008). This self-report questionnaire consists of 21 pairs of items, one evaluating a positive change corresponding to PTG and one evaluating a negative one (i.e., PTD). Participants had to indicate the frequency, over the past 30 days, of thoughts regarding the described changes on a 6-point Likert-type scale ranging from 0 to 5 (total score: 0 to 105). A high score indicates high levels of PTG and PTD. Cronbach's alphas for the PTG and the PTD in this sample were .88 and .91, respectively.

Pain. The impact of pain was assessed using the French version of the Brief Pain Inventory (BPI; Brasseur, 1997). The mean intensity of pain was reported on a numeric scale from 0 (*no pain*) to 10 (*worse pain ever*). Participants had to rate the impact of pain on several daily activities on 7-numeric scales ranging from 0 (*does not bother me at all*) to 10 (*totally bothers me*) with a total score ranging from 0 to 70. A high score indicates an important impact on daily activities. Cronbach's alpha in this sample was .87.

Guilt. The feeling of guilt related to pain was evaluated using the Self-Blame subscale of the French version of the Pain Beliefs and Perception Inventory (PBPI; Dany et al., 2009). Participants had to answer to these 3 items using a 4-point Likert-type scale ranging from 0 to 3 (total score: 0 to 9). A high score indicates a strong belief in being responsible for pain. Cronbach's alpha in this sample was .78.

Injustice. The feeling of injustice related to pain was evaluated using the French version of the Injustice Experiences Questionnaire (IEQ; Sullivan et al., 2008), a 12-item self-report questionnaire. Participants had to answer on a 5-point Likert-type scale ranging from 0 to 4 (total score: 0 to 48). A high score indicates an elevated feeling of injustice. Cronbach's alpha in this sample was .89.

Shame. The feeling of shame was evaluated using the Internalized Shame Scale (ISS; Cook & Coccimiglio, 2001), a 30-item self-report questionnaire. Participants had to answer on a 5-point Likert-type scale ranging from 0 to 5 (total score: 0 to 96). A high score indicates an elevated feeling of shame. Cronbach's alpha in this sample was .95.

Sensitivity to pain traumatization. The tendency to develop traumatic-like reactions to pain was assessed using the Sensitivity to Pain Traumatization Scale (SPTS; Katz et al., 2017), a 12-item self-report questionnaire. Participants had to rate on a 5-point Likert type scale from 0 to 4 (total score: 0 to 48). A high score indicates an elevated sensitivity to pain traumatization. Cronbach's alpha in this sample was .84.

Body-self unity. Feeling of body-self unity was measured using the Body Experience Questionnaire (BEQ; Bode et al., 2010), a 10-item self-report questionnaire divided into two subscales: alienation and harmony. Participants had to rate on a 4-point Likert-type scale ranging from 1 to 4. A high score on the alienation subscale (total score: 6 to 24) indicates an elevated feeling of disruption while a high score on the harmony subscale (total score: 4 to 16) reflects a feeling of body-self unity. In our sample, Cronbach's alphas for the alienation and harmony subscales in this sample were .85 and .72, respectively.

Mental defeat. The mental defeat was evaluated using the Pain Self Perception Scale (PSPS; Tang et al., 2007), a 24-item self-report questionnaire. Answers are rated on a 5-point Likert-type scale ranging from 0 to 4 (total score: 0 to 96). A high score indicates a disrupted feeling of autonomy and self-integrity. Cronbach's alpha in this sample was .96.

Invalidation. Feeling of invalidation (i.e. Feeling of not being recognized) was evaluated using the Illness Invalidation Inventory (Kool et al., 2010), an 8-item self-report questionnaire. Answers are rated on a 5-point Likert-type scale ranging from 1 to 5 (total score: 8 to 40). A high score is an indicator of an elevated feeling of being discredited. Cronbach's alpha in this sample was .84.

Emotion regulation. Usual cognitive strategies aiming at managing emotions were assessed using the French version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-short (CERQ-short; Garnefski & Kraaij, 2006; Jermann, Van der Linden et al., 2006). Answers on this 18-item self-report questionnaire are rated on a 5-point Likert-type questionnaire (ranging from 1 to 5). Two different types of emotional regulation can be measured. Adaptive emotional regulation (including acceptance, positive reappraisal, planning, positive refocusing and putting in perspective) was assessed using 10 items. Maladaptive emotional regulation (including self-blame, rumination, catastrophizing, other-blame) was assessed using 8 items. Cronbach's alphas for the adaptive and maladaptive emotional regulation subscales in this sample were .85 and .80, respectively.

Difficulties in emotion regulation in a flare-up of pain were assessed using the Difficulties in Emotion Regulation Scale, a 29-item self-report questionnaire (DERS; Bardeen et al., 2016; Dan-Glauser & Scherer, 2013). Answers are rated on a 5-point Likert-type questionnaire (from 1 to 5) and 5 subscales exist: nonacceptance of emotions (DERS-Nonacceptance; Cronbach's alpha = .90), difficulties to direct behaviours to goals (DERS-Goals; 5 items; Cronbach's alpha = .88), difficulties to control impulsions (DERS-Impulse; Cronbach's alpha = .91), limited access to emotional regulation strategies (DERS-Strategies; Cronbach's alpha = .85), lack of identification of emotions (DERS-Identification; Cronbach's alpha = .78). Instructions were adapted to focus on difficulties perceived while pain is elevated.

Mental health. Depressive and anxiety symptoms were assessed using the French version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Lépine et al., 1985), a 14-item self-report questionnaire. Answers are rated on a 4-item Likert-type scale ranging from 0 to 3. Two dimensions can be assessed: the anxiety dimension and the depressive one, each

containing 7 items (total score: 0 to 21; cut-off at 11). Cronbach's alphas for the depressive and the anxiety subscales in this sample were .82 and .77, respectively.

After identifying the most life-threatening event experienced by participants, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms were assessed using the French version of the PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5; Ashbaugh et al., 2016). We only take into account responses meeting criterion A for PTSD (i.e. a life-threatening event experienced directly, as a witness or indirect exposure) according to the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013)*. Answers on this 20-item self-report questionnaire are rated on a 5-point Likert-type scale ranging from 0 to 4 (total score: 0 to 80; recommended cut-off at 31). A high score is an indicator of elevated PTSD symptoms. Cronbach's alpha was .93.

Statistical Analyses

To determine participants' assignment to the four profiles tested, PTG and PTD total scores were converted to z-scores and the K-means cluster analysis was used. Discriminant analysis was performed to evaluate the quality of the participants' distribution. Mean scores (not converted to z-scores) of the different groups were then compared for each variable, using a series of one-way analyses of variance (ANOVAs), Tukey's post-hoc tests, and calculations of effect size (eta squared, η^2). These are interpreted as small ($\eta^2 > .01$), medium ($\eta^2 > .06$) or large ($\eta^2 > .14$) effects (Kirk, 1996). Tested variables were total scores of PTG, PTD, intensity, and impact of pain, feelings and reactions to pain, difficulties and types of emotional regulation, and psychopathological variables.

Results

The four-cluster classification (see Figure 1 in the supplemental materials) demonstrated clear discrimination between groups (Wilks's Lambda = .09, $p < .01$) with

93.8% of participants correctly classified. Given the lack of consensus regarding cut-off scores for PTG and PTD (Wu et al., 2019), an ad hoc approach was used to characterize the levels of self-reported PTG and PTD. Median scores distinguished low and high levels of perception. Values lower than the first quartiles were considered as very low and those higher than the third quartiles as very high. Thus, regarding PTG, scores for very low levels were below 29, those for low levels were between 29 and 42, those for moderate levels were between 42 and 53 and those for high levels were higher than 53. For PTD, very low levels were below 26, low levels were 26 to 45, moderate levels were 45 to 59, and high levels were higher than 59.

Based on this distinction, the first group (22.0% of our sample, $n = 347$) was characterized by very low levels of self-reported PTG and PTD. Given that such perception highlights a disruption of core beliefs, this group was labeled *nondisrupted cluster*. As the second group (17.3% of our sample, $n = 273$) was characterized by a high perception of PTG and a very low perception of PTD, it was labeled *growing cluster*. The third group (39.1% of our sample, $n = 617$), characterized by a moderated perception of both PTG and PTD was labeled *ambivalent cluster*. The fourth group (21.6% of our sample, $n = 340$), characterized by an elevated perception of PTD and a low perception of PTG, was labeled *distressed cluster*.

Regarding mean scores for self-perception of PTG, results of ANOVAs and Tukey's post-hoc tests (see Table 2 in the supplemental materials) showed significant differences ($p < .01$, $\eta^2 = .67$) between groups except for the *nondisrupted cluster* and the *distressed cluster* (ascending order: *distressed cluster* < *nondisrupted cluster* < *ambivalent cluster* < *growing cluster*). Regarding mean scores of PTD significant differences were found ($p < .01$, $\eta^2 = .92$) between the four groups (ascending order: *nondisrupted cluster* < *growing cluster* < *ambivalent cluster* < *distressed cluster*). The same ascending order was found for the mean impact and intensity of pain, and for each feeling and reaction to pain except for the feeling of

harmony. Likewise, this order was found for each difficulty regarding emotional regulation (except for the emotional identification), for the maladaptive emotional regulation and for anxiety, depressive, and PTSD symptoms.

Regarding the mean intensity of daily experienced pain, while no significant difference was found between the distressed cluster and the ambivalent cluster ($p > .05$), significant differences were found between groups ($p < .01$). Significant differences were found between groups regarding scores of impact of pain on daily activities ($p < .01$), feeling of injustice ($p < .01$), mental defeat ($p < .01$), body-self alienation ($p < .01$), and sensitivity to pain traumatization ($p < .01$). Except for the nondisrupted cluster and the growing cluster ($p > .05$), the mean scores of the feeling of invalidation were significantly different between groups ($p < .01$). The mean scores of the feeling of shame were significantly different at $p < .01$ for each group except for the nondisrupted cluster and the growing cluster that were significantly different at $p < .05$. Regarding mean scores of guilt, the difference between the nondisrupted cluster and the growing cluster was not significant ($p > .05$) whereas others were significant at $p < .01$ for each comparison except for the ambivalent cluster and distressed cluster that significantly differed at $p < .05$. Regarding mean scores of the feeling of body-self harmony, significant differences were found between groups at $p < .01$, except for the nondisrupted cluster and the ambivalent cluster ($p > .05$), with ascending order as followed: distressed cluster < ambivalent cluster < nondisrupted cluster < growing cluster.

Regarding emotional regulation difficulties, mean scores on the DERS-Goal subscale were significantly different between groups ($p < .01$). Mean scores on the DERS-Impulse subscale were significantly different at $p < .01$ between groups except for the nondisrupted cluster and the growing cluster that significantly differed at $p < .05$. Regarding mean scores on the DERS-Strategies, the DERS-Nonacceptance, and the DERS-Identification subscales, mean scores were significantly different between groups at $p < .01$, except for the

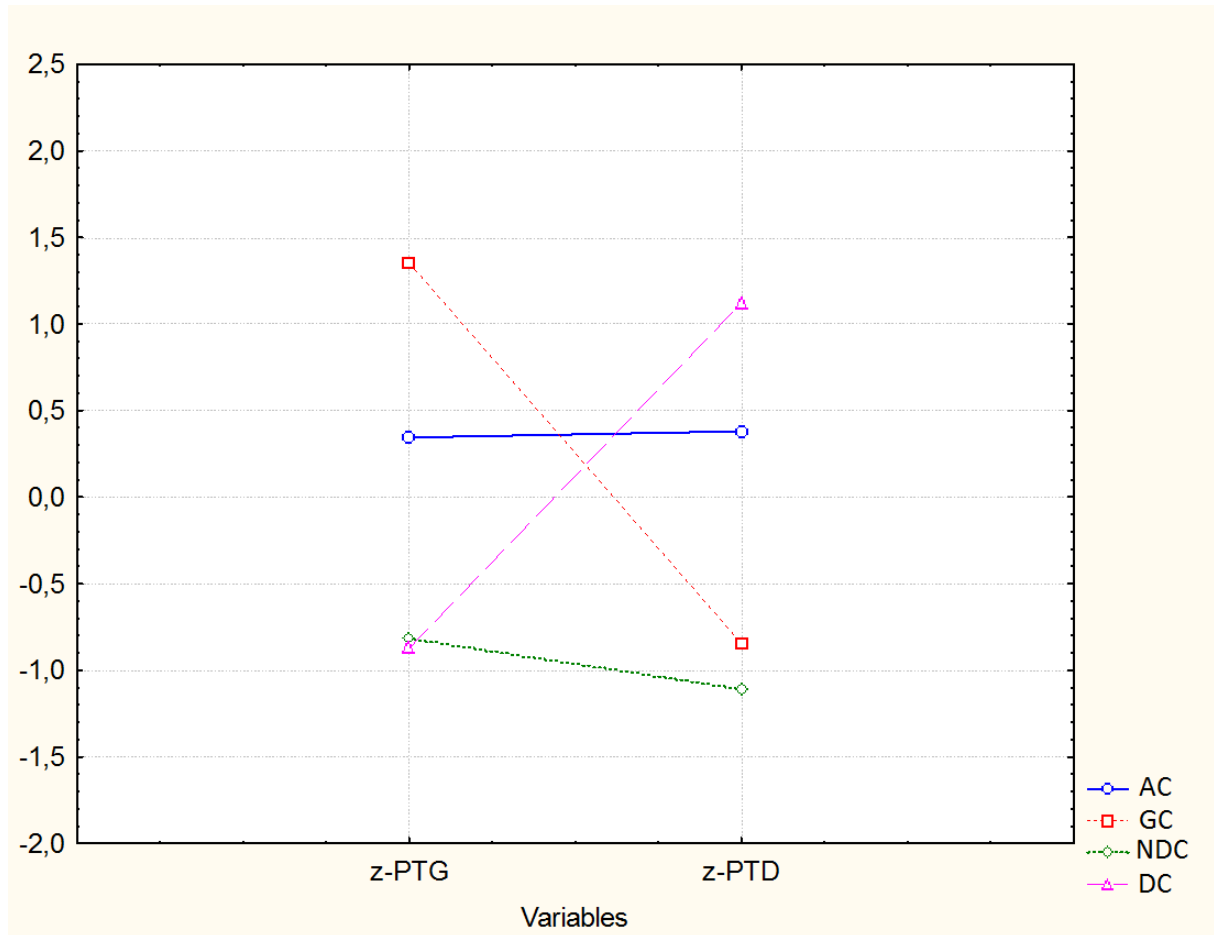
nondisrupted cluster and the growing cluster ($p > .05$). Except for the nondisrupted cluster and the ambivalent cluster ($p > .05$), mean scores of adaptive strategies were significantly different between groups ($p < .01$) with ascending order as followed: distressed cluster < nondisrupted cluster < ambivalent cluster < growing cluster.

Regarding mean scores on scales assessing psychopathological symptoms, mean scores of anxiety and depressive symptoms were significantly different between groups ($p < .01$), except for the nondisrupted cluster and growing cluster ($p > .05$). Among participants who experienced a life-threatening event meeting criterion A for PTSD according to the *DSM-5*, mean scores of PTSD symptoms were significantly different between groups at $p < .01$ except for the nondisrupted cluster and growing cluster that differed at $p < .05$.

Except for guilt ($\eta^2 = .03$), effect sizes of one-way ANOVAs were large, or close to large, for most of pain-related emotions and reactions variables: mental defeat ($\eta^2 = .29$), shame ($\eta^2 = .27$), perceived injustice ($\eta^2 = .24$), body self-alienation ($\eta^2 = .23$), sensitivity to pain traumatization ($\eta^2 = .15$), perceived invalidation ($\eta^2 = .13$), and body-self harmony ($\eta^2 = .13$). Effect sizes were medium for pain intensity ($\eta^2 = .06$), and large for pain interference ($\eta^2 = .20$). Concerning emotion regulation variables, effect sizes were mostly large: DERS-Strategies ($\eta^2 = .25$), DERS-Nonacceptance ($\eta^2 = .22$), DERS-Goals ($\eta^2 = .19$), DERS-Impulse ($\eta^2 = .14$), DERS-Identification ($\eta^2 = .09$), maladaptive regulation ($\eta^2 = .16$), and adaptive regulation ($\eta^2 = .11$). Finally, effect sizes were large for psychopathology variables: anxiety symptoms ($\eta^2 = .15$), depressive symptoms ($\eta^2 = .31$), and PTSD symptoms ($\eta^2 = .15$).

Figure 1

Four-cluster solution based on posttraumatic growth and posttraumatic depreciation levels converted to z-scores.



Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) were assessed using the Paired-Format Posttraumatic Growth Inventory-42 items (PTGI-42). NDC: nondisrupted cluster; GC: growing cluster; AC: ambivalent cluster; DC: distressed cluster.

Table 2

Means, Standard Deviations, One-Way ANOVAs, and Effect Sizes (η^2) of Study Measures by Cluster

Variable	Nondisrupted cluster <i>n</i> = 347 (22.0%)		Growing cluster <i>n</i> = 273 (17.3%)		Ambivalent cluster <i>n</i> = 617 (39.1%)		Distressed cluster <i>n</i> = 340 (21.6%)		<i>F</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Posttraumatic growth	27.05 ^{a**b**c}	12.8	66.31 ^{a**e**f**}	12.12	48.09 ^{b**e**g**}	8.49	26.11 ^{df**g**}	8.62	1095.68 ^{**}	.67
Posttraumatic depreciation	18.38 ^{a**}	11.78	24.18 ^{a**}	12.57	51.13 ^{a**}	10.19	67.43 ^{a**}	12.96	1361.05 ^{**}	.72
Injustice	20.72 ^{a**}	11.49	26.20 ^{a**}	10.62	31.97 ^{a**}	8.25	35.26 ^{a**}	7.99	167.09 ^{**}	.24
Mental defeat	31.72 ^{a**}	23.8	44.64 ^{a**}	24.61	60.31 ^{a**}	19.73	69.41 ^{a**}	20.27	212.95 ^{**}	.29
Guilt	1.57 ^{ac**d**}	2.08	1.67 ^{be**f**}	2.04	2.15 ^{c**e**g*}	1.98	2.53 ^{d** f**g*}	2.42	15.18 ^{**}	.03
Illness invalidation	20.92 ^{ac**d**}	7.21	21.49 ^{be**f**}	7.28	25.66 ^{c**e**g**}	6.77	27.76 ^{d** f**g**}	6.56	78.89 ^{**}	.13
Internalized shame	31.11 ^{a*b**c**}	19.44	34.99 ^{a*d**e**}	19.18	50.07 ^{b**d**f**}	17.07	60.82 ^{c**e**f**}	18.62	193.23 ^{**}	.27
Body-self alienation	14.57 ^{a**}	4.47	16.30 ^{a**}	4.35	18.59 ^{a**}	3.41	20.40 ^{a**}	3.14	160.16 ^{**}	.23
Body-self harmony	11.52 ^{a**bd**}	2.37	12.97 ^{a**e**f**}	2.04	11.45 ^{ce**g**}	2.09	9.78 ^{d**f**g**}	2.50	76.41 ^{**}	.13
Sensitivity to pain traumatization	17.38 ^{a**}	8.6	21.62 ^{a**}	9.57	25.68 ^{a**}	8.37	27.57 ^{a**}	9.61	94.37 ^{**}	.15
Pain intensity	4.40 ^{a**b**c**}	1.94	4.93 ^{a**d**e**}	1.94	5.48 ^{b**d**f}	1.80	5.62 ^{c**e**g}	1.84	33.31 ^{**}	.06
Pain interference	30.35 ^{a**}	15.36	36.19 ^{a**}	14.11	44.48 ^{a**}	12.36	48.15 ^{a**}	12.19	131.74 ^{**}	.20

Note. Means sharing the same superscript are significantly different from each other.

** $p < .01$. * $p < .05$.

Table 2 (continued)

Variable	Nondisrupted cluster		Growing cluster		Ambivalent cluster		Distressed cluster		F	η ²
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Emotion regulation variables										
DERS-Identification	12.16 ^{ac**d**}	4.61	12.09 ^{be**f**}	4.56	14.07 ^{c**e**g**}	4.79	16.09 ^{d**f**g**}	5.22	51.12**	.09
DERS-Impulse	9.69 ^{a*b**c**}	4.76	11.22 ^{a*d**e**}	5.61	14.05 ^{b**d**f**}	5.93	16.66 ^{c**e**f**}	7.05	87.98**	.14
DERS-Nonacceptance	12.60 ^{ac**d**}	6.39	13.54 ^{be**f**}	6.47	18.24 ^{c**e**g**}	6.3	21.80 ^{d**f**g**}	6.67	151.08**	.22
DERS-Goals	12.21 ^{a**}	5.08	13.65 ^{a**}	5.46	16.43 ^{a**}	4.75	18.83 ^{a**}	4.34	125.42**	.19
DERS-Strategies	14.07 ^{ac**d**}	5.19	14.39 ^{be**f**}	5.65	18.51 ^{c**e**g**}	5.26	22.22 ^{d** f**g**}	5.22	176.32**	.25
Maladaptive regulation	14.68 ^{a**}	5.22	17.05 ^{a**}	6.16	18.90 ^{a**}	5.95	20.64 ^{a**}	6.12	67.08**	.16
Adaptive regulation	30.21 ^{a**bd**}	8.29	36.04 ^{a**e**f**}	7.59	30.45 ^{ce**g**}	7.42	25.47 ^{d**f**g**}	7.00	98.54**	.11
Psychopathology										
Anxiety symptoms	8.58 ^{ac**d**}	3.50	9.31 ^{be**f**}	4.13	11.57 ^{c**e**g**}	3.77	12.8 ^{d** f**g**}	3.87	92.60**	.15
Depressive symptoms	6.08 ^{ac**d**}	3.45	6.36 ^{be**f**}	3.59	9.64 ^{c**e**g**}	3.47	12.50 ^{d** f**g**}	3.89	240.73**	.31
PTSD symptoms (n = 1281)	21.47 ^{a*b**c**} (n = 284)	16.53	26.14 ^{a*d**e**} (n = 225)	16.3	36.11 ^{b**d**f**} (n = 500)	16.46	40.31 ^{c**e**f**} (n = 272)	17.96	78.60**	.15

Note. Means sharing the same superscript are significantly different from each other. DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; PTSD: posttraumatic stress disorder.

** $p < .01$. * $p < .05$.

Discussion

The examination of four groups based on self-perceptions of PTG and PTD allows to identify distinct patterns of adjustment to chronic pain. In the first group, the nondisrupted cluster, the very low frequency of self-reported PTG and PTD suggests a lack of change in core beliefs. The second group, the growing cluster, is characterized by a high level of self-reported PTG, suggesting an active process of positive reconstruction. The third group, the ambivalent cluster, reported moderate levels of self-reported PTG and PTD. Considering the elevated self-reported PTD and the low level of perceived PTG, the fourth group was labelled the distressed cluster.

Our study emphasizes the impact of the type of posttraumatic reconstruction on negative emotions developed following stress related to chronic pain, and the difficulty to develop appropriate emotional regulation strategies. By focusing the attention on self-evaluations, emotional experiences elicited by pain may be increased (van Rysewyk, 2016). The disruption of the I-self relationship, in its interaction with the world, is then more likely to occur (Glas, 2003) and to induce a breakdown in the capacity to regulate internal states. This particular collapse of the self-regulating protective system has been defined as the core of a traumatic experience even though the “life-threatening” criterion is not met (Krupnik, 2018). As Guina et al. (2017) argued, trauma is a normal reaction to an aversive experience that negatively changes the perception about the self and/or the world. They emphasized the impact of trauma in a dimensional way rather than the event’s details (i.e., regardless of criterion A for PTSD). According to these authors, posttraumatic reactions should be seen as one of the possible outcomes across conditions to capture the full spectrum of trauma-related psychopathology.

Among our study variables, the level of sensitivity to pain traumatization manifests the propensity to develop responses to pain similar to PTSD symptoms. Hence, while pain does

not meet Criterion A (i.e., exposure to a life-threatening event) for PTSD according to the *DSM-5*, pain itself is viewed as a potential traumatic stressor. Moreover, Katz et al. (2017) identified sensitivity to pain traumatization as a vulnerability factor to both pain chronicity and PTSD. In line with Guina et al. (2017), paying attention to the traumatic dimension of pain experience could inform the course of pain-related symptoms and comorbidities.

Our results showed that levels of sensitivity to pain traumatization and PTSD symptoms are consistently the highest for the distressed cluster and the lowest for the nondisrupted group. It is noteworthy that the ambivalent and the growing cluster reported higher levels of sensitivity to pain traumatization compared to the nondisrupted cluster. The perception of PTG, would not reflect an absence of pain traumatization responses compared to those who did not engage in a restructuring process. Nevertheless, according to a self-enhancement perspective, PTG would reflect a reappraisal of the situation to reduce the individual's sense of threat without eliminating it (Jayawickreme & Blackie, 2016).

In line with Krupnik (2018), difficulties in emotion regulation due to pain flare-ups and maladaptive coping strategies are higher in all subdimensions for the distressed and the ambivalent cluster in which levels of PTD are moderate to high. Interestingly, when compared to the nondisrupted cluster, participants of the growing cluster reported not only higher levels of adaptive regulation strategies but also higher levels of maladaptive strategies, more difficulties in engaging in goal-directed behaviors, and more impulse control difficulties. This could be a manifestation of the paradoxical nature of PTG in the growing cluster. On the one hand, positive outcomes stemming from active struggle distress (Tedeschi & Calhoun, 2004) and on the other hand, significant distress.

Along with these aforementioned results, levels of pain intensity, interference in daily life, anxiety and depressive symptoms, and negative pain-related feelings showed the same ascending order between clusters. All mean score differences were significant except between

the nondistressed and growing clusters, for levels of guilt, illness invalidation, and anxiety and depressive symptoms. The lowest levels were reported by the nondisrupted cluster, followed by the growing cluster, then the ambivalent one, and finally the distressed cluster. For each group, similar patterns were found for dysfunctional emotion regulation strategies pain intensity, disability, and negative feelings. This is in line with prior studies, based on the transdiagnostic approach, in which higher levels of difficulties in emotional regulation and maladaptive strategies shown to be associated with higher levels of pain, disability, and both anxiety and depressive symptoms as well as negative feelings (Koechlin et al., 2018; Linton et al., 2018).

These profiles also seem to be relevant for differentiating several feelings that might be considered as highlighting a posttraumatic experience: feelings of shame, guilt, injustice, lack of recognition, and mental defeat (Maercker, & Horn, 2013). Among the feelings, as found for the growing cluster, low levels of shame and guilt might have adaptive social value and could lead to PTG perception (Dekel et al., 2016; Willie et al., 2016). While experiencing one of these emotions does not allow to postulate the existence of a traumatic experience related to chronic pain, the consistency of our findings within the different groups supports the idea that the experience of chronic pain may involve a traumatic component. Finally, growing participants reported the highest level of body-self harmony. Such finding highlights a nuanced understanding of PTG: being aware of a positive development despite residual distress (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Summary

Our person-centered statistical approach, based on perceived levels of PTG and PTD, could add additional knowledge to prior studies reporting either positive, negative, or null association between perceived PTG and both distress and emotion regulation (Dirik & Karanci, 2008; Jayawickreme & Blackie, 2016; Pat-Horenczyk, 2015). Our analyses allowed

us to discriminate participants similarly reporting low levels of PTG but related to different clinical features, i.e, nondisrupted and distressed participants. Notwithstanding the absence of validated cut-off scores for pain-related feelings scores, scores of anxiety, depressive and posttraumatic stress disorder symptoms are under recommended cut-offs for the nondisrupted cluster and growing cluster participants, and above for the distressed cluster. Moreover, the best indicators of adjustment were not reported by the growing participants, with high PTG, but by the nondistressed participants, with both low PTG and PTD. According to Kleim and Ehlers's proposal (2009), the growing participants would have enough emotion regulation skills to face their situation and engage optimal PTG process while nondistressed participants would not feel enough vulnerability to induce a restructuring of fundamental assumptions.

Individuals in the distressed group would not have sufficient emotion regulation skills to handle their situation and rather attribute excessively negative meaning to the experience of pain, which can lead to a negative "over-correction" of core beliefs (Baker et al., 2008; Joseph et al., 2012). Our results are in line with recent findings showing an association between a strong perception of PTD and a high level of pain intensity and interference, as well as poor indicators of mental health (Barrington & Shakespeare-Finch, 2013; Kunz et al., 2017).

Limitations

Despite interesting findings focusing on the subjective traumatic experience of chronic pain, our study has some limitations. Given the cross-sectional study design, we cannot be determine causation. Moreover, as recruitment has been made using the Internet, a lack of representativeness remains. Participants seeking social support and/or information about atypical or medically unexplained symptoms might be overrepresented (Lacourt et al., 2013). However, it plausible that this selection bias is small as the type of recruitment has been shown to have little impact on prevalence estimates in epidemiological surveys (Steingrimsdóttir et al., 2017). While participants' diagnoses are not confirmable, we can

hypothesis that the relation to pain is not more related to physiological variables than psychosociological processes (Linton et al., 2018). Among these processes, we measured invalidation without making distinctions of its sources (family, friends, co-workers and healthcare professionals). Further investigation is required to explore whether or not these sources may impact PTG or other study variables.

While it is well-known that women report more chronic pain than men (Torrance et al., 2013), the high proportion of women in our sample also limits the generalization of these results. Even though this gender-bias is common in studies using an Internet recruitment process, it has been reported to reduce the desirability bias (Kesse-Guyot et al., 2016). Moreover, compared with recruitment in health care facilities, this method allows to recruit participants who, because of isolation or feeling of shame, do not seek treatment (Baltar & Brunet, 2012). Finally, even if we purposefully asked participants about others events at the end of the online questionnaire, we cannot exclude a possible effect of the order chosen for others questionnaires.

Despite these limitations, our study suggests a framework to understand feelings and reactions related to chronic pain. Future research should take into account the subjective experience of pain and the transdiagnostic processes of emotional regulation. This could contribute to better communication with health professionals by integrating the existential aspects of the patient experience and responding to their request to be understood (Damsgaard et al., 2016). In addition, the transdiagnostic approach might allow to treat pain-related difficulties and their impact on mental health without treatments considered as psychiatric, and then, reduce the risk of stigmatization (Kohrt et al., 2018). Finally, the notion of a traumatic subjective experience of chronic pain could allow the development of narrative therapies in this particular context (Eccleston, 2018). Indeed, according to Park (2010), re-establishing a sense of meaningfulness could enhance patients' ability to cope with their

illness. To support patients in the development of adaptive coping strategies, a better understanding of the traumatic impact of pain as a loss of meaning and a threat to the integrity of identity is needed.

Conflicts of interest: none

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5). *PLoS One*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Baker, J. M., Kelly, C., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). An Examination of Posttraumatic Growth and Posttraumatic Depreciation: Two Exploratory Studies. *Journal of Loss and Trauma*, 13(5), 450–465.
<https://doi.org/10.1080/15325020802171367>
- Baltar, F., & Brunet, I. (2012). Social research 2.0: virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Research*, 22(1), 57–74.
<https://doi.org/10.1108/10662241211199960>
- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., Hannan, S. M., & Orcutt, H. K. (2016). Addressing Psychometric Limitations of the Difficulties in Emotion Regulation Scale Through Item Modification. *Journal of Personality Assessment*, 98(3), 298–309.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1091774>
- Barrington, A., & Shakespeare-Finch, J. (2013). Posttraumatic Growth and Posttraumatic Depreciation as Predictors of Psychological Adjustment. *Journal of Loss and Trauma*, 18(5), 429–443. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.714210>
- Beck, J. G., & Clapp, J. D. (2011). A different kind of comorbidity: Understanding posttraumatic stress disorder and chronic pain. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 101–108. <https://doi.org/10.1037/a0021263>

- Bode, C., van der Heij, A., Taal, E., & van de Laar, M. A. F. J. (2010). Body-self unity and self-esteem in patients with rheumatic diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 15(6), 672–684. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.507774>
- Brasseur, L. (1997). *Traitement de la douleur* [Pain management]. Paris: Doin Editeurs.
- Broom, A. F., Kirby, E. R., Adams, J., & Refshauge, K. M. (2015). On illegitimacy, suffering and recognition: A diary study of women living with chronic pain. *Sociology*, 49(4), 712–731. <https://doi.org/10.1177/0038038514551090>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 151–166. <https://doi.org/10.1080/15325020903375826>
- Cook, D. R., & Coccimiglio, J. (2001). *Internalized shame scale: Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Crowe, M., Whitehead, L., Seaton, P., Jordan, J., Mccall, C., Maskill, V., & Trip, H. (2017). Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1004–1016. <https://doi.org/10.1111/jan.13174>
- Damsgaard, J. B., Norlyk, A., Jørgensen, L. B., & Birkelund, R. (2016). Back pain—a feeling of being mistrusted and lack of recognition: a qualitative study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 21, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.01.001>
- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The difficulties in emotion regulation scale (DERS): Factor structure and consistency of a French translation. *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), 5–11. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>

- Dany, L., Roussel, P., Carayon, S., Blois, S., & Apostolidis, T. (2009). Adaptation et validation française de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur [French adaptation and validation of the pain beliefs and perceptions inventory]. *Pratiques Psychologiques*, 15(3), 387–404. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2007.12.009>
- Dekel, S., Mamon, D., Solomon, Z., Lanman, O., & Dishy, G. (2016). Can guilt lead to psychological growth following trauma exposure? *Psychiatry Research*, 236, 196–198. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.011>
- Dirik, G., & Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(3), 193–203. <https://doi.org/10.1007/s10880-008-9115-x>
- Eccleston, C. (2018). Chronic pain as embodied defence: implications for current and future psychological treatments. *Pain*, 159(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001286>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045–1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Glas, G. (2003). Anxiety, pain, and the limits of relating to oneself. In B. Granger & G. Charbonneau (Eds.), *Phénoménologie des sentiments corporels. I. Douleur, souffrance, dépression* (pp.77–86). Argenteuil: Le Cercle Hermeneutique.
- Guina, J., Baker, M., Stinson, K., Maust, J., Coles, J., & Broderick, P. (2017). Should posttraumatic stress be a disorder or a specifier? Towards improved nosology within the DSM categorical classification system. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0821-7>
- Hazeldine-Baker, C. E., Salkovskis, P. M., Osborn, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Understanding the link between feelings of mental defeat, self-efficacy and the

- experience of chronic pain. *British Journal of Pain*, 12(2), 87–94.
<https://doi.org/10.1177/2049463718759131>
- Howard, M. C., & Hoffman, M. E. (2018). Variable-centered, person-centered, and person-specific approaches: where theory meets the method. *Organizational Research Methods*, 21(4), 846–876. <https://doi.org/10.1177/1094428117744021>
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30–34.
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. R. (2016). Can we trust current findings on posttraumatic growth? In E. Jayawickreme & L. E. R. Blackie (Eds.), *Exploring the psychological benefits of hardship: A critical reassessment of posttraumatic growth* (pp. 19–31). Cham: Springer International Publishing.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126–131. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126>
- Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An affective-cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 316–325.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1798>
- Katz, J., Fashler, S. R., Wicks, C., Pagé, M. G., Roosen, K. M., Kleiman, V., & Clarke, H. (2017). Sensitivity to pain traumatization scale: development, validation, and preliminary findings. *Journal of Pain Research*, 10, 1297–1316.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S134133>
- Kesse-Guyot, E., Assmann, K., Andreeva, V., Castetbon, K., Méjean, C., Touvier, M., ... Fezeu, L. (2016). Lessons learned from methodological validation research in E-

- Epidemiology. *Journal of Medical Internet Research Public Health and Surveillance*.
<https://doi.org/10.2196/publichealth.5880>
- Kind, S., & Otis, J. D. (2019). The interaction between chronic pain and PTSD. *Current Pain and Headache Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0828-3>
- Kirk, R. E. (1996). Practical significance: A concept whose time has come. *Educational and Psychological Measurement*, 56(5), 746–759.
<https://doi.org/10.1177/0013164496056005002>
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(1), 45–52. <https://doi.org/10.1002/jts.20378>
- Kleiman, V., Clarke, H., & Katz, J. (2011). Sensitivity to pain traumatization: a higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patients scheduled for major surgery. *Pain Research and Management*, 16(3), 169–177. <https://doi.org/10.1155/2011/932590>
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 107, 38–45.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>
- Kohrt, B. A., Griffith, J. L., & Patel, V. (2018). Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*, 159(1), 85–90.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001296>
- Kool, M. B., van Middendorp, H., Lumley, M. A., Schenk, Y., Jacobs, J. W. G., Bijlsma, J. W. J., & Geenen, R. (2010). Lack of understanding in fibromyalgia and rheumatoid

- arthritis: the illness invalidation inventory (3*I). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(11), 1990–1995. <https://doi.org/10.1136/ard.2009.123224>
- Krupnik, V. (2018). Trauma or adversity? *Traumatology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/trm0000169>
- Kunz, S., Joseph, S., Geyh, S., & Peter, C. (2017). Posttraumatic growth and adjustment to spinal cord injury: Moderated by posttraumatic depreciation? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 434–444. <https://doi.org/10.1037/tra0000164>
- Lacourt, T., Houtveen, J., & van Doornen, L. (2013). "Functional somatic syndromes, one or many?": An answer by cluster analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.013>
- Lépine, J., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne [Assessment of Anxiety and Depression in Inpatients in a Department of Internal Medicine]. *Annales Médico-Psychologiques*, 143(2), 175–189.
- Linton, S. J., Flink, I. K., & Vlaeyen, J. W. (2018). Understanding the etiology of chronic pain from a psychological perspective. *Physical Therapy*, 98(5), 315–324. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy027>
- Maercker, A., & Horn, A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 465–481. <https://doi.org/10.1002/cpp.1805>
- McParland, J., Hezseltine, L., Serpell, M., Eccleston, C., & Stenner, P. (2011). An investigation of constructions of justice and injustice in chronic pain: a Q-methodology approach. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 873–883. <https://doi.org/10.1177/1359105310392417>

- Nicola, M., Correia, H., Ditchburn, G., & Drummond, P. (2019). Invalidation of chronic pain: a thematic analysis of pain narratives. *Disability and Rehabilitation*.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1636888>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Hamama-Raz, Y., Ziv, Y., Schramm-Yavin, S., & Stemmer, S. M. (2015). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Constructive and illusory aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 28(3), 214–222. <https://doi.org/10.1002/jts.22014>
- Purc-Stephenson, R. J. (2014). The Posttraumatic Growth Inventory: Factor structure and invariance among persons with chronic diseases. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 10–18. <https://doi.org/10.1037/a0035353>
- Russell, B. S., & Park, C. L. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain self-management. *Topics in Pain Management*, 33(6), 1–10.
<https://doi.org/10.1097/01.TPM.0000528005.61095.1d>
- Serbic, D., & Pincus, T. (2017). The relationship between pain, disability, guilt and acceptance in low back pain: a mediation analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(4), 651–658. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9826-2>
- Scott, W., Trost, Z., Bernier, E., & Sullivan, M. J. (2013). Anger differentially mediates the relationship between perceived injustice and chronic pain outcomes. *Pain*, 154(9), 1691–1698. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.05.015>
- Steingrimsdóttir, Ó. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092–2107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009>

- Sullivan, M. J., Adams, H., Horan, S., Maher, D., Boland, D., & Gross, R. (2008). The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation. *Journal of Occupational Rehabilitation, 18*(3), 249–261.
<https://doi.org/10.1007/s10926-008-9140-5>
- Tang, N. K. Y., Salkovskis, P. M., & Hanna, M. (2007). Mental defeat in chronic pain: initial exploration of the concept. *The Clinical Journal of Pain, 23*(3), 222–232.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31802ec8c6>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1–18.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Torrance, N., van Hecke, O., & Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia, 111*(1), 13–18.
<https://doi.org/10.1093/bja/aet123>
- van Rysewyk, S. (2016). A call for study on the meanings of pain. In S. Van Rysewyk (Ed.), *Meanings of Pain* (pp. 1–22). Cham, Switzerland: Springer.
- Willie, T. C., Overstreet, N. M., Peasant, C., Kershaw, T., Sikkema, K. J., & Hansen, N. B. (2016). Anxiety and depressive symptoms among people living with hiv and childhood sexual abuse: The role of shame and posttraumatic growth. *AIDS and Behavior, 20*(8), 1609–1620. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1298-9>
- Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 243*, 408–415.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

Etude 3

Validation de la Version Française de l'Echelle de Sensibilité au Traumatisme de la Douleur

Introduction

La prise en charge actuelle des douleurs chroniques, définies comme celles persistant au-delà de 3 mois (Organisation Mondiale de la Santé, 2018), nécessite de penser les phénomènes douloureux comme des expériences potentiellement sources de détresse à composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives et sociales (Williams & Craig, 2016). Parmi les troubles comorbides, une méta-analyse récente rapporte une prévalence moyenne de trouble de stress post-traumatique (TSPT) de 9,7 % parmi les personnes ayant des douleurs chroniques (Siqueland et al., 2017). La plupart des recherches portant sur les relations entre expériences post-traumatiques et douleurs chroniques les distinguent l'une de l'autre (cf. partie introductive). Les modèles expliquant les relations entre les symptômes de TSPT et les douleurs chroniques soulignent le rôle de facteurs d'entretien mutuel et une vulnérabilité partagée (pour une revue de littérature, voir Katz et al., 2014) mais n'attribuent pas aux douleurs un potentiel traumatique en elles-mêmes. Les phénomènes douloureux ne sont d'ailleurs pas reconnus dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5 ; APA, 2013) comme répondant au critère A du TSPT de définition d'un événement traumatique. En effet, en elle-même, la douleur quelle que soit son intensité ne constitue pas une menace à l'intégrité physique et encore moins une menace vitale. Ce qui est relevé de façon consistante est l'aggravation clinique, quant à l'intensité et l'interférence dans la vie quotidienne, en présence de symptômes de TSPT (Kind & Otis, 2019).

Pourtant, cette distinction entre les expériences de douleurs et de traumatisme ne serait pas si évidente du point de vue des patients. En 2009, Pagé et al. proposaient que pour les patients ayant des douleurs chroniques, les symptômes de TSPT pourraient être vécus comme parties intégrantes de leur expérience douloureuse. Ces auteurs partaient du constat que les analyses de la structure factorielle des échelles de symptômes de TSPT étaient inconsistantes et que cela pourrait être dû à la forte comorbidité des symptômes de TSPT avec d'autres

troubles. En considérant la comorbidité avec les douleurs chroniques, ils ont étudié la structure factorielle des symptômes de TSPT chez des patients avec et sans douleur, dans un contexte préopératoire de chirurgie lourde. Alors qu'ils retrouvaient une structure à 2 facteurs (reviviscences / évitement ; émoussement émotionnel / hyperréactivité) chez les patients sans douleur, une structure mono-factorielle émergeait chez les patients douloureux³¹. Selon ces auteurs, chez les patients ayant des douleurs chroniques, la douleur jouerait le rôle de facteur sur-ordonné auquel chaque sous-ensemble de symptômes de TSPT serait lié.

En 2010, Martin et al. ont mis en évidence que le niveau de peur de la douleur avait un effet prédictif direct significatif sur les symptômes de TSPT. Leurs résultats suggéraient également que les conduites d'évitement et le catastrophisme lié à la douleur avaient un effet indirect sur les symptômes de TSPT via une augmentation de la peur de la douleur. En s'appuyant sur le modèle diathèse du stress appliqué à la douleur chronique (Turk, 2002), ces auteurs proposaient que la douleur elle-même prenne la fonction d'un stressor traumatique conduisant à des symptômes similaires à ceux du TSPT. En retour, ces symptômes contribuent à une plus grande interférence des douleurs dans la vie quotidienne. La douleur déclencherait ou intensifierait des symptômes de TSPT, physiologiquement et par le biais de facteurs psychologiques.

Le traumatisme de la douleur elle-même

En 2011, Kleiman et al. ont exploré, dans un échantillon de 444 patients devant subir une chirurgie lourde, les relations entre le catastrophisme lié à la douleur (i.e. une interprétation excessivement menaçante des sensations douloureuses ; Turk, 2002), l'évitement d'activités par peur de déclencher des douleurs (Vlaeyen & Linton, 2000) et la

³¹ Dans cette étude, l'échelle de symptômes de TSPT était la PCL-C (Posttraumatic stress disorder Checklist - Civilian Version ; Weathers et al., 1993), établie selon les critères du *DSM-IV-TR* (APA, 2000). Cette échelle ne requiert pas la spécification d'un événement particulier pour la passation.

sensibilité à l'anxiété (i.e. la tendance à développer des réactions de peur lors de la survenue de symptômes d'anxiété ; Sharp & Harvey, 2001), en se basant sur le rôle central de ces construits dans l'expérience de la douleur. Par une analyse factorielle hiérarchique des échelles d'évaluations de ces 3 construits, ces auteurs ont dégagé un facteur général duquel découlerait des domaines spécifiques à chacun : la peur de la douleur ou des sensations corporelles [*fear of pain or somatic sensations*]. Les 20 items les plus représentatifs de ce facteur général montraient une forte corrélation positive avec le score des symptômes de TSPT. Ceci suggérait des caractéristiques communes entre ce facteur général et les réactions à un stress potentiellement traumatique. Les auteurs ont donc finalement dénommé ce facteur *sensibilité au traumatisme de la douleur* (STD) [*sensitivity to pain traumatization*], conçue comme une propension à développer des réponses à la douleur qui ressemblent aux caractéristiques d'une réaction de trouble de stress traumatique sur les plans somatique, émotionnel, cognitif et comportemental. Dans cet échantillon de patients, le score moyen à la STD était plus élevé en pré-opératoire pour les personnes déclarant la présence de douleurs avant la chirurgie et pour celles rapportant des douleurs persistantes lors du suivi à 1 an. En revanche, le score moyen pré-opératoire de symptômes de TSPT ne différait pas entre celles ayant des douleurs persistantes à 1 an et celles n'en ayant pas. Selon les auteurs, ce contraste de résultats suggérait que la STD s'origine dans un construit psychologique de traumatisme spécifique à la douleur et non dans un construit de traumatisme général. Les auteurs insistent sur le fait que STD et TSPT ne sont donc pas équivalents, au sens où la STD désigne une propension à développer une réaction traumatique à la douleur, indépendamment des événements douloureux ou traumatiques antérieurs. C'est pourquoi les niveaux de STD étaient plus élevés pour les participants rapportant des antécédents de douleurs, avant l'opération et au suivi à 1 an. C'est l'expression de cette sensibilité et donc le développement effectif d'un traumatisme de la douleur qui dépend de l'histoire traumatique et douloureuse de

la personne. Pour eux, la douleur ne serait pas un stressor causant seulement de l'anxiété mais représente un facteur de stress traumatique en elle-même. La STD intègre donc les réactions de peur et d'anxiété à la douleur dans un facteur de vulnérabilité qui, s'il conduit au traumatisme par la douleur, favoriserait le développement de douleur chronique et de handicap associé.

L'analyse de contenu des items permettaient ainsi de repérer 3 ensembles de symptômes caractéristiques du TSPT selon le *DSM-IV-TR* (APA, 2000) : pensées intrusives associées à une détresse intense, évitement comportemental, symptômes d'hyperactivation neurovégétative (difficultés de concentration et d'hypervigilance). Toutefois, 3 items n'entraient pas dans ces ensembles symptomatiques³². De plus, étant basée sur des échelles ne concevant pas la douleur comme un facteur de stress traumatique, des symptômes comme la perturbation du sommeil, l'émoussement affectif ou d'autres symptômes d'hyperréactivité n'étaient pas inclus dans cet ensemble de 20 items.

L'échelle de sensibilité au traumatisme de la douleur

Ainsi, Katz et al. (2017) ont affiné cette première échelle pour évaluer les réponses douleur en tant que réactions à un stress traumatique. Ils ont obtenu une échelle de 12 items, l'échelle de sensibilité au traumatisme de la douleur [*Sensitivity to Pain Traumatization Scale* ; SPTS-12], pour laquelle les analyses factorielles exploratoires montraient une structure uni-factorielle avec des échantillons tout-venant et de patients, avec douleurs chroniques ou sans douleur. Sur leur échantillon clinique de patients ayant subi une chirurgie coronarienne, les niveaux de STD étaient plus élevés chez les patients ayant une douleur chronique post-opératoire que chez les patients sans douleur mais équivalent à ceux des

³² Il s'agissait de l'item 2 de l'échelle de catastrophisme de la douleur (« *I feel I can't go on* » [je sens que je n'en peux plus]) et des items 3 et 17 de l'échelle de sensibilité à l'anxiété (« *It scares me when I feel shaky* (trembling) » [Cela me fait peur quand je me sens fragile (tremblant)] et « *It embarrasses me when my stomach growls* » [Cela me gêne quand mon estomac grogne]).

participants présentant d'autres douleurs chroniques. En revanche dans leur échantillon tout venant, les niveaux moyens de STD n'étaient pas différents entre les personnes rapportant des douleurs persistantes et celle ne rapportant pas de douleur. Selon les auteurs, cette absence de différence pourrait être due aux particularités de l'échantillon : des étudiants en moyenne plus jeunes et une durée moyenne des douleurs plus courtes. Cette échelle montrait une consistance interne globale excellente sur tous leurs sous-groupes de participants (tout-venant, patients, avec douleurs chroniques, sans douleur). D'après les études de validités convergente et divergente, une plus forte corrélation du score de la SPST-12 était retrouvée avec celui de symptômes de TSPT (PCL-C) qu'avec l'échelle de symptômes dépressifs. La corrélation modérée entre la SPST-12 et la PCL suggérait bien une distinction entre les construits sous-tendus par les deux échelles.

A la suite de ces travaux préliminaires, cette équipe de recherche a apporté d'autres éléments de preuve de la pertinence clinique de cette échelle. En 2019, une étude transversale visant à comparer les caractéristiques de patients développant ou non des douleurs chroniques après une chirurgie cardiaque montrait que des niveaux croissants de douleurs étaient associés à des différences statistiquement significatives de STD (Clarke et al.). Ces niveaux croissants de douleurs étaient également associés à davantage de symptômes de TSPT ainsi qu'à des anomalies sensorielles sur des parties du corps situées hors du champ de la chirurgie, suggérant un mécanisme de sensibilisation centrale.

En 2020, une étude prospective chez 949 patients programmés pour une chirurgie cardio-thoracique lourde montrait que de plus hauts niveaux préopératoires de STD étaient associés à une plus lente diminution de la douleur au cours du temps (Slepian et al.). Ultérieurement, la validité prédictive a été évaluée sur un échantillon de 361 patients suivis en centre de traitement de la douleur jusqu'à 2 ans après une chirurgie (Fashler et al., 2022). Cinq types d'évolution du score à la SPST-12 ont été identifiés : deux d'entre eux, à des

niveaux modérés et élevés, ne variaient pas significativement au cours du temps et trois présentaient une diminution statistiquement significative du score. L'analyse des prédictions, par les différentes trajectoires, des variables associées à la douleur soutenait la validité de critère de la SPST-12. En effet, les niveaux moyens d'intensité et d'interférence de la douleur et de symptômes dépressifs différaient entre les trajectoires mais pas ceux de consommation quotidienne d'opioïdes. Ces résultats montraient un lien fort entre de hauts niveaux à la SPST-12 et une plus grande intensité et interférence de la douleur, l'effet pouvant être bidirectionnel. Au vu de l'hétérogénéité des trajectoires, les recommandations en matière de prise en charge pourraient être adaptées en fonction du score de départ à la SPST-12 : si le niveau est d'emblée haut, une intervention précoce pour cibler les réactions post-traumatiques à la douleur pourrait être indiquée.

Dans le cadre d'un programme multidisciplinaire de gestion de la douleur, il a été montré que le niveau de STD pouvait être réduit (Jomy & Hapidou, 2020). Cette diminution était associée à celle des niveaux de catastrophisme et d'interférence de la douleur, de peur du mouvement, de symptômes de dépression et à l'augmentation des niveaux d'acceptation de la douleur, de la volonté d'adopter des comportements d'auto-gestion de la douleur.

Un autre programme thérapeutique visant le sevrage des opioïdes a montré l'évolutivité du niveau de STD, sur un échantillon de 140 patients transplantés suivis dans un centre de prise en charge de la douleur (Yu et al., 2022). Une amélioration (i.e. une réduction) du score à la SPST-12 a été observée entre le début et la fin de la prise en charge (d'une durée médiane de 210 jours). Cette amélioration était associée à une diminution de la sévérité de la douleur et de la consommation d'opioïdes. Dans cette étude, bien que d'autres variables prises en compte aient été identifiées comme des facteurs de risques majeurs de développement de douleur (dépression, anxiété, catastrophisme), seule la réduction au cours du temps de la STD

était significative. Selon les auteurs, cela suggère une spécificité de cette variable par rapport au succès de cette prise en charge multidisciplinaire.

Enfin, l'idée que la sensibilité à la douleur pourrait figurer parmi les facteurs expliquant la co-présence des douleurs chroniques et des symptômes de TSPT pour un autre événement potentiellement traumatique (Kleiman et al., 2011 ; Rosenbloom et al., 2013) a récemment trouvé un appui. Maunder et al. (2022) ont mené une étude sur un échantillon de 165 membres des forces armées canadiennes et ont trouvé que la STD médiait, en parallèle du catastrophisme de la douleur, la relation entre la présence d'un TSPT (selon les critères du *DSM-5*) et l'interférence de la douleur dans la vie quotidienne. Ce résultat suggère que, pour les personnes présentant des douleurs chroniques et un TSPT, la STD pourrait bien être une nouvelle cible dans la stratégie thérapeutique pour la réduction du handicap lié aux douleurs.

La présente étude

L'ensemble des résultats obtenus sur des populations anglophones laissent penser que l'outil de la SPST-12 ouvre des perspectives cliniques et de recherche intéressante. A ce jour, la SPTS-12 n'a pas fait l'objet d'une validation en langue française. L'objectif de la présente étude est donc de tester la validité de la traduction française de la SPST-12. Nous émettons les hypothèses suivantes : 1) la structure de la SPST-12 serait uni-factorielle dans l'échantillon global et au sein de trois sous-échantillons de personnes francophones : le groupe sans douleurs (GSD), le groupe ayant des douleurs aiguës (i. e., de durée inférieure à 3 mois ; GDA), le groupe ayant des douleurs chroniques (GDC) ; 2) le score total de la SPST-12 présenterait une consistance interne satisfaisante ; 3) le score total de la SPST-12 serait davantage corrélé à des construits proches (i.e., symptômes de TSPT) qu'à des construits plus distants conceptuellement (i.e., symptômes d'anxiété et de dépression) dans les trois échantillons ; 4) des corrélations modérées à élevées seraient retrouvées entre le score total de

la SPST-12 et ceux aux échelles évaluant les réactions de peur et d'anxiété aux sensations corporelles (i.e. catastrophisme lié à la douleur, peur de la douleur et sensibilité à l'anxiété).

Méthode

Participants et procédure

Les participants ont été recrutés sur Internet via des groupes de réseaux sociaux liés ou non à la problématique des douleurs chroniques, pour intégrer des personnes ayant une diversité de syndromes douloureux mais aussi pour obtenir les réponses de personnes ne présentant pas de douleurs chroniques. Les critères d'inclusion étaient : être âgé de plus de 18 ans et être francophone. Au total, 10 709 personnes ont complété le questionnaire. Les participants pouvant correspondre à un échantillon de population gériatrique étant faiblement représenté relativement à l'échantillon global ($n = 152$; 1,42 %), ils ont été écartés des analyses statistiques afin d'homogénéiser l'échantillon de l'étude. L'échantillon étudié rassemble ainsi 10 557 personnes (moyenne [ET] âge = 34,28 [12,08] ans, min = 18, max = 65). L'échantillon est principalement composé de femmes ($n = 9528$; 90,25 %). Comme la collecte de ce type d'informations est interdite en France (sauf cas particuliers qui n'entrent pas dans le cadre de cette étude), nous n'avons pas interrogé les participants à propos de leur origine ethnique. La description complète des caractéristiques de l'échantillon est présentée en Tableau 1.

Tableau 1*Caractéristiques socio-démographiques et liées à la santé dans un échantillon de 10557**personnes*

Variable	<i>n</i>	%
Femmes	9528	90,25
Hommes	1001	9,48
Statut relationnel		
Célibataire	3009	28,50
En concubinage	2983	28,26
Marié(e) ou contrat d'union civil	3234	30,63
Divorcé(e) ou séparé(e)	899	8,51
Veuf(ve)	114	1,09
En activité professionnelle	6521	61,77
Ancienneté des douleurs		
Moins de 3 mois	352	3,33
Entre 3 et 6 mois	360	3,41
Entre 6 mois et 1 an	752	7,12
Entre 1 et 3 ans	1468	13,91
Plus de 3 ans	3930	37,23
Principales causes médicales rapportées		
Troubles musculo-squelettiques divers	1248	18,19
Céphalées	545	7,94
Fibromyalgie	463	6,75
Discopathie	402	5,86
Séquelles de traumatismes physiques	335	4,88
Rhumatismes inflammatoires	288	4,20

Variable	<i>n</i>	%
Arthrose	281	4,10
Douleurs de l'appareil génital féminin	178	2,59
Névralgies diverses	146	2,13
Maladies inflammatoires du côlon et de l'intestin, syndromes du côlon et de l'intestin irritable	109	1,59
Douleurs liées à une maladie cancéreuse	86	1,25
Neuroalgodystrophie	79	1,15
Intensité des douleurs <i>M [ET]</i>	6,29 [1,91]	
Tolérance vis-à-vis des douleurs <i>M [ET]</i>	5,64 [2,27]	
Interférence dans la vie quotidienne <i>M [ET]</i>	6,70 [2,38]	

Note. Le calcul des pourcentages tient compte des réponses manquantes. Les pourcentages, moyennes et écarts-types relatifs aux douleurs sont calculés sur la base des *n* = 6862 personnes rapportant des douleurs.

L'étude est conforme aux recommandations éthiques de la déclaration de Helsinki. Après recueil de leur consentement éclairé à participer à l'étude, les participants ont complété une série de questionnaires. Aucune compensation financière n'a été accordée pour la participation à l'étude.

Mesures

Sensibilité au traumatisme de la douleur. L'échelle de sensibilité au traumatisme de la douleur [*Sensitivity to Pain Traumatization Scale* ; SPTS] (Katz et al., 2017) est un questionnaire auto-administré de 12 items. Les items ont été traduits en français puis rétro-traduits vers l'anglais pour être comparés à la version originale anglaise par les auteurs (voir les items en Tableau 8). Ils représentent six aspects de l'expérience douloureuse par analogie à l'expérience post-traumatique : sensibilité à la douleur (items 5, 7) ; peur de la douleur (items 4, 10) ; pensées intrusives (items 2, 6) ; hyper-réactivité (items 1, 12) ; évitement de la douleur (items 3, 9) ; émoussement émotionnel (items 8, 11). Les participants devaient se positionner sur une échelle de Likert en 5 points, de 0 = « *pas du tout vrai* » à 4 = « *entièrement vrai* ». Le score total s'étale de 0 à 48, un score plus élevé indiquant une sensibilité plus importante.

Douleur. Comme dans l'étude de validation de la SPTS (Katz et al., 2017), l'intensité de la douleur perçue habituellement et l'interférence dans la vie quotidienne ont été évaluées par des échelles numériques en 11 points de 0 à 10. Le niveau subjectif de tolérance des douleurs a été évalué selon la même modalité, de 0 = « *totalement insupportable* » à 10 = « *totalement supportable* ».

Catastrophisme lié à la douleur. La version canadienne-française de dramatisation face à la douleur [*Pain Catastrophizing Scale-Canadian French* ; PCS-CF] (French et al., 2005 ; Sullivan et al., 1995) a été utilisée. Ce questionnaire auto-administré de 13 items traite des ruminations (e.g., « *Je ne peux m'empêcher d'y penser.* »), d'une exagération du danger

(e.g., « *Je me demande si quelque chose de grave va se produire.* ») et d'une impuissance face à la douleur (e.g., « *Je sens que je ne peux pas continuer.* »). En référence à leurs expériences de douleurs, les participants devaient se positionner sur une échelle de Likert en 5 points, de 0 = « *pas du tout vrai* » à 4 = « *entièrement vrai* ». Le score total s'étale de 0 à 52, un score plus élevé indiquant une tendance au catastrophisme plus importante. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,93.

Peur et anxiété à l'égard de la douleur. La version française de l'échelle des symptômes d'anxiété à l'égard de la douleur [*Pain Anxiety Symptoms Scale-20* ; PASS-20] (Desrochers et al., 2009 ; McCracken & Dhingra, 2002) a été utilisée. Ce questionnaire auto-administré de 20 items traite des réactions cognitives liées à l'anxiété (e.g., « *Je trouve difficile de me concentrer lorsque je souffre.* »), des conduites d'évitement (e.g., « *Je vais immédiatement au lit quand je ressens une douleur sévère.* »), des réponses de peur et d'anxiété (e.g., « *Quand je ressens de la douleur, je pense que je pourrais être gravement malade.* ») et des symptômes physiologiques d'anxiété (e.g., « *Je trouve difficile de me relaxer après un épisode de douleur.* »). En référence à leurs expériences de douleurs, les participants devaient se positionner sur une échelle de Likert en 5 points, de 0 = « *pas du tout vrai* » à 4 = « *entièrement vrai* ». Le score total s'étale de 0 à 80, un score plus élevé indiquant davantage de réactions de peur et d'anxiété causées par la douleur. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,91.

Sensibilité à l'anxiété. La version française de l'Index de Sensibilité à l'Anxiété [*Anxiety Sensitivity Index* ; ASI] (Reiss et al., 1986 ; Verreault, et al., 2007) a été utilisée. Ce questionnaire auto-administré de 16 items traite de la peur des sensations physiques (e.g., « *Cela me fait peur quand je me sens trembler.* »), des croyances relatives au contrôle mental (e.g., « *Quand je ne peux pas me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir fou(folle).* ») et des symptômes publiquement observables (e.g., « *Les gens remarquent quand*

je me sens tout(e) tremblant(e). »). Les participants devaient se positionner sur une échelle de Likert en 5 points, de 0 = « *pas du tout vrai* » à 4 = « *entièrement vrai* ». Le score total s'étale de 0 à 64, un score plus élevé indiquant une plus grande peur liée aux symptômes de l'anxiété. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,89.

Symptômes de trouble de stress post-traumatique. La version française de l'Inventaire du Trouble de Stress Post-traumatique-5 [*Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* ; PCL-5] (Ashbaugh et al., 2016 ; Weathers et al., 2013) a été utilisée pour les participants ($n = 5525$) identifiant leur expérience la plus bouleversante parmi les 17 événements potentiellement traumatiques de l'Inventaire des Événements de Vie [*Life Events Checklist* ; LEC] (Gray, et al., 2004). Ce questionnaire auto-administré de 20 items comporte 4 sous-échelles correspondant au 4 groupes de symptômes du TSPT, selon la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5* ; APA, 2013). Il reprend les symptômes d'intrusion (e.g., « *Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante.* »), d'évitement (e.g., « *Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante.* »), d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur (e.g., « *Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde.* »), d'hyperréactivité (e.g., « *Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement.* »). Les participants devaient se positionner sur une échelle de Likert en 5 points, de 0 = « *pas du tout* » à 4 = « *extrêmement* ». Pour chaque sous-dimensions, un score plus élevé indique une symptomatologie plus sévère (score seuil : 32). Dans cet échantillon, les alphas de Cronbach pour les symptômes d'intrusion (5 items ; score : 0 – 20), d'évitement (2 items ; score : 0 – 8) d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur (7 items ; score : 0 – 8), d'hyperréactivité (6 items ; score : 0 – 24) et l'ensemble de l'échelle (20 items ; score : 0 – 80) étaient respectivement de 0,88 ; 0,75 ; 0,86 ; 0,82 ; 0,93.

Symptômes d'anxiété et de dépression. La version française de l'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression [*Hospital Anxiety and Depression Scale* ; HADS] (Lépine et al., 1985 ; Zigmond & Snaith, 1983) a été utilisée. Ce questionnaire auto-administré comporte deux sous-échelles de sept items évaluant les symptômes anxieux (HADS-A ; e.g., « *Je me fais du souci.* ») et dépressifs (HADS-D ; e.g., « *J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.* »). Les participants devaient se positionner sur une échelle de Likert en 4 points, de 0 à 3, portant sur l'intensité ou la fréquence des symptômes selon les items. Les scores totaux s'étalent de 0 à 21, un score plus élevé indiquant une symptomatologie plus marquée. Dans cet échantillon, l'alpha de Cronbach était de 0,77 pour l'échelle d'anxiété et de 0,78 pour celle de dépression.

Analyses Statistiques

Analyses exploratoires et confirmatoires

Les analyses ont été réalisées par le logiciel Jasp 0.16.0. Une analyse factorielle exploratoire par factorisation de l'axe principal, basée sur les matrices de corrélations, a été faite en suivant les recommandations de Costello et Osborne (2005) pour des données ordinales, de même que dans l'étude originale de Katz et al. (2017). Le nombre de facteurs a été déterminé par la méthode du *scree plot* (Cattell, 1966). Les analyses confirmatoires ont été réalisées en suivant les recommandations de Tabachnick et Fidell (2001) pour les grands échantillons : 1) l'indice de qualité de l'ajustement [*goodness-of-fit index* ; GFI] dont la valeur doit être de 0,90 ou plus pour un bon ajustement ; 2) l'indice de la racine du résidu quadratique moyen standardisé [*standardized root mean square residual* ; SRMR]) dont la valeur doit être de 0,05 ou moins ; 3) la racine de l'erreur quadratique moyenne de l'approximation [*root mean square error of approximation* ; RMSEA] dont la valeur doit être de 0,08 ou moins. L'indice du chi carré divisé par le degré de liberté (χ^2/df) n'étant pas adapté

aux grands échantillons, un χ^2 très élevé et un mauvais χ^2/df sont normaux avec un large échantillon (Bentler & Bonnet, 1980). Cet indice n'a donc pas été relevé.

Fiabilité

Les alphas de Cronbach non standardisés, les corrélations de chaque item à l'ensemble des items restants du questionnaire et les alphas de Cronbach si un item est supprimé ont été utilisés pour examiner la consistance interne de la SPST-12.

Validité

Pour les trois sous-groupes, les validités convergente et discriminante ont été examinées respectivement par les corrélations entre les scores à la SPST-12 et ceux à la PCL-5 (symptômes de TSPT) et par les corrélations entre les scores à la SPST-12 et ceux à l'HADS-A et à l'HADS-D (symptômes d'anxiété et de dépression). Les tailles des coefficients de corrélation ont été interprétés en suivant les recommandations de Schober et al. (2018), en s'appuyant sur les valeurs absolues des coefficients ainsi que sur leurs intervalles de confiance à 95%. Pour la validité divergente, la significativité des différences des tailles d'effet des corrélations a été calculée entre, d'une part, le score de SPST-12 et la PCL-5, et d'autre part, le score de la SPST-12 et ceux de l'HADS (Lee & Preacher, 2013), en se basant sur les réponses des participants pour lesquels l'événement le plus bouleversant répondait au critère A du TSPT.

Résultats

Analyses Exploratoires et Confirmatoires

Pour l'ensemble de l'échantillon comme pour les différents sous-groupes, les analyses factorielles exploratoires par factorisation de l'axe principal et les *scree plots* correspondants montrent des solutions à un facteur (voir Tableau 2 et Figures 1 à 4). Néanmoins, pour l'ensemble de l'échantillon ainsi que dans chacun des sous-groupes, les quatre mêmes items

recueillent des poids factoriels les plus bas parmi les 12 : l'item 1 (0,41 – 0,52), l'item 3 (0,24 – 0,33), l'item 9 (0,32 – 0,39) et l'item 12 (0,56 – 0,60). La solution à un facteur rend compte, respectivement pour l'échantillon global et les sous-groupes sans douleurs, avec douleur aiguë et avec douleur chronique de 37,6%, 37,8%, 36,9% et 36,9% de la variance. Les résultats des analyses confirmatoires confortent globalement ce modèle (voir Tableau 3).

Tableau 2*Analyse factorielle exploratoire sur les items de la SPST-12*

Items de la SPST-12	Echantillon global <i>N</i> = 10557		Sans Douleur <i>n</i> = 3695		Douleur Aiguë <i>n</i> = 352		Douleur Chronique <i>n</i> = 6510	
	Poids factoriel	Unicité	Poids factoriel	Unicité	Poids factoriel	Unicité	Poids factoriel	Unicité
Item 1	0,473	0,776	0,517	0,733	0,410	0,832	0,429	0,816
Item 2	0,710	0,496	0,712	0,494	0,717	0,486	0,698	0,512
Item 3	0,328	0,893	0,315	0,901	0,238	0,944	0,315	0,901
Item 4	0,617	0,619	0,623	0,612	0,586	0,657	0,625	0,609
Item 5	0,684	0,533	0,682	0,535	0,708	0,499	0,674	0,545
Item 6	0,710	0,495	0,712	0,492	0,705	0,503	0,699	0,511
Item 7	0,631	0,601	0,649	0,579	0,666	0,556	0,623	0,612
Item 8	0,639	0,591	0,648	0,580	0,639	0,592	0,624	0,611
Item 9	0,366	0,866	0,317	0,900	0,389	0,849	0,383	0,853
Item 10	0,755	0,430	0,743	0,447	0,780	0,392	0,766	0,413
Item 11	0,674	0,546	0,661	0,563	0,654	0,573	0,680	0,537
Item 12	0,596	0,645	0,605	0,634	0,556	0,691	0,595	0,645

Figure 1

Scree plot des valeurs propres de l'analyse factorielle exploratoire pour le sous-groupe sans douleur

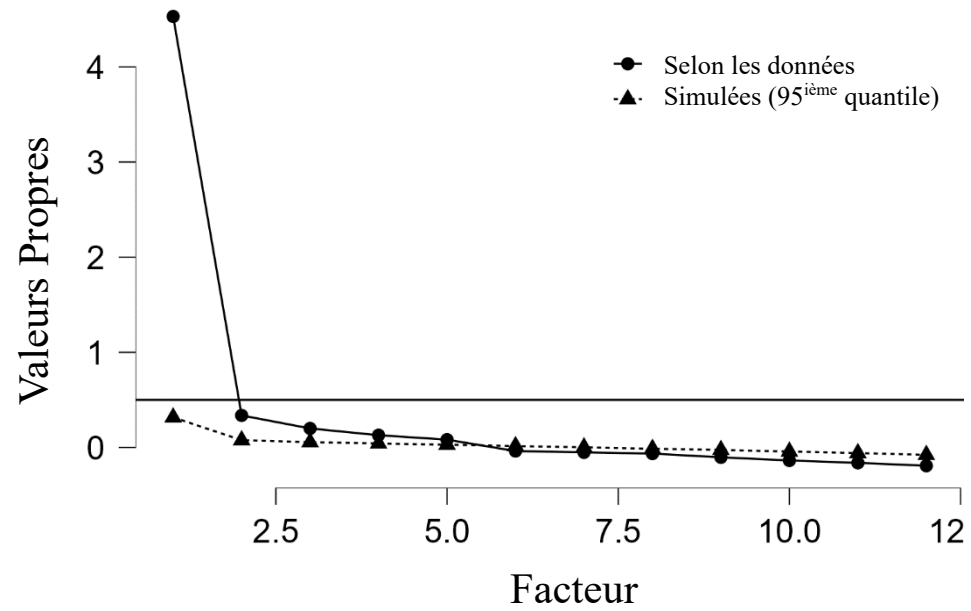


Figure 2

Scree plot des valeurs propres de l'analyse factorielle exploratoire pour le sous-groupe avec douleur aiguë

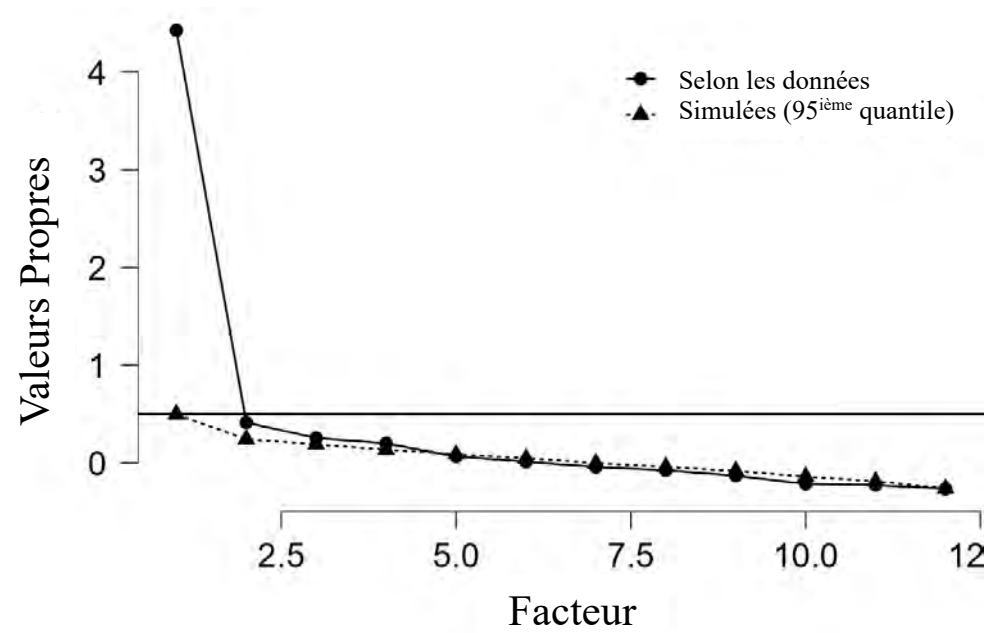


Figure 3

Scree plot des valeurs propres de l'analyse factorielle exploratoire pour le sous-groupe avec douleur chronique

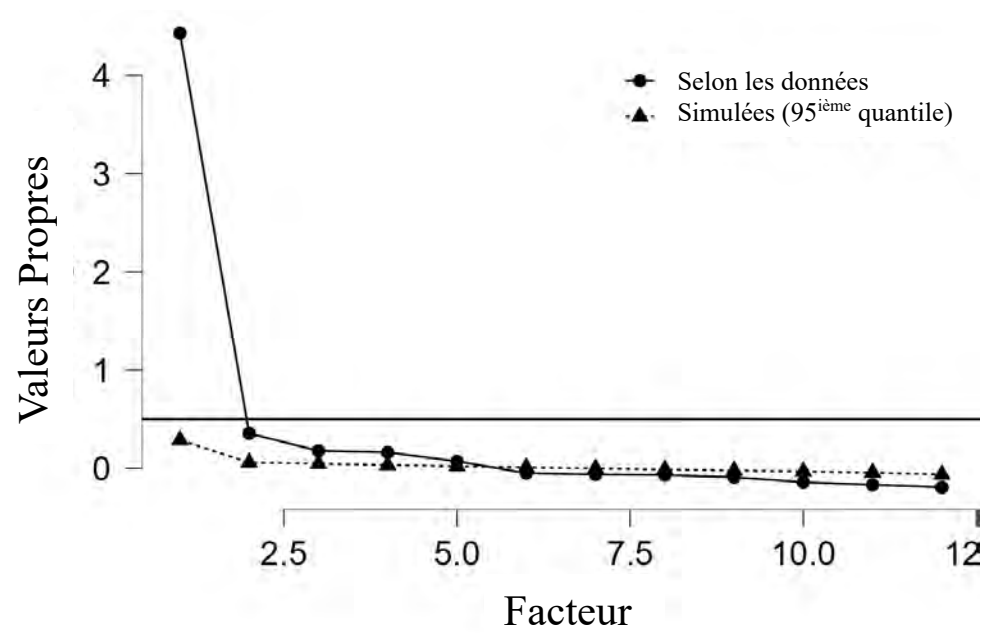


Figure 4

Scree plot des valeurs propres de l'analyse factorielle exploratoire pour l'ensemble de l'échantillon

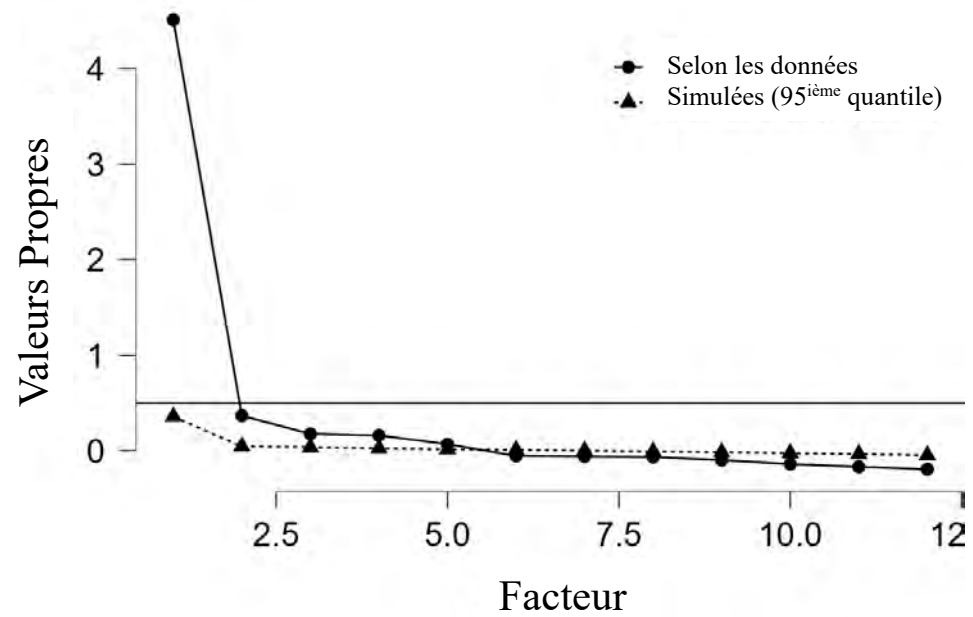


Tableau 3

Analyse factorielle confirmatoire de la solution à 1 facteur pour les items de la SPST-12

Indicateurs	Echantillon global <i>N</i> = 10557	Sans Douleur <i>n</i> = 3695	Douleur Aiguë <i>n</i> = 352	Douleur Chronique <i>n</i> = 6510
Racine de l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (RMSEA)	0,083	0,079	0,092	0,080
Limite inférieure de l'IC à 90 % de la RMSEA	0,081	0,076	0,079	0,085
Limite supérieure de l'IC à 90 % de la RMSEA	0,085	0,083	0,105	0,000
Valeur du <i>p</i> de la RMSEA	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,044
Racine du résidu quadratique moyen standardisé (SRMR)	0,044	0,042	0,056	0,080
Indice de qualité de l'ajustement (GFI)	0,937	0,941	0,909	0,938

Note. RMSEA : *root mean square error of approximation* ; IC : *intervalle de confiance* ; GFI : *goodness-of-fit index* ; SRMR : *standardized root mean square residual*.

Fiabilité

Les alphas de Cronbach non standardisés ont montré une excellente consistance interne pour l'ensemble de l'échantillon ainsi que pour les trois groupes. Pour l'ensemble : $\alpha = 0,87$; pour les trois sous-groupes : $\alpha = 0,86$. Après suppression d'un item, la consistance interne de l'échelle est peu modifiée. Pour l'ensemble : $\alpha = 0,85-0,87$; pour les trois sous-groupes : $\alpha = 0,84-0,87$. Les corrélations item-reste de l'échelle s'étalent de 0,32 à 0,70 pour l'ensemble de l'échantillon, de 0,31 à 0,69 pour le groupe sans douleurs, de 0,24 à 0,71 pour le groupe avec douleur aiguë et de 0,30 à 0,70 pour le groupe avec douleur chronique. Le détail de ces résultats est présenté dans le Tableau 4.

Tableau 4*Alphas de Cronbach et corrélations item-reste de l'échelle de la SPST-12*

	Echantillon global <i>N</i> = 10557		Sans Douleur <i>n</i> = 3695		Douleur Aiguë <i>n</i> = 352		Douleur Chronique <i>n</i> = 6510	
α de Cronbach	0,867		0,864		0,860		0,864	
	α de Cronbach si item retiré	Corrélation item-reste	α de Cronbach si item retiré	Corrélation item-reste	α de Cronbach si item retiré	Corrélation item-reste	α de Cronbach si item retiré	Corrélation item-reste
STD12-1	0,862	0,456	0,856	0,497	0,858	0,397	0,862	0,651
STD12-2	0,849	0,660	0,847	0,655	0,841	0,661	0,847	0,303
STD12-3	0,872	0,316	0,871	0,306	0,869	0,238	0,870	0,559
STD12-4	0,856	0,553	0,852	0,558	0,850	0,518	0,853	0,614
STD12-5	0,852	0,622	0,849	0,615	0,843	0,635	0,849	0,645
STD12-6	0,849	0,655	0,846	0,655	0,841	0,647	0,847	0,583
STD12-7	0,854	0,591	0,849	0,610	0,844	0,617	0,851	0,583
STD12-8	0,853	0,598	0,849	0,603	0,845	0,599	0,851	0,368
STD12-9	0,870	0,353	0,870	0,309	0,860	0,380	0,867	0,700
STD12-10	0,847	0,692	0,845	0,682	0,837	0,712	0,844	0,620
STD12-11	0,853	0,615	0,850	0,600	0,846	0,602	0,849	0,545
STD12-12	0,856	0,546	0,853	0,555	0,851	0,503	0,854	0,651

Validité

Les moyennes, les écart-types et les corrélations entre les scores des différentes variables et leurs intervalles de confiance à 95% sont présentées, pour les trois sous-groupes, dans les Tableaux 5 à 7. Sur l'ensemble de l'échantillon, les tailles d'effet des corrélations sont fortes entre la SPST-12 et la PCS ($r = 0,78$; $p < 0,001$) ainsi qu'entre la SPST-12 et la PASS-20 ($r = 0,87$; $p < 0,001$) alors qu'elle est modérée entre la SPST-12 et l'ASI ($r = 0,62$; $p < 0,001$). Les mêmes ordres de grandeur ont été retrouvés pour les trois sous-groupes.

Validité convergente

La validité convergente a été examinée au moyen des coefficients de corrélation de Pearson entre la SPST-12 et la PCL-5, en considérant le score total de cette échelle ainsi que ceux aux quatre sous-dimensions, pour les personnes dont l'expérience la plus bouleversante figurait parmi celles répondant au critère A du *DSM-5* pour le TSPT (voir Tableau 7). Pour l'échantillon global, ainsi que pour les sous-groupes de participants ayant des douleurs aiguës et chroniques, la taille d'effet est modérée pour les corrélations du score de la SPST-12 avec le score total de la PCL-5 ($r = 0,42 - 0,43$; $p < 0,001$) et avec celui de la sous-dimension « hyper-réactivité » ($r = 0,38 - 0,42$; $p < 0,001$) ; elle est faible pour les corrélations de la SPST-12 avec les sous-dimensions « intrusion » ($r = 0,31 - 0,38$; $p < 0,001$), « évitement » ($r = 0,25 - 0,29$; $p < 0,001$) et « altérations des cognitions et de l'humeur » ($r = 0,34 - 0,39$; $p < 0,001$). Pour le sous-groupe de participants n'ayant pas de douleurs, les tailles d'effet des corrélations de la SPST-12 avec la PCL-5 totale et avec toutes ses sous-dimensions sont faibles ($r = 0,34 - 0,39$; $p < 0,001$).

Validité divergente

La validité divergente a été examinée au moyen des coefficients de corrélation de Pearson de la SPST-12 avec l'HADS-D et avec l'HADS-A (voir Tableaux 6 et 7). Les tailles d'effet des corrélations entre la SPST-12 et l'HADS-D sont faibles pour les sous-groupes

« sans douleurs » et « douleur aiguë » ($r = 0,29 - 0,36$; $p < 0,001$) alors qu'elle tend à être modérée pour l'échantillon global et pour le groupe « douleur chronique » ($r = 0,39 - 0,40$; $p < 0,001$). La taille d'effet des corrélations entre la SPST-12 et l'HADS-A est faible pour le groupe « sans douleurs » ($r = 0,35$; $p < 0,001$) alors qu'elles sont modérées pour l'échantillon global et pour les sous-groupes « douleur aiguë » et « douleur chronique » ($r = 0,40 - 0,41$; $p < 0,001$). Pour l'ensemble des personnes ayant complété la PCL-5 par rapport à un événement potentiellement traumatique, la taille d'effet de la corrélation entre la SPST-12 et la PCL-5 totale est significativement plus grande que celle entre la SPST-12 et l'HADS-D ($z = 3,56$; $p < 0,001$). Parmi elles, c'est également le cas pour celles ne rapportant pas de douleur ($z = 4,14$; $p < 0,001$). Pour celles rapportant des douleurs chroniques, la différence est à la limite de la significativité ($z = 1,964$; $p = 0,049$) et la différence n'est pas significative pour celles rapportant des douleurs aiguës ($z = 1,62$; $p = 0,11$). La taille d'effet de la corrélation entre la SPST-12 et la PCL-5 totale est significativement plus grande que celle entre la SPST-12 et l'HADS-A pour l'ensemble des personnes rattachant leurs symptômes de TPST à un événement potentiellement traumatique ($z = 2,50$; $p = 0,01$). Cette différence est marginalement significative pour celles ne rapportant pas de douleur ($z = 1,943$; $p = 0,05$) et non significative pour celles ayant des douleurs aiguës ($z = 0,08$; $p = 0,94$) ainsi que pour celles rapportant des douleurs chroniques ($z = 1,43$; $p = 0,15$).

Tableau 5*Moyennes et écarts-types des variables étudiées*

Variable	Echantillon global <i>N</i> = 10557	Sans Douleur <i>n</i> = 3695	Douleur Aiguë <i>n</i> = 352	Douleur Chronique <i>n</i> = 6510
Sensibilité au traumatisme de la douleur	18,014 [10,233]	15,820 [9,645]	17,409 [10,167]	19,293 [10,347]
Catastrophisme	21,503 [12,993]	17,452 [12,204]	20,227 [12,709]	23,872 [12,866]
Peur et anxiété liée à la douleur	34,786 [16,573]	30,710 [15,707]	34,224 [16,563]	37,130 [16,603]
Sensibilité à l'anxiété	22,984 [13,012]	22,129 [12,352]	23,955 [12,658]	23,417 [13,368]
Dépression	5,693 [3,734]	4,589 [3,220]	5,931 [3,646]	6,306 [3,865]
Anxiété	9,385 [3,890]	8,593 [3,720]	9,480 [3,806]	9,829 [3,918]
Participants répondant au critère A du TSPT	<i>n</i> = 5525	<i>n</i> = 1827	<i>n</i> = 190	<i>n</i> = 3508
Tous symptômes de TSPT	32,584 [19,350]	28,012 [19,093]	33,000 [19,550]	34,943 [19,050]
TSPT – Intrusion	9,965 [6,006]	8,713 [5,928]	9,927 [5,982]	10,620 [5,946]
TSPT – Evitement	3,695 [2,761]	3,323 [2,717]	3,958 [2,796]	3,875 [2,763]
TSPT – altération des cognitions et de l'humeur	10,177 [7,717]	8,856 [7,565]	10,286 [7,753]	10,859 [7,707]
TSPT – hyperréactivité	8,747 [6,234]	7,122 [5,956]	8,829 [6,028]	9,590 [6,221]

Tableau 6

Corrélations des variables étudiées à la STD sans distinction des participants selon l'exposition à un événement potentiellement traumatique

Variable		Echantillon global <i>N</i> = 10557	Sans Douleur <i>n</i> = 3695	Douleur Aiguë <i>n</i> = 352	Douleur Chronique <i>n</i> = 6510
Dépression	<i>r</i> de Pearson	0,385	0,286	0,356	0,400
	Lim. sup. IC à 95 %	0,402	0,315	0,444	0,420
	Lim. inf. IC à 95 %	0,369	0,256	0,261	0,379
Anxiété	<i>r</i> de Pearson	0,402	0,351	0,395	0,406
	Lim. sup. IC à 95 %	0,418	0,379	0,480	0,426
	Lim. inf. IC à 95 %	0,386	0,322	0,303	0,385
Catastrophisme	<i>r</i> de Pearson	0,778	0,788	0,776	0,762
	Lim. sup. IC à 95 %	0,785	0,800	0,814	0,772
	Lim. inf. IC à 95 %	0,770	0,776	0,730	0,752
Peur et anxiété liée à la douleur	<i>r</i> de Pearson	0,868	0,860	0,884	0,865
	Lim. sup. IC à 95 %	0,873	0,868	0,905	0,871
	Lim. inf. IC à 95 %	0,863	0,852	0,859	0,859
Sensibilité à l'anxiété	<i>r</i> de Pearson	0,616	0,624	0,616	0,614
	Lim. sup. IC à 95 %	0,627	0,643	0,677	0,629
	Lim. inf. IC à 95 %	0,604	0,603	0,547	0,599

Note. Toutes les corrélations sont significatives à $p < 0,001$.

Tableau 7

Corrélations des variables étudiées à la STD parmi les personnes exposées à un événement potentiellement traumatique

Variable		Tous les exposés <i>N</i> = 5525	Sans Douleur <i>n</i> = 1827	Douleur Aiguë <i>n</i> = 190	Douleur Chronique <i>n</i> = 3508
Tous symptômes de TSPT	<i>r</i> de Pearson	0,428	0,382	0,430	0,424
	Lim. sup. IC à 95 %	0,449	0,421	0,539	0,451
	Lim. inf. IC à 95 %	0,406	0,342	0,306	0,397
TSPT – Intrusion	<i>r</i> de Pearson	0,341	0,313	0,378	0,327
	Lim. sup. IC à 95 %	0,364	0,353	0,494	0,357
	Lim. inf. IC à 95 %	0,318	0,271	0,249	0,297
TSPT – Evitement	<i>r</i> de Pearson	0,260	0,245	0,291	0,249
	Lim. sup. IC à 95 %	0,284	0,288	0,416	0,279
	Lim. inf. IC à 95 %	0,235	0,202	0,155	0,217
TSPT – altération des cognitions et de l'humeur	<i>r</i> de Pearson	0,375	0,340	0,388	0,372
	Lim. sup. IC à 95 %	0,398	0,380	0,503	0,400
	Lim. inf. IC à 95 %	0,352	0,299	0,260	0,343
TSPT – hyperréactivité	<i>r</i> de Pearson	0,419	0,370	0,385	0,415
	Lim. sup. IC à 95 %	0,440	0,409	0,500	0,442
	Lim. inf. IC à 95 %	0,397	0,329	0,256	0,387
Dépression	<i>r</i> de Pearson	0,384	0,288	0,320	0,393
	Lim. sup. IC à 95 %	0,406	0,330	0,442	0,421

Variable		Tous les exposés <i>N</i> = 5525	Sans Douleur <i>n</i> = 1827	Douleur Aiguë <i>n</i> = 190	Douleur Chronique <i>n</i> = 3508
Anxiété	Lim. inf. IC à 95 %	0,361	0,246	0,186	0,365
	<i>r</i> de Pearson	0,399	0,341	0,425	0,403
	Lim. sup. IC à 95 %	0,421	0,381	0,535	0,430
	Lim. inf. IC à 95 %	0,377	0,300	0,301	0,374

Note. Toutes les corrélations sont significatives à $p < 0,001$; Lim. sup. IC à 95 % : limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95 % ; Lim. inf. IC à 95 % : limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95 %

Discussion

Les objectifs de cette étude étaient de tester, dans un large échantillon de personnes francophones, la structure uni-factorielle, la fiabilité et la validité de la traduction en français de l'échelle de sensibilité au traumatisme de la douleur (STD), précédemment développée et validée en anglais (Katz et al., 2017). Les analyses ont été réalisées en distinguant les participants selon qu'ils étaient, ou non, concernés par une problématique de douleurs. En s'appuyant sur la littérature scientifique montrant des implications différentes de la douleur aiguë et chronique (Coninx & Stilwell, 2021), nous avons analysé séparément les personnes non concernées par des douleurs, celles éprouvant des douleurs aiguës (d'une durée inférieure à 3 mois) et celles vivant avec des douleurs chroniques.

Structure factorielle de la SPST-12

Dans l'ensemble, nos résultats recoupent ceux obtenus pour l'instrument original. Nos données confirment la structure uni-factorielle de la SPST-12, en accord avec l'hypothèse de Pagé et al. (2009), selon laquelle le vécu de la douleur constitue un facteur qui affecte les dimensions cognitive, émotionnelle, comportementale et somatique de l'expérience traumatique. Néanmoins, les items d'évitement de la douleur (items 3 et 9) et dans une moindre mesure les items d'hyper-réactivité à la douleur (items 1 et 12) présentent des poids factoriels plus faibles que le reste des items sur le facteur unique extrait par l'analyse exploratoire. Dans leur étude de validation, Katz et al. (2017) avaient également retrouvé des poids factoriels plus faibles pour les items d'hyper-réactivité et d'autant plus pour les items d'évitement chez des participants avec et sans douleurs chroniques, avec un échantillon d'étudiants mais également avec un échantillon clinique. Bien que les auteurs n'aient pas commenté ce résultat, le travail de doctorat à la base de cet article (Fashler, 2020) proposait une tentative d'explication seulement pour l'item 9 d'évitement (i.e., *Dès que la douleur survient, je prends des médicaments pour l'atténuer.*) : la prise de médicaments anti-douleur

n'est pas nécessairement une conduite d'évitement mais peut au contraire correspondre à une stratégie de *coping* adaptée soutenue par les prescriptions médicales (Van Damme, Crombez, & Eccleston, 2008).

Dans cette même ligne d'interprétation du sens des items, le fait d'éviter les activités causant la douleur (item 3) peut être considéré comme ambigu du point de vue de l'ajustement à la douleur. En effet, il existe un niveau de preuve important de l'association positive entre le degré de peur du mouvement et ceux de l'intensité de la douleur et du handicap associé (Luque-Suarez et al., 2019). Toutefois, en pratique clinique, il peut être recommandé par les soignants de ne pas réaliser des gestes ou des activités qui provoquent ou accroissent la douleur perçue. Ce conseil peut d'ailleurs varier selon le type de douleur (inflammatoire ou mécanique) et en fonction de l'objectivation de lésions.

Concernant les items d'hyper-réactivité, les réveils nocturnes (item 1) et les nausées ou l'inconfort gastrique (item 12), ils peuvent aussi dépendre de mécanismes différents. Physiologiquement, la réponse neuro-végétative parasympathique induisant des nausées peut être activée par la perception intense ou prolongée de douleurs, mais elle peut aussi participer de la réponse anxieuse aux douleurs (Cangemi & Kuo, 2019). De même, les réveils nocturnes peuvent être liés à l'intensité des douleurs selon des facteurs positionnels (douleurs mécaniques) ou inflammatoires (Vellucci et al., 2021) mais peuvent aussi résulter de l'agitation anxieuse ou de cauchemars en lien avec les douleurs (Gazerani, 2021).

Ainsi, les réponses aux items d'évitement et d'hyper-réactivité peuvent être influencés par des facteurs qui ne seraient pas toujours la signature d'une réaction traumatique aux douleurs, à la différence des autres items de sensibilité/intolérance, de peur, d'intrusions et d'émoussement émotionnel qui s'en rapprochent davantage. En dépit de ce manque de spécificité qui pourraient expliquer nos résultats, ces items restent pertinents cliniquement

dans l'évaluation d'un rapport traumatique à la douleur et ne se distinguent pas suffisamment des autres items pour justifier une structure multifactorielle de la SPST-12.

Symptômes de TSPT et STD

Concernant la validité convergente, comme Katz et al. avec la PCL-C, nous avons trouvé des niveaux de corrélation modérés, inférieurs au seuil proposé de 0.60 par ces auteurs, entre le score total à la PCL-5 et la SPST-12. Nous rejoignons leur conclusion selon laquelle la STD et le TSPT se recoupent, mais restent distincts dans leur relation temporelle à la douleur. S'agissant d'une sensibilité, d'une potentialité à être traumatisé par la douleur, celle-ci n'est pas conçue comme l'expression effective d'un traumatisme dont la phénoménologie complexe renvoie au rapport au corps, à l'image de soi, aux autres et au monde (Ayache & Goutaudier, 2021). L'examen des relations de la SPST-12 avec les différentes dimensions de la PCL-5 renseigne plus précisément sur les liens entre les deux construits. La dimension d'hyper-réactivité est celle qui entretient les corrélations les plus importantes avec la SPST-12, suivent de façon décroissante l'altération des cognitions et de l'humeur, l'intrusion et l'évitement. Cette place de l'évitement du TSPT peut sembler étonnante au regard de celle accordé à la peur et l'évitement de la douleur dans les modèles d'entretien mutuel et de vulnérabilité partagée (Katz et al., 2014).

En dépit de ces modèles explicatifs, dans une étude longitudinale sur une échantillon de patients ayant été hospitalisés en unité de traumatologie, Liedl et al. (2010) n'ont retrouvé aucune influence des symptômes d'évitement du TSPT sur la douleur alors que les symptômes d'hyper-réactivité à 3 mois médiaient la relation entre les niveaux de douleur au temps initial et à 12 mois. Ils trouvaient également que le niveau de douleur à 3 moisédiait la relation entre les niveaux de symptômes d'hyperactivation et d'intrusion au temps initial et à 12 mois. Ils invoquaient des explications qui peuvent également éclairer nos résultats. En effet, les symptômes d'hyperactivation du TSPT participent à l'entretien mutuel des deux

troubles par l'accroissement de l'activité du système nerveux central et autonome, notamment *via* la majoration des tensions musculaires, la détérioration de la qualité du sommeil et l'hypervigilance vis-à-vis de la douleur. Dans leur échantillon, les relations entre les symptômes d'intrusion et la douleur étaient probablement influencées par le fait que les participants avaient été blessés au cours de l'événement traumatique en question, la douleur étant alors intimement liée au souvenir de l'événement traumatique. Enfin, ces auteurs rappelaient que les symptômes d'évitement du TSPT et l'évitement de la douleur sont des construits différents. Les croyances sous-tendant l'évitement de la douleur se focalisent sur les conséquences de l'activité et du mouvement perçus comme dangereux et source d'accroissement de la douleur, ce qui majore l'incapacité physique par déconditionnement à l'effort. En revanche, les symptômes d'évitement dans le cadre du TSPT visent à empêcher l'activation de souvenirs traumatiques qui sont émotionnellement douloureux.

D'autres études ont retrouvé ce défaut de lien entre les symptômes d'évitement du TSPT et l'intensité ou l'interférence de la douleur, en relevant l'association prédominante des symptômes d'émoussement / détachement émotionnel et d'hyper-réactivité chez des patients souffrant de douleurs chroniques (Langford et al., 2018 ; López-Martínez et al., 2014). Une revue de littérature portant sur les études de corrélations croisées-décalées [*cross-lagged panel*] évaluant les relations entre les symptômes de TSPT et de douleur soulignait également l'importance des symptômes d'intrusion et d'hyper-réactivité avec des effets uni- et bidirectionnels sur les différents temps d'évaluations (Ravn et al., 2018). Néanmoins, les auteurs considéraient que les symptômes d'hyper-réactivité, en tant qu'état d'excitabilité anxieuse et dysphorique (Armour et al., 2016), pouvaient également être directement en lien avec la symptomatologie douloureuse. Cette étude suggérait également que les symptômes d'évitement du TSPT ne seraient pas si centraux dans les relations réciproques du TSPT et de la douleur. Le manque de preuve permettant de se prononcer fermement sur les mécanismes

impliqués dans la comorbidité douleur chronique-TSPT reste d'actualité, malgré le fait que la douleur chronique et le TSPT soient fortement corrélés chez certaines populations, comme les vétérans (Morgan & Aldington, 2020).

Symptômes de dépression et STD

Concernant la relation entre les symptômes de dépression et la STD, le lien de corrélation tend à se renforcer avec la chronicité de la douleur. Pour l'échantillon global et pour les sous-groupes sans douleurs et avec des douleurs aiguës, la taille d'effet est faible alors qu'elle est modérée pour le sous-groupe avec douleur chronique. Ceci est cohérent avec les études suggérant que la douleur et la dépression sont hautement intriquées et peuvent amplifier réciproquement les symptômes physiques et psychologiques (IsHak et al., 2018). Des modifications fonctionnelles des systèmes de régulation émotionnelle induites par la chronicité des douleurs altèreraient l'humeur et favoriseraient le développement de troubles dépressifs (Kim et al., 2020).

L'analyse de la validité divergente montre des corrélations plus faibles de la SPST-12 avec les symptômes dépressifs qu'avec les symptômes de TSPT pour l'ensemble de l'échantillon et pour le sous-groupe sans douleurs. Pour celles ayant des douleurs chroniques et pour les personnes ayant des douleurs aiguës, les différences sont respectivement à la limite de la non-significativité malgré un large échantillon et non significative. Ceci laisse penser qu'en contexte de douleurs, les symptômes de dépression et de TSPT tendent à perdre leur spécificité dans leur relation à la STD. Autrement dit, les manifestations de la STD se distinguent plus nettement des symptômes dépressifs en l'absence de douleurs. Ceci soutient les applications proposées par Kleiman et al. (2011) en termes de prévention : avant une procédure médicale pouvant générer des douleurs, l'évaluation de la STD indiquerait plus nettement la potentialité à être traumatisé par les douleurs et le risque de leur chronicisation.

Ces résultats rejoignent ceux retrouvés par Katz et al. (2017) au sein d'une population d'étudiants, bien que ces auteurs aient relevé des différences de corrélations significatives chez des patients, avec et sans douleurs chroniques, à 6 mois d'un pontage coronarien. Dans notre échantillon comme dans leur étude portant sur des étudiants, les personnes pouvaient rapporter des symptômes de TSPT pour différents événements plus ou moins à distance de la passation des questionnaires. En revanche, il est possible que des patients avec une pathologie coronarienne ayant subi une chirurgie cardiaque rapportent de façon plus homogène et plus saillante des symptômes de TSPT se distinguant davantage de leurs symptômes dépressifs. Notre échantillon de personnes ayant des douleurs chroniques, par sa taille et sa diversité, est moins susceptible d'être influencé par un biais de ce type.

Par ailleurs, l'utilisation de la PCL-5 au lieu de la PCL-C, comme Katz et al., a pu influencer nos résultats. En effet, les instructions de la PCL-5 demandent aux participants d'indiquer leurs symptômes par rapport à un événement ou un type d'événement donné répondant à la caractérisation d'un événement traumatique selon le DSM-5 alors que la passation de la PCL-C n'implique pas cette restriction. De plus, la PCL-5 inclut des items supplémentaires décrivant des altérations des cognitions et de l'humeur qui peuvent se recouper avec des symptômes dépressifs. La participation de ces items dans le score global a pu atténuer la différenciation entre le score total de symptomatologie dépressive et post-traumatique.

Symptômes anxieux et STD

La relation entre les symptômes d'anxiété et le niveau de STD diffère quelque peu de celle entre symptômes de dépression et STD. Pour l'échantillon global et pour les sous-groupes de personnes avec des douleurs aiguës ou chroniques, les niveaux de symptômes anxieux et de STD sont modérément corrélés alors qu'ils ne le sont que faiblement pour les personnes sans douleurs. Cela suggère que la force de la relation ne dépendrait pas tant de la

chronicité que de la présence même de l'éprouvé douloureux. La douleur joue le rôle d'événement négatif qui active des vulnérabilités cognitives (pensées ou croyances inadaptées), lesquelles se manifestent aux niveaux comportemental et affectif (Cimpean, & David, 2019). Le renforcement des réponses anxieuses et des perceptions douloureuses serait bidirectionnel. En effet, le système de traitement des signaux douloureux est intégré dans les circuits de réponses aux menaces qui activent les réactions de peur et d'anxiété (Elman & Borsook, 2018). Parallèlement, un niveau d'anxiété plus élevé et l'attention portée aux stimuli menaçants réduisent la tolérance aux douleurs aiguës, lesquelles induisent en retour des réponses anxieuses, ce qui renforcerait le lien entre l'anxiété et les douleurs et contribuerait à leur chronicisation (Michaelides, & Zis, 2019).

L'analyse de la validité divergente montre une corrélation significativement plus faible de la SPST-12 avec les symptômes anxieux qu'avec les symptômes de TSPT pour l'échantillon global. Toutefois, une analyse différenciée des sous-groupes montre que cette différence est à la limite de la significativité pour le sous-groupe sans douleurs et non significative pour les deux sous-groupes présentant des douleurs. Dans leur article de validation, Katz et al. (2017) n'ont pas présenté l'analyse de validité divergente avec le niveau de symptômes anxieux. Leurs données permettent néanmoins de réaliser le calcul, ce qui permet de constater que l'analyse de leurs données va dans le même sens que celle des nôtres. Que ce soit en population clinique après une chirurgie cardiaque ou dans leur échantillon d'étudiants présentant des douleurs persistantes, les tailles de corrélations de la SPST-12 aux symptômes anxieux et post-traumatiques sont équivalentes. Elles ne diffèrent que pour l'échantillon d'étudiants sans douleurs. Cette comparaison entre notre étude et la leur reste limitée par l'utilisation de questionnaires d'évaluations différents et par le fait que Katz et al. n'ont pas restreint la passation de la PCL-C aux personnes exposées à un événement répondant au critère A du TSPT. Malgré tout, ces résultats suggèrent qu'en l'absence de

douleur, les manifestations de la STD tendent à se distinguer davantage d'une symptomatologie anxieuse que d'une symptomatologie de TSPT. Le vécu anxiogène des douleurs peut contribuer au recoupement de symptômes anxieux et post-traumatiques. C'est d'ailleurs ce recoupement qui avait conduit à catégoriser le TSPT dans les troubles anxieux avant leur distinction dans le DSM-5 (Pai et al., 2017).

Autres indicateurs cliniques et STD

Dans tous les sous-groupes de participants, avec ou sans douleurs, le niveau moyen de STD est fortement et positivement corrélé aux niveaux de catastrophisme et à celui de peur et d'anxiété liés à la douleur. Ceci n'est pas surprenant, étant donné que la SPST-12 comprend des items qui recoupent dans leur formulation ceux de la PCS (catastrophisme) et de la PASS-20 (peur et anxiété). En effet, la STD rassemble des réactions cognitives, comportementales, affectives, et somatiques qui peuvent s'apparenter à celles d'anxiété ou de peur et de catastrophisme. Toutefois, de même que le TSPT ne se réduit pas à sa symptomatologie anxieuse, la STD ne se réduit pas à la peur, l'anxiété ou le catastrophisme liés à la douleur. Nos résultats rejoignent ceux de Kleiman et al. (2011) et de Katz et al. (2017), ce qui conforte la validité de notre version de la SPST-12 ainsi que sa pertinence pour un usage en pratique clinique. L'évaluation de la STD pour des personnes souffrant de douleurs aiguës ou chroniques en pratique courante permettrait d'inscrire la symptomatologie dans un cadre de compréhension unifié et plus large que celui fondé sur le recours à la PCS ou à la PASS-20 (Kind & Otis 2019 ; Rogers et al., 2020).

Concernant la relation entre le niveau de STD et celui de sensibilité à l'anxiété, la taille d'effet de la corrélation est modérée pour tous les sous-groupes de participants, reproduisant ainsi les résultats de l'étude de validation de la version anglaise. Ce résultat est attendu du fait que le catastrophisme et la peur de la douleur sont conceptuellement plus

proche de la STD que ne l'est la sensibilité à l'anxiété. Dans ce cas-ci, l'objet anxiogène n'est pas la douleur mais toute réaction générée par un état anxieux.

Jusqu'à la conceptualisation de la STD, la sensibilité à l'anxiété était principalement considérée comme un amplificateur de peurs comme la peur de la douleur, ce qui renforce les interprétations catastrophiques, l'hypervigilance et l'évitement de la douleur (Olthuis & Asmundson, 2019). Il a néanmoins été proposé que le catastrophisme de la douleur et la sensibilité à l'anxiété s'origineraient dans une tendance à dramatiser les sensations corporelles, par crainte que celles-ci ne provoquent une catastrophe physique (Drahovzal et al., 2006). Les deux sensibilités, à réagir de façon anxieuse aux symptômes somatiques de l'anxiété et à être traumatisé par la douleur, se fonderaient sur une peur fondamentale des sensations corporelles (Kleiman et al., 2011). Cette perspective plus large, couplant la sensibilité à l'anxiété et la sensibilité au traumatisme de la douleur, offrirait un fondement explicatif à l'entretien mutuel de la douleur chronique et des troubles anxieux (Katz et al., 2014). Cliniquement, ces deux sensibilités sont à considérer ensemble, étant donné les possibilités de conditionnement intéroceptifs (De Peuter et al., 2011). En effet, dans l'expérience douloureuse, les manifestations végétatives associées (e.g., accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, augmentation de la tension musculaire...) se retrouvent également dans le vécu anxieux (Kyle & McNeil, 2014) et sont modulées par l'évaluation subjective de la douleur (Mischkowski et al., 2018).

Limites

Notre étude présente des limites inhérentes à notre méthodologie. Tout d'abord, son caractère transversal ne nous permet pas de nous prononcer fermement sur les relations de causalité entre variables ainsi que sur les facteurs de chronicisation de la douleur. Idéalement, des études prospectives pourraient permettre d'évaluer l'influence et l'évolution de la STD avant et après la survenue de douleurs ou d'une expérience potentiellement traumatique. De

plus, le recrutement par internet présente le risque de non-représentativité de l'échantillon bien que ce type de méthode puisse être aussi valide que les méthodes de recrutement traditionnelles (Steingrimsdóttir et al., 2017). En ayant ciblé des groupes de réseaux sociaux centrés sur la thématique des douleurs, il est possible qu'il y ait une sur-représentation des personnes cherchant du soutien social et/ou de l'information (Lacourt, Houtveen, & van Doornen, 2013). Concernant la généralisation de nos résultats, l'hétérogénéité de notre échantillon, en termes de pathologies, est possiblement compensée par la taille de notre échantillon. D'autant que la relation à la douleur est davantage liée à des processus psychosociaux qu'à des variables biomédicales (Linton et al., 2018). La forte proportion de femmes peut également être invoquée comme limite à la généralisation. Ce biais est fréquent pour les recrutements par Internet (Smith, 2008), et peut être ici renforcé par des normes de genre qui facilitent pour les femmes l'expression au sujet de la douleur (Samulowitz et al., 2018).

Conclusion et perspectives

Notre étude confirme la validité et la structure uni-factorielle de la SPST-12 dans sa version française au sein de 3 échantillons de participants : sans douleurs, avec des douleurs aiguës et avec des douleurs chroniques. En tant que propension à développer des symptômes analogues à ceux du TSPT en réaction aux perceptions douloureuses, la STD reste distincte d'une manifestation d'un TSPT (tel que défini par le DSM-5). Outre l'aspect lié à la temporalité, cela invite à souligner les différences entre la phénoménologie du traumatisme de la douleur et celle en lien avec un événement répondant au critère A du TSPT. Dans le cas de la douleur, le facteur traumatique constituant l'agression est situé à l'intérieur des limites du corps propre. De plus, la douleur ne menace pas, en elle-même, l'intégrité physique mais peut-être associée à une menace objective ou subjective. Il serait donc nécessaire d'étudier différenciellement les cas où un événement potentiellement traumatique (au sens du TSPT)

contribue au développement de la douleur, de ceux où la douleur apparaît de façon parallèle (Katz et al., 2014 ; Ravn et al., 2018).

Au regard des relations de la STD avec les symptômes d'anxiété et dépressifs, il semble qu'elles soient renforcées par l'expérience effective de douleurs et par leur chronicité. Les manifestations de la STD activées par les perceptions douloureuses pourraient être sous-tendues par les processus transdiagnostiques, mécanismes communs sous-jacents, mis en évidence dans le vécu de la douleur chronique et des troubles émotionnels associés (Linton et al., 2016). Nos résultats confirment également la proximité entre la STD et la sévérité des réactions anxieuses à la douleur ou aux autres sensations corporelles qui ont déjà montré leur rôle explicatif dans la chronicisation et le handicap de la douleur (Wicks, 2016).

Ces éléments soutiennent l'intérêt clinique de l'utilisation de la SPST-12 qui offre un cadre nouveau de compréhension de l'impact potentiel des douleurs dans la vie des patients. La reconnaissance de la valeur traumatique des douleurs va dans le sens d'une communication validante : en acceptant les réactions des patients, sans recourir à des termes opaques ou stigmatisants comme « médicalement inexpliqué » ou « psychosomatique », les soignants peuvent soulager une part de la détresse émotionnelle liée aux douleurs (Flink et al., 2020). A défaut, si la détresse est considérée uniquement sous le prisme d'un trouble mental, cela contribue à la défiance dans la relation soignant-soigné et alimente le préjugé implicite « c'est dans la tête » qui nie la réalité des douleurs (Katz, Rosenbloom, & Fashler, 2015).

De futures études intégrant l'évaluation de la STD pourraient donc contribuer à éclairer le vécu des personnes souffrant de douleurs, quand celles-ci deviennent traumatiques, conduisant alors à une perte de sens (Dezutter et al., 2015) mais aussi à une possible reconstruction post-traumatique (Ayache et al., 2020 ; Dirik & Karanci, 2008).

Tableau 8*Items originaux et traduction française de la Sentivity to Pain Traumatization Scale-12*

Items	
1	<i>When I am in pain, it keeps me awake at night.</i> Quand j'ai mal, cela m'empêche de dormir.
2	<i>When I am in pain, everything I see or do reminds me of the pain.</i> Quand j'ai mal, tout ce que je vois ou fais me rappelle la douleur.
3	<i>I try to avoid activities that cause pain.</i> J'essaie d'éviter les activités qui me causent de la douleur.
4	<i>When I feel pain, I'm scared that it's the beginning of a terrible problem.</i> Quand je ressens de la douleur, j'ai peur que ce soit le début d'un problème terrible.
5	<i>Pain seems to bother me more than it does other people.</i> La douleur semble m'affecter plus que les autres personnes.
6	<i>When I feel pain, I think about it even when I don't mean to.</i> Quand je ressens de la douleur, j'y pense même sans le vouloir.
7	<i>I can't stand pain.</i> Je ne supporte pas la douleur.
8	<i>When I'm in pain, I feel distant from people even when I'm talking to them.</i> Lorsque j'ai mal, je me sens à distance des gens même si je leur parle.
9	<i>As soon as the pain comes on, I take medications to reduce it.</i> Dès que la douleur apparaît, je prends des médicaments pour l'atténuer.
10	<i>Pain sensations terrify me.</i> Les sensations douloureuses me terrifient.
11	<i>When I'm in pain, things don't feel real.</i> Quand j'ai mal, les choses ne me paraissent pas réelles.
12	<i>I feel sick to my stomach when I am in pain.</i> Ça me retourne l'estomac quand j'ai mal.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armour, C., Müllerová, J., & Elhai, J. D. (2016). A systematic literature review of PTSD's latent structure in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV to DSM-5. *Clinical Psychology Review, 44*, 60-74.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.003>
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS One, 11*(10), e0161645.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *The Canadian Journal of Psychiatry, 47*(10), 930-937.
<https://doi.org/10.1177/070674370204701004>
- Ayache, R. A., & Goutaudier, N. (2021). Posttraumatic growth and pain acceptance: A profile analysis of chronic pain experience. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cbs0000289>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin, 88*(3), 588-606.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>

- Cangemi, D. J., & Kuo, B. (2019). Practical perspectives in the treatment of nausea and vomiting. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 53(3), 170-178.
<https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001164>
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral research*, 1(2), 245-276. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10
- Cimpean, A., & David, D. (2019). The mechanisms of pain tolerance and pain-related anxiety in acute pain. *Health Psychology Open*, 6(2).
<https://doi.org/10.1177/2055102919865161>
- Clarke, H., Rai, A., Bao, J., Poon, M., Rao, V., Djaiani, G., Scott Beattie, S., Gabrielle Page, G., Choiniere, M., McGillion, M., Parry, M., Hunter, J., Watt-Watson, J., Martin, L., Grosman-Rimon, L., Kumbhare, D., Hanlon, J., Seltzer, Z., & Katz, J. (2019). Toward a phenomic analysis of chronic postsurgical pain following cardiac surgery. *Canadian Journal of Pain*, 3(1), 58-69. <https://doi.org/10.1080/24740527.2019.1580142>
- Coninx, S., & Stilwell, P. (2021). Pain and the field of affordances: an enactive approach to acute and chronic pain. *Synthese*, 199, 7835-7863. <https://doi.org/10.1007/s11229-021-03142-3>
- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 10(7), 1-9. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
- De Peuter, S., Van Diest, I., Vansteenwegen, D., Van den Bergh, O., & Vlaeyen, J. W. (2011). Understanding fear of pain in chronic pain: interoceptive fear conditioning as a novel approach. *European Journal of Pain*, 15(9), 889-894.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.03.002>
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., & Jodoin, M. (2009). Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked

- vestibulodynia. *The Clinical Journal of Pain*, 25(6), 520-527.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31819976e3>
- Dezutter, J., Luyckx, K., & Wachholtz, A. (2015). Meaning in life in chronic pain patients over time: associations with pain experience and psychological well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 384-396. 10.1007/s10865-014-9614-1.
- Dirik, G., & Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(3), 193–203. <https://doi.org/10.1007/s10880-008-9115-x>
- Drahovzal, D. N., Stewart, S. H., & Sullivan, M. J. (2006). Tendency to catastrophize somatic sensations: Pain catastrophizing and anxiety sensitivity in predicting headache. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(4), 226-235.
<https://doi.org/10.1080/16506070600898397>
- Elman, I., & Borsook, D. (2018). Threat response system: parallel brain processes in pain vis-a-vis fear and anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00029>
- Fashler, S. R. (2020). *Validation of the Sensitivity to Pain Traumatization Scale*. [Doctoral dissertation, York University]. York Space Institutional Repository.
<http://hdl.handle.net/10315/37745>
- Fashler, S. R., Pagé, M. G., Svendrovski, A., Flora, D. B., Slepian, P. M., Weinrib, A. Z., Huang, A., Fiorellino, J., Clarke, H., & Katz, J. (2022). Predictive Validity and Patterns of Change Over Time of the Sensitivity to Pain Traumatization Scale: A Trajectory Analysis of Patients Seen by the Transitional Pain Service Up to Two Years After Surgery. *Journal of Pain Research*, 15, 2587-2605.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S370497>

- Flink, I. K., Reme, S., Jacobsen, H. B., Glombiewski, J., Vlaeyen, J. W., Nicholas, M. K., ... & Shaw, W. (2020). Pain psychology in the 21st century: lessons learned and moving forward. *Scandinavian Journal of Pain*, 20(2), 229-238. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2019-0180>
- French, D. J., Noël, M., Vigneau, F., French, J. A., Cyr, C. P., & Evans, R. T. (2005). L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF: Adaptation canadienne en langue française de l'échelle «Pain Catastrophizing Scale». *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 37(3), 181. <https://doi.org/10.1037/h0087255>
- Gazerani, P. (2021). Nightmares in migraine: A focused review. *Behavioral Sciences*, 11(9), 122. <https://doi.org/10.3390/bs11090122>
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- IsHak, W. W., Wen, R. Y., Naghdechi, L., Vanle, B., Dang, J., Knosp, M., Dascal, J., Marcia, L., Gohar, Y., Eskander, L., Yadegar, J., Hanna, S., Sadek, A., Aguilar-Hernandez, L., Danovitch, I., & Louy, C. (2018). Pain and depression: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(6), 352-363. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000198>
- Jomy, J., & Hapidou, E. G. (2020). Pain Management Program Outcomes in Veterans with Chronic Pain & Comparison with Nonveterans. *Canadian Journal of Pain*, 4(1), 149-161. <https://doi.org/10.1080/24740527.2020.1768836>
- Katz, J., Pagé, M. G., Fashler, S., Rosenbloom, B. N., & Asmundson, G. J. (2014). Chronic pain and the anxiety disorders: Epidemiology, mechanisms and models of comorbidity,

- and treatment. In S. Marchand, D. Saravane, & I. Gaumond (Eds.), *Mental health and pain* (pp. 119-155). Springer-Verlag Paris.
- Katz, J., Fashler, S. R., Wicks, C., Pagé, M. G., Roosen, K. M., Kleiman, V., & Clarke, H. (2017). Sensitivity to Pain Traumatization Scale: development, validation, and preliminary findings. *Journal of Pain Research*, *10*, 1297–1316.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S134133>
- Katz, J., Rosenbloom, B. N., & Fashler, S. (2015). Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(4), 160-167.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000402>
- Kim, M., Mawla, I., Albrecht, D. S., Admon, R., Torrado-Carvajal, A., Bergan, C., Protsenko, E., Kumar, P., Edwards, R. R., Saha, A., Napadow, V., Pizzagalli, D. A., & Loggia, M. L. (2020). Striatal hypofunction as a neural correlate of mood alterations in chronic pain patients. *Neuroimage*, *211*. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.116656>
- Kind, S., & Otis, J. D. (2019). The interaction between chronic pain and PTSD. *Current Pain and Headache Reports*, *23*(12), 91. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0828-3>
- Kleiman, V., Clarke, H., & Katz, J. (2011). Sensitivity to pain traumatization: a higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patients scheduled for major surgery. *Pain Research and Management*, *16*(3), 169-177. <https://doi.org/10.1155/2011/932590>
- Kyle, B. N., & McNeil, D. W. (2014). Autonomic arousal and experimentally induced pain: a critical review of the literature. *Pain Research and Management*, *19*(3), 159-167.
<https://doi.org/10.1155/2014/536859>
- Lacourt, T., Houtveen, J., & van Doornen, L. (2013). "Functional somatic syndromes, one or many?": An answer by cluster analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *74*(1), 6–11.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.013>

- Langford, D. J., Theodore, B. R., Balsiger, D., Tran, C., Doorenbos, A. Z., Tauben, D. J., & Sullivan, M. D. (2018). Number and type of post-traumatic stress disorder symptom domains are associated with patient-reported outcomes in patients with chronic pain. *The Journal of Pain, 19*(5), 506-514. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.262>
- Lee, A., & Preacher, K. J. (2013). Calculation for the test of the difference between two dependent correlations with one variable in common [Computer software]. <http://quantpsy.org/corrttest/corrttest2.htm>
- Liedl, A., O'donnell, M., Creamer, M., Silove, D., McFarlane, A., Knaevelsrud, C., & Bryant, R. A. (2010). Support for the mutual maintenance of pain and post-traumatic stress disorder symptoms. *Psychological Medicine, 40*(7), 1215-1223. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991310>
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales Medico-Psychologiques, 143*(2), 175-89.
- Linton, S. J., Flink, I. K., Schrooten, M. G., & Wiksell, R. (2016). Understanding co-occurring emotion and pain: The role of context sensitivity from a transdiagnostic perspective. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 46*(3), 129-137. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9323-x>
- Linton, S. J., Flink, I. K., & Vlaeyen, J. W. (2018). Understanding the etiology of chronic pain from a psychological perspective. *Physical Therapy, 98*(5), 315-324. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy027>
- López-Martínez, A. E., Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2014). An examination of the structural link between post-traumatic stress symptoms and chronic pain in the framework of fear-avoidance models. *European Journal of Pain, 18*(8), 1129-1138. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2014.00459.x>

- Luque-Suarez, A., Martinez-Calderon, J., & Falla, D. (2019). Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(9), 554-559.
<http://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098673>
- Martin, A. L., Halket, E., Asmundson, G. J., Flora, D. B., & Katz, J. (2010). Posttraumatic stress symptoms and the diathesis-stress model of chronic pain and disability in patients undergoing major surgery. *The Clinical Journal of Pain*, 26(6), 518-527.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181e15b98>
- Maunder, L., Marriott, E., Katz, J., & Salomons, T. V. (2022). Mechanisms of heightened pain-related disability in Canadian Armed Forces members and Veterans with comorbid chronic pain and PTSD. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 8(3), 32-44. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2022-0011>
- McCracken, L. M., & Dhingra, L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Research and Management*, 7(1), 45-50. <https://doi.org/10.1155/2002/517163>
- Michaelides, A., & Zis, P. (2019). Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate Medicine*, 131(7), 438-444.
<https://doi.org/10.1080/00325481.2019.1663705>
- Mischkowski, D., Palacios-Barrios, E. E., Banker, L., Dildine, T. C., & Atlas, L. Y. (2018). Pain or nociception? Subjective experience mediates the effects of acute noxious heat on autonomic responses. *Pain*, 159(4), 699.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001132>
- Morgan, L., & Aldington, D. (2020). Comorbid chronic pain and post-traumatic stress disorder in UK veterans: a lot of theory but not enough evidence. *British Journal of Pain*, 14(4), 256-262. <https://doi.org/10.1177/2049463719878753>

- Olthuis, J. V., & Asmundson, G. J. G. (2019). Optimizing outcomes for pain conditions by treating anxiety sensitivity. In J. A. J. Smits, M. W. Otto, M. B. Powers, & S. O. Baird (Eds.), *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment* (p. 77-100). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813495-5.00005-X>
- Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 7(1), 7. <https://doi.org/10.3390/bs7010007>
- Pagé, G. M., Kleiman, V., Asmundson, G. J., & Katz, J. (2009). Structure of posttraumatic stress disorder symptoms in pain and pain-free patients scheduled for major surgery. *The Journal of Pain*, 10(9), 984-991. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.03.011>
- Ravn, S. L., Hartvigsen, J., Hansen, M., Sterling, M., & Andersen, T. E. (2018). Do post-traumatic pain and posttraumatic stress symptomatology mutually maintain each other? A systematic review of cross-lagged studies. *Pain*, 159(11), 2159-2169. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001331>
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
- Rogers, A. H., Gallagher, M. W., Garey, L., Ditre, J. W., Williams, M. W., & Zvolensky, M. J. (2020). Pain Anxiety Symptoms Scale–20: An empirical evaluation of measurement invariance across race/ethnicity, sex, and pain. *Psychological Assessment*, 32(9), 818. <http://doi.org/10.1037/pas0000884>
- Rosenbloom, B. N., Khan, S., McCartney, C., & Katz, J. (2013). Systematic review of persistent pain and psychological outcomes following traumatic musculoskeletal injury. *Journal of Pain Research*, 6, 39–51. <https://doi.org/10.2147/JPR.S38878>

- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave men” and “emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Research and Management*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Siqveland, J., Hussain, A., Lindstrøm, J. C., Ruud, T., & Hauff, E. (2017). Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with chronic pain: a meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00164>
- Slepian P. M., Clarke, H., Weinrib, A., Wong, D., Djaiani, G., Cypel, M., Rao, V., Seltzer, Z., & Katz, J. (2020). Sensitivity to Pain Traumatization is Associated with Slower Resolution of Acute Pain after Cardiothoracic Surgery. *Canadian Journal of Pain*, 4(2), 22–136. <https://doi.org/10.1080/24740527.2020.1765649>
- Smith, G. (2008). Does gender influence online survey participation?: A record-linkage analysis of university faculty online survey response *behavior (ED501717)*. ERIC. https://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=elementary_ed_pub
- Steingrimsdóttir, Ó. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092–2107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009>
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed). Allyn and Bacon.

- Turk, D. C. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Research and Management*, 7(1), 9-19.
<https://doi.org/10.1155/2002/252904>
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: a motivational perspective. *Pain*, 139(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.022>
- Vellucci, R., De Rosa, G., & Piraccini, E. (2021). Pain reduction induced by tapentadol in patients with musculoskeletal chronic pain fosters better sleep quality. *Drugs in context*, 10. <https://doi.org/10.7573/dic.2020-12-9>
- Verreault, N., Labrecque, J., Marchand, A., & Marchand, L. (2007). Validation de l'Index de sensibilité à l'anxiété auprès de la population Québécoise Francophone [Validation of the anxiety sensitivity index in a French speaking population of Québec]. *Revue Québécoise de Psychologie*, 28(3), 253–268. <http://psycnet.apa.org/record/2011-08360-013>
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0).
- Weathers, F. W., Litz, B., Herman, D., Juska, J., & Keane, T. (1993). *PTSD Checklist—Civilian Version (PCL-C)* [Database record]. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t02622-000>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM–5 (PCL-5). Repéré à <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Wicks, C. E. (2016). *Validation of the sensitivity to pain traumatization scale in a clinical sample of post-cardiac surgery patients with persistent pain*. [Master's thesis, York University]. York Space Institutional Repository. <http://hdl.handle.net/10315/32147>

Williams, A. C. D. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423. <http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>

World Health Organisation. (2018). International statistical classification of diseases and related health Problems, 11th revision, beta draft. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/lm/en>

Yu, H. C., Kleiman, V., Kojic, K., Slepian, P. M., Cortes, H., McRae, K., Katznelson, R., Huang, A., Tamir, D., Fiorellino, J., Ganty, P., Cote, N., Kahn, M., Mucsi, I., Selzner, N., Rozenberg, D., Chaparro, C., Rao, V., Cypel, M., Ghanekar, A., ... Clarke, H. (2022). Prevention and management of chronic postsurgical pain and persistent opioid use following solid organ transplantation: experiences from the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. *Transplantation*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000004441>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Etude 4

**La dissimulation de soi comme médiateur de la relation entre l'insécurité de
l'attachement et la sensibilité au traumatisme de la douleur**

Introduction

La prise en charge de la douleur implique une attention particulière à ses composantes émotionnelles et sociales (Williams & Craig, 2016) et ce d'autant plus, lorsqu'elle est chronique (d'une durée supérieure à 3 mois) (Mills et al., 2019). En tant qu'obstacle aux activités et engagements quotidiens, les douleurs chroniques peuvent conduire à une rupture des liens sociaux et une détérioration de l'image sociale, sources de détresse psychosociale (Purdie & Morley, 2015 ; Ojala et al., 2015).

La théorie de l'attachement de Bowlby (1989) fournit un cadre de compréhension des enjeux relationnels dans le contexte de menace que la douleur physique représente pour un individu. Les expériences relationnelles précoces sécurisantes permettent d'édifier des croyances positives sur soi-même et sur les autres comme sources de soutien en cas de besoin. A défaut, une insécurité de l'attachement peut se présenter selon deux pôles. D'un côté, les personnes ayant un attachement anxieux disposent d'un modèle négatif d'elles-mêmes, ont tendance à dépendre excessivement des autres pour leur régulation affective et sont hypervigilantes aux signaux menaçants. De l'autre, Bowlby considère que les personnes à haut niveau d'attachement évitant tentent de maintenir une distance interpersonnelle pour éviter la détresse en cas d'indisponibilité de leurs figures d'attachement et évitent tout signaux de menace pour maintenir leur équilibre émotionnel. Dans le cadre de la théorie de la douleur sociale, MacDonald et Leary (2005) proposent que si le rejet social est vécu comme douloureux, c'est en vertu de son potentiel adaptatif qui est fondé sur des systèmes de régulation comme celui de la douleur physique : la douleur affective de la séparation serait le résultat d'une évolution adaptative du réseau neuronal de la douleur physique. Dans cette perspective, l'expérience des blessures émotionnelles [*hurt feelings*] revêt le même degré d'urgence que celles des menaces portant sur le corps, bien qu'il n'y ait pas de récepteurs périphériques spécifiques de la douleur sociale (Papini et al., 2015). Les études

expérimentales ultérieures, notamment par l'imagerie cérébrale, ont appuyé ce point de vue en mettant en évidence l'interaction de la douleur sociale et de la douleur physique, et le recoupement des circuits neuronaux qui traitent ces deux types de douleur (voir Zhang et al., 2019 pour une revue de la littérature)³³.

MacDonald et Kingsbury (2006) affirment que la perception de douleurs physiques contribuerait physiologiquement à la dimension anxieuse de l'attachement. Ils avancent également que si l'un des rôles de la composante affective de la douleur est de signaler l'exclusion sociale alors la douleur pourrait, quelle que soit sa source, contribuer à la perception de rejet. Il en découle que la composante affective de la douleur physique, éprouvée dans le cadre d'une interaction sociale, favoriserait le sentiment de rejet dans cette relation. Ces auteurs ont rapporté que des douleurs physiques plus intenses étaient associées à un plus haut niveau d'attachement anxieux mais qu'elles seraient sans lien avec l'attachement évitant. Ils ont également identifié l'attachement anxieux comme médiateur de la relation entre l'intensité de la douleur et la détresse émotionnelle.

Plus récemment, Sullivan et Ballantyne (2021) soulignaient que la perception de la douleur physique pouvait être augmentée et entretenue par des sources sociales de stress significatifs ou persistants. Selon eux, la distinction entre la douleur physique et la douleur sociale est artificielle, la douleur sociale pouvant être éprouvée et exprimée physiquement sans être déclenchée par un stimulus nociceptif. Réciproquement, les personnes plus sensibles à la douleur physique (sur la base de rapports subjectifs et de mesures électroencéphalographiques) seraient également plus sensibles à la détection de menaces sociales suscitées par des situations de rejet et de jugements négatifs (Yao et al., 2020).

³³ Les convergences neuroanatomiques et fonctionnelles de la douleur sociale et de la douleur physique n'excluent pas des spécificités qui permettent de produire des réponses adaptées à chacun des deux contextes (Ferris et al., 2019).

Néanmoins, en attirant l'attention sur les informations d'ordre interpersonnel, la douleur sociale peut aussi réduire l'acuité intéroceptive et les réponses à la douleur physique (Ferris et al., 2019). Cette réponse physique atténuée [*physical numbness*] s'observerait d'autant plus que la douleur sociale est intense (Bernstein et Claypool, 2012). Ainsi, la douleur physique et la douleur sociale peuvent générer un état d'analgésie qui faciliterait la fuite pour éviter des blessures supplémentaires, le corps entrant alors dans un état de protection face à des douleurs intenses et/ou continues (Zhang et al., 2019). Par exemple, la tolérance et le seuil de perception de la douleur provoquée par le froid étaient augmentés en situation expérimentale d'exclusion, par rapport à une situation d'inclusion, chez des femmes souffrant de dysménorrhées alors qu'une diminution de ces deux paramètres était observée pour les participantes du groupe contrôle (Yu et al., 2018). Avec le même paradigme expérimental de la douleur sociale, Antico et al. (2018) montraient que, pour les participants déclarant être plus affectés émotionnellement par la situation d'exclusion, les réponses subjectives et les réponses cardiaques indiquaient une sensibilité réduite à la douleur après l'exclusion (par rapport à la situation d'inclusion). Dans l'ensemble, ces résultats montrent l'importance de la fonction de signal de la douleur sociale, au même titre que la douleur physique pour motiver des conduites protectrices ou restauratrices du soi social ou physique. Ces signaux peuvent toutefois aboutir plus difficilement à une restauration du lien social ou de l'état somatique pour des personnes ayant des modèles d'attachement insécure, celles-ci étant plus susceptibles de déclarer des douleurs physiques et d'éprouver des douleurs sociales de rejet et de séparation (Riva et al., 2014).

En soulignant cette importance des préoccupations autour du lien à l'autre, la théorie de l'attachement a été appliquée au contexte de la chronicisation de la douleur, pour éclairer la façon dont les individus interagissent avec leurs proches et/ou leurs soignants (Meredith et al. 2008). Les réactions à la douleur dépendent ainsi de la représentation de soi, comme étant

plus ou moins compétent(e) et digne de recevoir du soutien, et de la représentation de l'autre, comme une source plus ou moins fiable en cas de besoin (Meredith, 2016). L'hyperactivation du système d'attachement, caractéristique d'un attachement anxieux, se manifeste par une hypervigilance vis-à-vis de la douleur perçue comme une menace et des réactions de catastrophisme (conçu comme une exagération des aspects négatifs de l'expérience douloureuse ; Sullivan et al., 2001) pour solliciter les soins et l'attention d'autrui. Ces réactions de catastrophismes peuvent conduire sur le long terme, à des réactions négatives de l'entourage allant de l'indifférence ou du manque d'attention jusqu'aux réponses agressives ou punitives (reproches, rejets, manifestations de colère, etc...) (Sullivan, 2012), en passant par des réponses paradoxales aidantes-agressives (Newton-John & Williams, 2006). De plus, l'attachement anxieux de personnes ayant des douleurs chroniques a été corrélé positivement à la perception de soi comme un fardeau, à l'intensité de la douleur, aux limitations fonctionnelles et au niveau de symptômes dépressifs (Kowal et al., 2012). En revanche, dans le cas d'un attachement évitant, la désactivation du système d'attachement repose sur un déni des besoins relationnels ainsi que des émotions et des pensées associées. Ceci peut entraîner un retard de prise en charge, mais aussi une évaluation de la douleur comme étant plus menaçante, quand ces personnes réalisent leur besoin de s'appuyer sur les autres (Sirois & Gick, 2016).

Bien que le facteur-clef des modèles psychosociaux du développement et du maintien des douleurs chroniques soit l'attachement insécure, les recherches se sont donc développées autour des médiateurs de la relation entre attachement et adaptation aux douleurs, notamment par le rôle du catastrophisme, des stratégies de *coping* et des réponses de l'entourage (Romeo et al., 2017). Quand les personnes à l'attachement insécure réagissent à la douleur en recourant à des stratégies interpersonnelles, cela peut conduire à des relations conflictuelles qui entravent l'adaptation à la douleur (Pietromonaco et al., 2013). Il est donc essentiel

d'aborder l'expérience et l'adaptation aux douleurs chroniques sous un angle interpersonnel en considérant la façon dont la personne douloureuse se représente les réactions potentielles de son entourage vis-à-vis de ce qu'elle exprime.

La dissimulation comme stratégie de protection de soi

Les variations dans les styles d'attachement seraient liées à des processus d'organisation du soi tels que la capacité à accéder à ses propres états internes, tout en se représentant de façon adaptée ceux des autres (Fonagy & Adshead, 2012 ; Lopez et al., 2002 ; Munhoz Driemeier Schmidt et al., 2022). Ces fonctions réflexives sont supposées réduites chez les personnes à l'attachement insécure, plus vulnérables à la désorganisation de la représentation de soi et la dissimulation de soi dans les situations stressantes. La dissimulation de soi a été définie par Larson et Chastain (1990) comme une tendance active à cacher aux autres des informations personnelles vues comme négatives, ou sources de détresse, et se distingue d'un simple défaut d'expression ou de révélation de soi. Dans leur revue de littérature, Larson et al. (2015) ont identifié l'insécurité de l'attachement comme précurseur de la dissimulation de soi en tant que stratégie de régulation des relations et de gestion de l'image de soi.

Les résultats sont toutefois divergents quant à la prépondérance de l'attachement anxieux ou évitant vis-à-vis de la dissimulation de soi : la tendance à la dissimulation consciente d'une information personnelle a parfois été associée de façon plus marquée à l'attachement évitant (Lopez, 2001 ; Lopez et al., 2002) et d'autres fois à l'attachement anxieux (Lopez & Rice, 2006 ; Rasco & Warner, 2017 ; Yukawa et al., 2007). Selon Lopez (2001), les motivations à la dissimulation seraient différentes en fonction du style d'attachement prédominant. Les personnes à l'attachement anxieux prédominant chercheraient à minimiser la menace de rejet social et à s'assurer de la proximité avec autrui alors que celles à l'attachement évitant seraient plutôt motivées par leur inconfort dans les

situations de partage émotionnel et par le besoin d'entretenir une impression d'auto-suffisance. Ainsi, pour des motifs différents, sentiment de rejet pour l'attachement anxieux et sentiment d'indépendance pour l'attachement évitant, ces deux types d'insécurité relationnelle ont été associés à des perceptions de soutien social réduit (Sirois & Gick, 2016).

Dans le contexte de douleurs chroniques, vécues comme « déficience invisible », Lingsom (2008) a souligné un dilemme : divulguer sa situation et ses états internes, au risque de s'exposer à une dévaluation sociale, ou bien, les dissimuler. Les sentiments de honte et d'indésirabilité sociale peuvent activer cette tendance défensive à la dissimulation (Gilbert, 2000). En effet, le « soi douloureux » peut-être vécu de façon intrusive comme honteux, et ce, d'autant plus dans des contextes relationnels qui rendent saillante la perception des jugements d'autrui (Smith & Osborn, 2007). Cette stratégie est considérée par les personnes douloureuses comme protectrice, en évitant de se confronter à la tâche ardue d'expliquer ce qui semble inexplicable dans un contexte d'incompréhension ou de scepticisme (Ong et al., 2004). En outre, quand le recours au soutien social n'apporte pas le soulagement escompté, la motivation au maintien de la proximité s'amenuise, un évitement des situations sociales peut se développer (MacDonald & Kingsbury, 2006). De fait, des femmes souffrant d'endométriose rapportaient simultanément des sentiments de vulnérabilité et d'impuissance, leurs difficultés à faire comprendre ce qu'elles vivaient et leur motivation à dissimuler leur expérience pour se préserver des regards stigmatisants (Bullo & Hearn, 2021).

Peu d'études portent sur la dissimulation de soi dans des contextes de douleurs chroniques. Une notion proche pourrait être l'ambivalence vis-à-vis de l'expression émotionnelle, définie comme le conflit interne entre le désir d'exprimer ses émotions tout en inhibant activement ce désir de se confier à autrui (King & Emmons, 1990). Cette inhibition active peut conduire alors à l'entretien de ruminations, à une activation chronique du système nerveux autonome et à un épuisement des ressources physiques. Lu et al. (2011) ont montré

que l'ambivalence sur l'expression émotionnelle était positivement associée à l'intensité de la douleur perçue et que le catastrophisme lié à la douleur médiait cette relation.

Dans le même sens, Uysal et Lu (2011) relevaient qu'un haut niveau de dissimulation de l'expérience de la douleur chronique (principalement fibromyalgique) était associé à davantage d'intensité des douleurs et de stress perçus ainsi que des niveaux réduits de sentiments d'autonomie, de compétence, de proximité avec les autres et de satisfaction de vie. En 2016, Ryan et McGuire répliquaient l'observation de cette association entre niveau de douleur et dissimulation de soi en général chez des personnes ayant de l'arthrite rhumatoïde. A notre connaissance, une seule étude a objectivé une association positive entre le niveau d'attachement évitant et la dissimulation spécifique de la douleur chez des personnes adultes ayant un cancer à un stade avancé (Mah et al., 2018). Dans cette étude, la dissimulation dite stoïque de la douleur (au sens d'une endurance sans expression d'émotions) était corrélée et prédite positivement par l'attachement évitant et non par l'attachement anxieux, uniquement pour les personnes de moins de 60 ans. Les auteurs suggéraient que dans cet échantillon, les conduites d'attachement évitant étaient à comprendre, dans ce contexte de menaces liées au cancer, comme des tentatives de préserver leur autonomie, leur estime de soi et de se protéger émotionnellement de leur insatisfaction vis-à-vis du soutien du partenaire.

La crainte de rejet du vrai soi

Les travaux précédemment cités évaluaient la tendance à la dissimulation par peur du rejet, sans interroger le schéma cognitif en lien avec la représentation de soi qui la sous-tend. Selon Moscovitch (2009), les préoccupations autour du sentiment d'être fondamentalement insuffisant ou défaillant et donc socialement inacceptable constituent le cœur du modèle de l'anxiété sociale qui est associée à une peur de l'évaluation négative. En résultent une disposition à éprouver un sentiment de honte et une tendance à s'engager dans des conduites de dissimulation de soi comme stratégies défensives (Moscovitch et al., 2013). Le souci

d'obtenir l'approbation de la part d'autrui, mêlé au doute quant à la capacité à atteindre ce but induirait, chez les personnes anxieuses socialement, un accroissement de l'attention portée à soi-même et de la recherche d'auto-contrôle (Plasencia et al., 2011). La focalisation sur les sensations internes d'anxiété est alors augmentée, ce qui conduit à une conscience de soi douloureuse avec le sentiment irrépressible de faiblesse et d'incompétence (Gilboa-Schechtman et al., 2020).

De fait, l'anxiété sociale accroît le fardeau émotionnel des personnes souffrant de douleurs chroniques et constitue un obstacle à l'action des soignants qui tentent de soulager la douleur et de réduire son interférence dans la sphère psychosociale (Reme & Breivik, 2016). Ce type de trouble anxieux a été associé à un risque accru de douleurs chroniques (Carleton et al., 2018). Ainsi, au décours d'un programme pluridisciplinaire de réhabilitation, Wurm et al. (2016) ont relevé que, en comparaison aux personnes rapportant seulement un niveau élevé d'anxiété sociale ou de peur de la douleur, les personnes rapportant simultanément les deux présentaient également de plus hauts niveaux d'intensité et d'interférence des douleurs, de catastrophisme, de difficulté à exprimer leurs besoins ainsi qu'un moindre retour au travail après un arrêt maladie. Pour ces personnes, les bénéfices du programme de réhabilitation n'étaient pas significatifs pour la réduction des symptômes et de l'incapacité fonctionnelle. Dans le même sens, Thomtén et al. (2016) ont identifié l'anxiété sociale et l'interférence de la douleur chronique comme des prédicteurs négatifs de la capacité perçue à communiquer ses besoins en lien avec les douleurs.

Ainsi, à partir des recherches sur l'anxiété sociale, Rodebaugh (2009) a proposé une explication à la peur du jugement négatif par autrui : elle serait fonction du degré auquel une personne adhère à une vision négative d'elle-même (rejet du vrai soi [*rejection of the true self*]) et à la conviction qu'elle serait rejetée si elle se montrait telle qu'elle est, ou pense être intimement. La dimension de dissimulation de soi (soi caché [*hidden self*]) concerne la

nécessité perçue de cacher des caractéristiques propres, susceptibles d'induire des attitudes de rejet de la part d'autrui, en se conformant à une apparence socialement acceptable. Cette adaptation à l'autre pour éviter le rejet rejoint la conception de la dissimulation de Larson et Chastain (1990) tout en l'étendant, au-delà de la dissimulation d'informations, à la dissimulation d'une façon d'être. L'adhésion à la croyance de devoir se cacher soi-même augmenterait la sévérité des peurs des interactions sociales en se plaçant en situation d'évaluation au regard de standards sociaux (Levinson et al., 2015). Ce schéma cognitif poussant à la mise en place de stratégies de dissimulation est dénommé *core extrusion schema*, littéralement « schéma central d'extrusion », en référence à ce procédé de formation d'un objet qui force la matière à passer par une ouverture étroite (Rodebaugh). En d'autres termes, la personne se force à rentrer dans le moule, construit par sa représentation des attentes sociales, de peur d'être rejetée. Ceci se rapproche des enjeux relationnels décrits dans le contexte de douleurs chroniques (Ryan & McGuire, 2016). Levinson et al. (2017) recommandaient justement de tester la pertinence de ce schéma cognitif dans d'autres contextes où les personnes sont à risque de souffrir de peurs en lien avec leurs interactions sociales. Cette croyance profonde d'inadéquation aux attentes d'autrui et la tendance à se protéger du regard de l'autre par la dissimulation de soi pourraient jouer un rôle dans les difficultés des personnes à l'attachement insécure souffrant de douleurs chroniques.

La sensibilité au traumatisme de la douleur

La perception de ces menaces sociales et ces stratégies de dissimulation de soi majorent les difficultés de gestion des douleurs en amplifiant l'intensité perçue de la douleur, favorisent les pensées intrusives, l'hypervigilance, le catastrophisme et l'impuissance liés à la douleur, ce qui favorise un cercle vicieux de peur et d'évitement (Smith & Osborn, 2007 ; Uysal & Lu, 2011). Sur le long terme, la lutte contre les pensées et émotions négatives entretient un stress chronique qui peut altérer les capacités d'autorégulation (Larson et al.,

2015). Cette réponse au stress, cumulée à celle induite par les douleurs elle-même, pourrait conduire à ce qui a été proposé comme un élément central de l'expérience d'un stress traumatique : l'effondrement de la capacité à réguler les états internes (van der Kolk, 2005).

En s'appuyant sur le modèle de vulnérabilité au stress de Turk pour la douleur chronique (2002), Martin et al., (2010) ont considéré la douleur elle-même comme un facteur traumatique. En ce sens, Kleiman et al. (2011) ont proposé le construit de *sensibilité au traumatisme de la douleur* (STD) qui est une propension à développer vis-à-vis de la douleur des réponses somatiques, émotionnelles, cognitives et comportementales similaires à celles d'une réaction de stress traumatique. Un niveau de STD plus élevé serait un facteur de chronicisation de la douleur et a été associé à davantage de symptômes de stress post-traumatique après une chirurgie cardiaque (Clarke et al., 2019 ; Katz et al., 2017). Récemment, il a été montré qu'une réduction de cette sensibilité après un programme pluridisciplinaire de réhabilitation était associée à celles des symptômes de dépression et du handicap lié à la douleur (Jomy & Hapidou, 2020).

Malgré ces résultats prometteurs, ces récents travaux sur la STD n'abordent pas une éventuelle détermination relationnelle de cette sensibilité. A notre connaissance, la seule tentative de considérer une dimension relationnelle de la STD, à savoir la sensibilité de parents à être traumatisés par la douleur de leur enfant, ne montre pas de lien statistiquement significatif avec les variables décrivant l'intensité, le caractère déplaisant et l'interférence de la douleur de leur enfant (Beveridge et al., 2021). Dans cette étude, la STD de l'enfant souffrant de douleurs n'est pas évaluée. Il n'y a donc à ce jour pas de donnée disponible sur l'effet de facteurs relationnels sur la STD d'une personne éprouvant directement des douleurs.

La présente étude

La dimension relationnelle de l'expérience douloureuse étant incontournable dans les modèles théoriques et thérapeutiques, le but de cette étude est d'explorer les effets prédictifs

de l'insécurité de l'attachement et du schéma cognitif d'extrusion (le rejet et la dissimulation de soi) sur la sensibilité au traumatisme de la douleur, dans un modèle de médiation multiple en série. L'intérêt d'un modèle de médiation multiple est de tester les effets combinés des 2 médiateurs considérés (les effets indirects totaux) et de contrôler les covariations entre les variables pour identifier l'effet spécifique (unique) des médiations testées (Hayes & Rockwood, 2017).

Nous avons fait l'hypothèse que les dimensions de l'attachement inséculaire influenceraient indirectement la STD *via* les 2 médiateurs que sont le rejet du vrai soi et la dissimulation de soi, lesquels seraient liés causalement, le premier influençant le second. Compte tenu du manque de données de la littérature sur la relation entre l'attachement inséculaire et la dissimulation de soi dans le contexte de l'expérience de douleurs chroniques, nous ne pouvons établir d'hypothèses différenciées selon le type d'attachement. En revanche, le déni des besoins relationnels, caractéristique de l'attachement évitant, pourrait atténuer le rôle de la crainte de rejet du vrai soi bien que les défaillances perçues liées aux douleurs portent atteinte aux prétentions à l'indépendance de la personne. A l'inverse, le sentiment d'être à son aise dans la proximité relationnelle ou le recours à l'aide d'autrui devraient avoir un effet négatif sur la crainte de rejet et la dissimulation de soi (Cruddas et al., 2012), ce qui réduirait ainsi le sentiment de vulnérabilité face aux douleurs et donc la STD.

Méthode

Participants et procédure

Les participants ont été recrutés sur Internet via des groupes de réseaux sociaux à la problématique des douleurs chroniques, pour intégrer des personnes ayant une diversité de syndromes douloureux. Les critères d'inclusion étaient : être âgé de plus de 18 ans et être francophone. Au total, 1 688 personnes (moyenne [*ET*] âge = 37,41 [13,25] ans, min = 18, max = 89) ont complété le questionnaire. Comme la collecte de ce type d'information est

interdite en France (sauf cas particuliers qui n'entrent pas dans le cadre de cette étude), nous n'avons pas interrogé les participants à propos de leur origine ethnique. La description complète des caractéristiques de l'échantillon est présentée en Tableau 1.

L'étude est conforme aux recommandations éthiques de la déclaration de Helsinki. Après recueil de leur consentement éclairé à participer à l'étude, les participants ont complété une série de questionnaires. Aucune compensation financière n'a été accordée pour la participation à l'étude.

Tableau 1

Caractéristiques socio-démographiques et liées à la santé dans un échantillon de 1688 personnes ayant des douleurs chroniques

Variable	<i>n</i>	%
Femmes	1546	91,53
Hommes	136	8,05
Statut relationnel		
Célibataire	419	24,82
En concubinage	463	27,43
Marié(e) ou contrat d'union civil	562	33,30
Divorcé(e) ou séparé(e)	182	10,78
Veuf(ve)	22	1,30
En activité professionnelle	1102	65,28
Ancienneté des douleurs		
Entre 3 et 6 mois	94	5,57
Entre 6 mois et 1 an	235	13,91
Entre 1 et 3 ans	390	23,10
Plus de 3 ans	969	57,41
Principales causes médicales rapportées		
Troubles musculo-squelettiques divers	322	19,08
Fibromyalgie	103	6,10
Céphalées	103	6,10
Discopathie	99	5,86
Séquelles de traumatismes physiques	99	5,86
Arthrose	69	4,09
Rhumatismes inflammatoires	58	3,44
Douleurs de l'appareil génital féminin	48	2,84
Maladies inflammatoires du côlon et de l'intestin, syndromes du côlon et de l'intestin irritable	32	1,90
Névralgies diverses	50	2,96
Neuroalgodystrophie	22	1,30

Variable	<i>n</i>	%
Douleurs liées à une maladie cancéreuse	20	1,18
Intensité des douleurs <i>M</i> [<i>ET</i>]	6,33 [1,85]	
Tolérance vis-à-vis des douleurs <i>M</i> [<i>ET</i>]	5,86 [2,25]	
Interférence dans la vie quotidienne <i>M</i> [<i>ET</i>]	6,72 [2,38]	

Note. Le calcul des pourcentages tient compte des réponses manquantes.

Mesures

Sensibilité au traumatisme de la douleur. L'Echelle de Sensibilité au Traumatisme de la Douleur [*Sensitivity to Pain Traumatization Scale* ; SPTS] (Katz et al., 2017) est un questionnaire auto-administré de 12 items. Les items ont été traduits en français puis rétro-traduits vers l'anglais pour être comparés à la version originale anglaise par les auteurs. Bien que la structure du questionnaire soit mono-factorielle, les items représentent six aspects de l'expérience douloureuse par analogie à l'expérience post-traumatique : sensibilité à la douleur, peur de la douleur, pensées intrusives, hyper-réactivité, évitement de la douleur, émoussement émotionnel. Les participants devaient se positionner sur une échelle de Likert en 5 points, de 0 = « *pas du tout vrai* » à 4 = « *entièrement vrai* ». Le score total s'étale de 0 à 48, un score plus élevé indiquant une sensibilité plus importante. Dans notre échantillon, l'alpha de Cronbach est de 0,87.

Attachement. La version française du questionnaire des échelles de relation [*Relationship Scales Questionnaire* ; RSQ] (Griffin & Bartholomew, 1994 ; Guédeney et al., 2010) est un auto-questionnaire de 17 items, structuré en 3 sous-dimensions : une dimension « attachement évitement » (7 items, par ex. « *Je trouve difficile de dépendre des autres.* »), une dimension « attachement anxieux » (5 items, par ex. « *J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas.* ») et une dimension « sécurité » qui, selon les auteurs, rassemble des items évoquant la recherche de confort ou le confort dans la proximité émotionnelle avec les autres (5 items, par ex. « *Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions.* »). Les participants devaient se positionner sur une échelle de Likert en 5 points, de 1 = « *pas du tout comme moi* » à 5 = « *tout à fait comme moi* ». Le score total s'étale de 7 à 35 pour l'évitement et de 5 à 25 pour les 2 autres dimensions, un score plus élevé indiquant une tendance plus marquée dans la dimension correspondante. Dans notre échantillon, les alphas de Cronbach sont de 0,61 ; 0,64 et 0,57 respectivement pour les dimensions d'évitement,

d'anxiété et de sécurité. Ces coefficients sont proches de ceux retrouvés par Guédeney et al. et bien qu'ils soient peu élevés, cela est suffisant pour une recherche étant donné que les coefficients de validité n'en seraient pas particulièrement affectés (Schmitt, 1996).

Dissimulation de soi. La croyance personnelle selon laquelle une personne serait rejetée si elle se montrait telle qu'elle est vraiment et la tendance subséquente à masquer son individualité dans l'interaction avec les autres sont évaluées par les deux sous-dimensions du *Core Extrusion Schema-Revised* (Levinson et al., 2015), respectivement la dimension « rejet du vrai soi » (5 items, par ex. « *Si les gens me connaissaient vraiment, ils ne m'aimeraient pas autant.* ») et la dimension « soi caché » (4 items, par ex. « *Je joue un rôle devant la plupart des gens.* »). Les items ont été traduits en français puis rétro-traduits vers l'anglais pour être comparés à la version originale anglaise par les auteurs. Dans notre échantillon, les alphas de Cronbach sont de 0,87 et 0,85 respectivement pour les dimensions de rejet du vrai soi et du soi caché.

Douleur. Comme dans l'étude de validation de la SPTS (Katz et al., 2017), l'intensité de la douleur perçue habituellement et l'interférence dans la vie quotidienne ont été évaluées par des échelles numériques en 11 points de 0 à 10.

Analyses statistiques

Des analyses de corrélation de Pearson, de moyennes, d'écarts-types et les alphas de Cronbach ont été réalisées avec le logiciel JASP 0.16.0 pour l'ensemble des variables (voir Table 2). Les tailles des coefficients de corrélation ont été interprétées en suivant les recommandations de Schober et al. (2018), en s'appuyant sur les valeurs absolues des coefficients ainsi que sur leurs intervalles de confiance à 95%.

Les analyses de médiations ont été menées avec le logiciel Lavaan (version 0.6-12) en utilisant les outils *sem* et *plot*. Nous avons testé un modèle de médiation multiple séquentiel. Les 3 dimensions du RSQ (attachements anxieux, évitant et sécurité) représentaient les

variables indépendantes, les 2 dimensions du CES-R (rejet du vrai soi et dissimulation de soi) représentaient les variables médiatrices et la STD représentait la variable dépendante. Dans ce modèle, la variable « rejet du vrai soi » était considérée comme prédictrice de la variable « dissimulation de soi ». Les relations examinées entre ces 6 variables sont représentées graphiquement dans la Figure 1.

Selon les recommandations de Preacher et Hayes (2008), nous avons recouru à la méthode du *bootstrap* qui génère de façon répétée des échantillons de n observations en effectuant des tirages aléatoires d'observations avec remise à chaque fois dans l'échantillon global d'effectif n . Nous avons donc généré 5000 répliques d'échantillons en *bootstrap* pour obtenir des intervalles de confiance à 95% des coefficients de régression bêta (β) des effets testés. Si l'intervalle de confiance ne contient pas le 0 entre ses bornes inférieure et supérieure, l'effet indirect, autrement dit l'effet de médiation, est considéré comme significatif. La Table 3 indique les coefficients de régressions estimés pour toutes les relations testées entre les variables prises 2 à 2, mais seuls les calculs d'effets indirects permettent de déterminer si une médiation (une relation indirecte) est présente (Hayes & Rockwood, 2017). Les effets directs sont ici ceux des dimensions de l'attachement sur la STD, sans passer par les variables médiatrices. Les effets totaux sont ici ceux des dimensions de l'attachement sur la STD, équivalents à la somme des effets directs et indirects. Le modèle testé, représenté sur la Figure 1, est codé avec des lettres numérotées représentant les coefficients estimés pour chaque relation :

$$\text{CESR\_RVS} \sim a1 * \text{RSQ\_anxiete} + a2 * \text{RSQ\_evitement} + a3 * \text{RSQ\_securite}$$

$$\text{CESR\_DS} \sim b1 * \text{RSQ\_anxiete} + b2 * \text{RSQ\_evitement} + b3 * \text{RSQ\_securite} + e *$$

$$\text{CESR\_RVS}$$

$$\text{STD} \sim c1 * \text{RSQ\_anxiete} + c2 * \text{RSQ\_evitement} + c3 * \text{RSQ\_securite} + d1 *$$

$$\text{CESR\_RVS} + d2 * \text{CESR\_DS}$$

Les coefficients des effets directs, indirects et totaux sont codés comme suit, pour chaque variable dépendante, à savoir l'attachement anxieux (1), l'attachement évitant (2) et la recherche de sécurité (3) :

$$\text{ind\_eff1} := a1 * e * d2 + a1*d1 + b1*d2$$

$$\text{ind\_eff2} := a2 * e * d2 + a2*d1 + b1*d2$$

$$\text{ind\_eff3} := a3 * e * d2 + a3*d1 + b1*d2$$

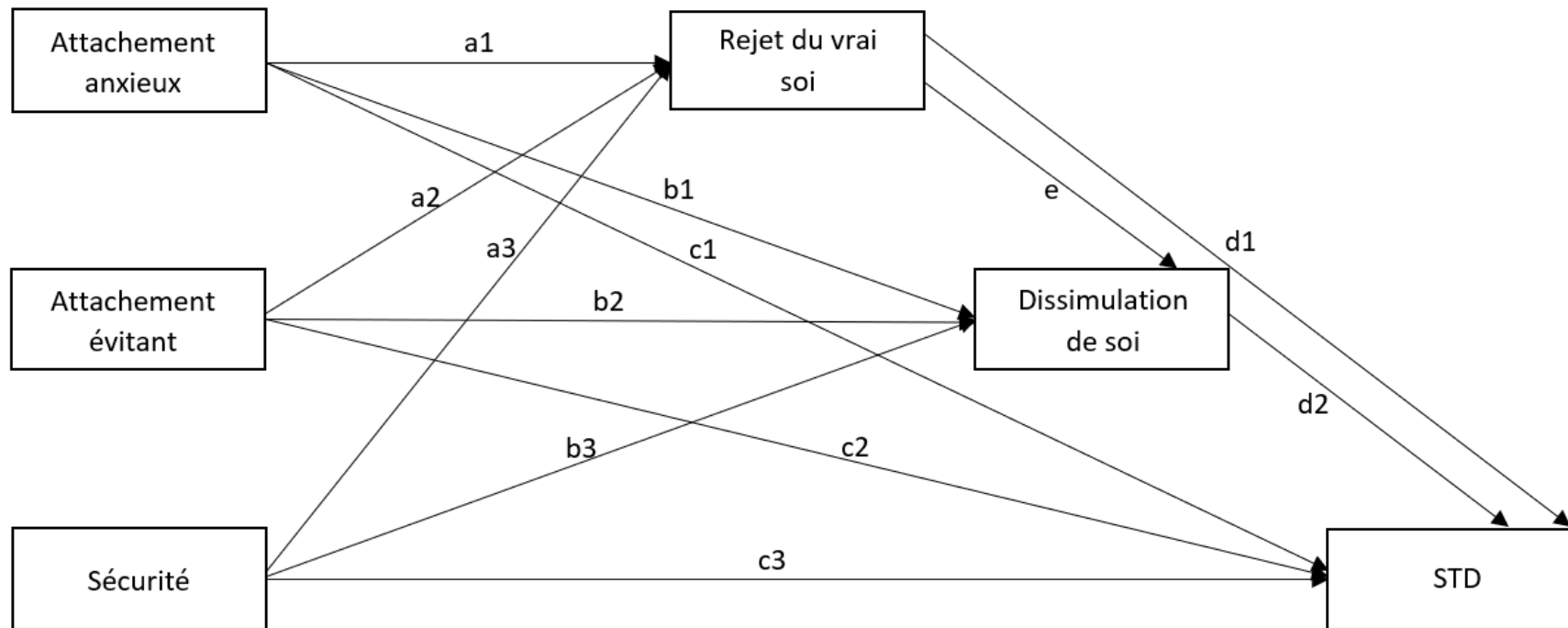
$$\text{total1} := c1 + a1 * e * d2 + a1*d1 + b1*d2$$

$$\text{total2} := c2 + a2 * e * d2 + a2*d1 + b1*d2$$

$$\text{total3} := c3 + a2 * e * d2 + a2*d1 + b1*d2$$

Figure 1

Diagramme du modèle de médiation multiple séquentiel illustrant les effets directs et indirects des dimensions de l'attachement sur la sensibilité au traumatisme de la douleur (STD) en passant par le rejet et la dissimulation de soi.



Note. $a1$, $a2$, $a3$ sont les coefficients de régression de l'attachement anxieux sur les variables médiatrices et la STD. $b1$, $b2$, $b3$ sont les coefficients de régression pour l'attachement évitant. $c1$, $c2$, $c3$ sont les coefficients de régression pour la recherche de sécurité. $d1$ et $d2$ sont les coefficients de régression pour la séquence de médiation. e est le coefficient de régression du rejet du vrai soi sur la STD.

Résultats

Les caractéristiques descriptives et les corrélations de Pearson des variables utilisées pour l'analyse de médiation séquentielle sont présentées dans la Tableau 2. Toutes les corrélations étaient significatives à $p < 0,001$ sauf celle, de taille d'effet négligeable, entre la dimension « sécurité » et « évitement » de l'attachement ($p = 0.003$). Les corrélations avec la dimension de l'attachement anxieux étaient modérées pour le rejet et la dissimulation de soi alors qu'elles étaient faibles pour les autres variables. Le rejet du vrai soi et la dissimulation étaient corrélés fortement entre elles et faiblement à l'attachement évitant et à la STD. Enfin, la STD présentait une corrélation de taille négligeable avec l'attachement évitant mais faible avec la dimension de sécurité.

Tableau 2

Moyennes, écarts-types et corrélations avec intervalles de confiance à 95% des variables étudiées dans un échantillon de 1688 personnes ayant des douleurs chroniques

Variable	M (ET)	1	2	3	4	5
1. Attachement anxieux	13,715 (4,440)	—				
2. Attachement évitant	26,361 (4,552)	0,336 [0,293 ; 0,378]	—			
3. Sécurité	15,863 (4,124)	0,355 [0,312 ; 0,396]	-0,072 ($p = 0,003$) [-0,119 ; -0,024]	—		
4. Rejet du vrai soi	11,310 (10,824)	0,569 [0,536 ; 0,601]	0,199 [0,153 ; 0,245]	0,219 [0,173 ; 0,263]	—	
5. Dissimulation de soi	11,206 (9,394)	0,498 [0,461 ; 0,533]	0,235 [0,189 ; 0,280]	0,168 [0,121 ; 0,214]	0,751 [0,730 ; 0,771]	—
6. Sensibilité au traumatisme de la douleur	19,090 (10,252)	0,294 [0,250 ; 0,337]	0,121 [0,074 ; 0,168]	0,235 [0,190 ; 0,280]	0,245 [0,200 ; 0,289]	0,259 [0,214 ; 0,303]

Note. Toutes les corrélations sauf celle précisée sont statistiquement significatives à $p < 0,001$.

Les caractéristiques des coefficients de régression du modèle de médiation séquentiel sont présentées en Tableau 3. Dans ce modèle permettant d'identifier les contributions uniques des prédicteurs, seul l'attachement anxieux ($\beta = 1,358$; $p < 0,001$) prédisait significativement le rejet du vrai soi. L'attachement évitant ($\beta = 1,141$), anxieux ($\beta = 0,178$) et le rejet du vrai soi ($\beta = 0,600$) ressortaient comme des prédicteurs significatifs de la dissimulation de soi ($p < 0,001$). Concernant la STD, l'attachement anxieux ($\beta = 0,331$), la dimension de sécurité ($\beta = 0,402$) et la dissimulation de soi ($\beta = 0,149$) étaient des prédicteurs statistiquement significatifs ($p < 0,001$) alors que le rejet du vrai soi et l'attachement évitant ne l'étaient pas, si ce n'est marginalement pour ce dernier ($\beta = 0,112$; $p = 0,052$).

Globalement, les 3 dimensions de l'attachement avaient un effet total statistiquement significatif sur la STD. Les coefficients β indiquaient que cet effet était plus marqué pour la dimension de sécurité ($\beta = 0,405$; $p < 0,001$) et l'attachement anxieux ($\beta = 0,499$; $p < 0,001$) que pour l'attachement évitant ($\beta = 0,136$; $p = 0,019$). Concernant les effets indirects totaux, évaluant les effets conjoints des médiations par le rejet du vrai soi, par la dissimulation de soi et par leur lien séquentiel, ceux-ci étaient significatifs pour les attachements anxieux ($\beta = 0,168$; $p < 0,001$) et évitant ($\beta = 0,045$; $p = 0,009$) mais pas pour la recherche de sécurité. L'effet de la dimension de sécurité sur la STD était donc essentiellement lié à un effet direct. Le détail des effets indirects montrait un rôle différencié de la dissimulation de soi et du rejet du vrai soi. Ce dernier contribuait à un effet indirect de l'attachement anxieux sur la STD seulement dans le cas où cet effet passait par la dissimulation de soi ($\beta = 0,122$; $p < 0,001$). En revanche, la dissimulation de soi contribuait à des effets indirects des attachements anxieux ($\beta = 0,027$; $p = 0,010$) et évitant ($\beta = 0,021$; $p = 0,008$) sur la STD sans faire intervenir le rejet de soi. Enfin, aucun des effets indirects de la dimension de sécurité sur la STD n'était statistiquement significatifs.

Prédictions	β	<i>ET</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	IC à 95%	
					Limite inférieure	Limite supérieure
Attachement anxieux – RVS – DS – STD	0,122	0,032	3,760	0,000	0,058	0,188
Attachement anxieux – RVS – STD	0,020	0,050	0,407	0,684	-0,074	0,119
Attachement anxieux – DS – STD	0,027	0,010	2,559	0,010	0,009	0,049
Attachement évitant – RVS – DS – STD	0,003	0,005	0,634	0,526	-0,006	0,013
Attachement évitant – RVS – STD	0,000	0,002	0,212	0,832	-0,004	0,006
Attachement évitant – DS – STD	0,021	0,008	2,646	0,008	0,008	0,039
Sécurité – RVS – DS – STD	0,005	0,006	0,931	0,352	-0,005	0,017
Sécurité – RVS – STD	0,001	0,003	0,266	0,790	-0,005	0,009
Sécurité – DS – STD	-0,003	0,006	-0,442	0,658	-0,017	0,009
Effets indirects totaux						
1 : Attachement anxieux – RVS – DS – STD	0,168	0,040	4,226	0,000	0,092	0,250
2 : Attachement évitant – RVS – DS – STD	0,045	0,017	2,620	0,009	0,016	0,083
3 : Sécurité – RVS – DS – STD	0,003	0,009	0,348	0,728	-0,015	0,022
Effets totaux						
1 : Attachement anxieux – STD	0,499	0,065	7,724	0,000	0,375	0,629
2 : Attachement évitant – STD	0,136	0,058	2,349	0,019	0,020	0,247
3 : Sécurité – STD	0,405	0,063	6,425	0,000	0,281	0,529

Note. IC = Intervalle de confiance, β = coefficient bêta de régression non-standardisé, STD : Sensibilité au traumatisme de la douleur, RVS : rejet du vrai soi, DS : dissimulation de soi.

Discussion

Le but de cette étude était d'intégrer la sensibilité au traumatisme de la douleur dans le contexte relationnel des personnes ayant des douleurs chroniques. Au-delà de l'épreuve des sensations physiques, les douleurs chroniques peuvent être vécues comme une attaque du sentiment de soi et impliquer une lutte pour maintenir une cohérence et une valeur propre (Smith & Osborn, 2007). En contexte social, la crainte de jugements négatifs serait d'autant plus grande que les personnes se perçoivent elles-mêmes comme défaillantes et indésirables, justifiant subjectivement le recours à la dissimulation de soi ; ce que Rodebaugh (2009) a dénommé comme le schéma cognitif d'extrusion. Cette étude étend les données sur les effets de l'insécurité de l'attachement, du rejet et de la dissimulation de soi dans le contexte des douleurs chroniques en explorant leurs contributions dans la sensibilité à éprouver ces douleurs comme un facteur de stress traumatique, autrement dit la sensibilité au traumatisme de la douleur. Nous avons ainsi testé, dans un modèle de médiation multiple en série, les effets prédictifs de l'insécurité de l'attachement, du rejet du vrai soi et de la dissimulation de soi, sur la sensibilité au traumatisme de la douleur.

Nos résultats suggèrent un rôle prépondérant de l'attachement anxieux par rapport à l'attachement évitant et les conduites de recherche de confort dans la proximité relationnelle (dimension de sécurité, dans notre étude). Que ce soit vis-à-vis du rejet du vrai soi ou de la dissimulation de soi, les tailles de corrélations étaient plus grandes pour l'attachement anxieux. Ceci est cohérent avec le fait que le modèle interne opérant de l'attachement anxieux est fondé sur une vision négative de soi (comme étant indésirable) et une crainte marquée de rejet. Le modèle de médiation séquentielle a montré, non seulement un effet direct de l'attachement anxieux sur la STD, mais aussi un effet indirect par deux voies : par l'intermédiaire de la dissimulation de soi et par la crainte de rejet du vrai soi, seulement dans le cas où les effets de cette crainte se répercutent sur la dissimulation de soi. Autrement dit, la

crainte de rejet du vrai soi n'a d'effet sur la STD que si elle motive une stratégie de mise en conformité avec les attentes perçues de l'autre. La dissimulation de soi sert alors de stratégie de protection face au risque perçu de se présenter de façon authentique. Cet effet de la crainte de rejet du vrai soi, médiée par les conduites de dissimulation, avait été retrouvé dans le cadre de l'anxiété sociale (Levinson et al., 2017 ; Rodebaugh, 2009). Par ses effets directs et indirects, l'attachement anxieux participerait ainsi à une représentation menaçante de la douleur susceptible d'activer des réponses analogues à celle d'un stress traumatique, en entretenant un sentiment de vulnérabilité personnelle et l'anticipation anxieuse d'un état de déréliction si elle venait à se présenter authentiquement à autrui.

A l'inverse, l'attachement évitant est fondé sur une vision négative de l'autre, tout en déniait les pensées et les émotions en rapport avec des besoins relationnels. L'absence de conscience de ces besoins (voire l'absence même de conscience d'une lutte interne contre leur perception) peut expliquer la faible corrélation de l'attachement évitant avec l'auto-déclaration du rejet et de la dissimulation de soi. La désactivation du système d'attachement chez les personnes au style évitant pourrait atténuer la motivation à partager ses pensées et émotions et donc réduire d'éventuels efforts de dissimulation en tant que lutte active pour protéger l'image de soi sociale. Le lien encore plus ténu avec la STD explique l'absence d'effet direct de l'attachement évitant sur elle. Une plus grande prétention à l'autonomie et au sentiment de compétence pourrait sous-tendre l'auto-rapport d'une relation moins traumatique à la douleur. Il est néanmoins possible que nos résultats soient influencés par l'absence de différenciation entre les deux sous-types d'attachement évitant. En effet, l'attachement évitant-craintif a été caractérisé par une sensibilité au rejet plus grande et une moindre tendance à exprimer la douleur induite que l'attachement évitant-distant (Andrews et al., 2011). Nous notons tout de même un effet indirect de l'attachement évitant sur la STD qui ne passerait pas par le rejet du vrai soi mais seulement par la dissimulation de soi. Ceci est

cohérent avec le fait que le modèle interne opérant d'une personne au style d'attachement évitant est basé d'abord sur une remise en cause de la valeur du lien à l'autre, ce qui conduit à des relations de surface, sans que cela ne soit fondé sur une crainte de rejet. Ce résultat se rapproche de l'observation de Mah et al. (2018) auprès d'adultes à un stade avancé de cancer pour lesquels la dissimulation de la douleur était prédite positivement par l'attachement évitant. Nos résultats suggèrent donc que la contribution de l'attachement évitant à la perception de la douleur comme traumatique ne serait pas directe mais possible indirectement *via* un effort de présentation de soi en contexte social. Il se pourrait donc, comme le suggère Sirois et Gick (2016), que les effets de l'attachement évitant se manifesteraient sur la perception de la douleur menaçante pour l'identité personnelle quand la personne ne peut plus soutenir une présentation de soi de façade et que le recours à la demande d'aide s'impose.

Pour la dimension dite de sécurité, Guédeney et al. (2010) avaient réunis des items témoignant d'une recherche de confort ou d'un confort dans la proximité relationnelle. Contrairement à ce que laisserait penser cette dénomination de sécurité, nos résultats suggèrent que cette sous-échelle du RSQ ne reflèterait pas un attachement sécurisé mais serait plutôt sous-tendue par une forme d'anxiété. Cette importance déclarée de la proximité serait alors à penser comme le signe d'une préoccupation relationnelle qui activerait la recherche d'intimité comme d'une stratégie de réassurance. En effet, l'observation de liens de corrélation faibles mais positifs avec l'attachement anxieux, le rejet du vrai soi, la dissimulation de soi et la STD est inattendu, si l'on s'en tient à l'idée que l'endossement des items de la dimension de sécurité seraient des indicateurs d'un attachement sécurisé. De fait, la motivation à s'ouvrir aux autres peut inclure à la fois une recherche d'authenticité dans la relation et une tentative d'éviter le rejet qui se rapprocherait de l'attachement anxieux (Lopez & Rice, 2006). L'énoncé des items de « sécurité » évoquant la recherche de confort dans la proximité relationnelle montre qu'ils s'appuient sur des craintes (« *Je suis inquiet(e) de me*

retrouver seul(e). » ; « *J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne.* »). Il est aussi possible que les items évaluant un confort dans la proximité relationnelle dénotent soit une forme de rigidité (« *Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions.* »), soit la nécessité de contextes valorisant l'image de soi quand la demande d'aide émane de l'autre (« *Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi.* »). Il conviendrait donc mieux de dénommer, pour la suite, cette dimension « recherche de proximité » pour rendre compte de ce que ses items évaluent concrètement : non pas un sentiment de sécurité relationnelle mais plutôt des conduites visant à s'assurer de la permanence du lien à l'autre. Dans le modèle de médiation séquentielle, cette dimension présentait des effets prédictifs de la STD, total et direct, positifs et du même ordre de grandeur que ceux de l'attachement anxieux. Ceci pourrait s'expliquer, dans les deux cas, par l'influence d'une représentation de soi comme étant dépendant de l'autre pour faire face à la douleur. Cette position de vulnérabilité perçue peut favoriser une expérience et donc une réaction traumatique à la douleur. Au regard des effets indirects, bien que la recherche de proximité puisse être corrélée à une image négative de soi (i. e., rejet du vrai soi) et à une tentative de conformité aux attentes par des stratégies de dissimulation, ces liens seraient trop faibles pour être le support d'un effet indirect sur la STD. De fait, le surinvestissement de l'intimité pour faire face aux craintes dans la relation à l'autre explique que l'effet de la recherche de proximité sur la STD ne passe pas le rejet du vrai soi et la dissimulation de soi. En accord avec le modèle relationnel du catastrophisme de la douleur (Sullivan, 2012), les conduites de partage social des émotions pourraient entretenir les manifestations de la STD quand la réponse de l'autre est satisfaisante (renforcement négatif par le soulagement des réactions). Ainsi, le bénéfice du recours à la proximité affective peut tempérer la menace perçue face aux douleurs. Le revers de cette logique serait que les manifestations de la STD se

manifesteraient d'autant plus quand cette stratégie relationnelle est mise en défaut par l'indisponibilité émotionnelle ou l'absence de l'autre significatif.

Dans l'ensemble, nos résultats permettent donc de soutenir le rôle de facteurs relationnels déterminant les manifestations de la STD. La crainte de rejet du vrai soi et les conduites de dissimulation de soi subséquentes contribueraient à ce rapport traumatique à la douleur par des mécanismes qui restent à éclaircir. D'après Slepian (2022), la dissimulation active d'informations et d'états internes contribuerait au développement d'une plus grande sensibilité aux indices internes et externes qui les évoquent, non seulement au cours des interactions sociales mais aussi en dehors d'elles, par le biais de ruminations. La dépense de ressources cognitives et émotionnelles (et donc physiologiques) pour réguler la présentation de soi augmenterait indirectement la fatigue ressentie, le sentiment d'isolement et un conflit motivationnel avec les buts d'affiliation (Slepian et al., 2019). Par ailleurs, la dissimulation de soi affecterait non seulement la satisfaction de ce besoin d'affiliation, mais aussi ceux d'autonomie et de sentiment de compétence, ce qui majorerait l'intensité de la douleur et le stress perçu (Uysal & Lu, 2011). L'atteinte de ces besoins pourrait favoriser le sentiment d'indignité et de défaite mentale (Hazeldine-Baker, 2018) et donc la perception traumatique de la douleur.

La dissimulation de soi peut aussi s'inscrire dans le cadre plus global d'évitements cognitifs et affectifs qui entraveraient le traitement des significations menaçantes que les douleurs font peser sur l'identité personnelle (Mah et al., 2018). En outre, l'engagement des ressources psychologiques pour l'observation et le contrôle des pensées, des émotions et des comportements pourrait favoriser, à terme, un effondrement des capacités de régulation émotionnelle. Cet effondrement est caractéristique d'une conception élargie du traumatisme, indépendante du critère A du trouble de stress post-traumatique (TSPT) défini selon le *DSM-*

⁵³⁴ (Franklin et al., 2018 ; Krupnik, 2019). Cette conception se justifie cliniquement par l'indépendance vis-à-vis du critère A du lien entre la douleur et les symptômes analogues à ceux d'un TSPT (Gasperi et al., 2021).

L'intérêt pour la STD se situe dans cette perspective et étend les travaux sur la vulnérabilité partagée du TSPT et de la douleur chronique montrant que les patients ayant des douleurs chroniques associées à un TSPT éprouvent des douleurs plus intenses, une détresse et une interférence dans la vie quotidienne majorées, par rapport aux patients ayant l'une ou l'autre condition de façon isolée (Kind & Otis, 2019). Bien que la douleur chronique, par elle-même, ne constitue pas une menace vitale ou à l'intégrité physique, l'expérience des douleurs chroniques peut être vécue comme un traumatisme et donnerait alors lieu à des symptômes analogues à ceux d'un TSPT (Katz et al., 2017).

Toutefois, la sensibilité au traumatisme de la douleur ne doit pas se confondre avec un TSPT induit par des douleurs chroniques. Loin de constituer un défaut de considération pour le potentiel traumatisme lié à la chronicité des douleurs, cette distinction peut contribuer à éviter le piège de la pathologisation de ce vécu (Mailis et al., 2020). Le maintien d'une distance avec un trouble mental permet d'insister sur ce qui fait débat depuis la construction de cette catégorie diagnostique : la souffrance n'est pas nécessairement le signe d'une maladie, la nature objective d'un événement n'est pas directement connectée à la qualité ou l'intensité de la souffrance perçue, les facteurs biopsychosociaux avant l'événement considéré comptent davantage dans la formation de symptômes que les caractéristiques d'un événement déclencheur (Kira et al., 2021 ; Summerfield, 2001). L'accent mis dans cette étude sur des traits de fonctionnement interpersonnel participe à cet élargissement du point de vue au-delà des caractéristiques des douleurs elles-mêmes.

³⁴ Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles soit directement, soit indirectement (témoin direct, appris pour un proche, contextes professionnels).

Dans notre étude, les variables psychologiques invoquées ne sont pas considérées comme favorisant la survenue des douleurs au niveau somatique. Par-là, nous ne nous engageons pas vers une explication psychogénétique ou psychosomatique des douleurs qui contribuerait à la stigmatisation des personnes ayant des douleurs inexplicables par les modèles biomédicaux actuels (De Ruddere & Craig, 2016). Ces variables visent à étudier non pas la cause des douleurs mais le rapport que les personnes entretiennent avec elles. Cela rejoint la proposition de Larson et Chastain (1990), selon laquelle l'association entre la dissimulation de soi et la déclaration de symptômes physiques refléterait davantage un lien entre une détresse chronique et des plaintes somatiques qu'un lien entre dissimulation de soi et la survenue d'une maladie physique.

Limites

Bien que l'évaluation de référence de l'attachement se fasse par un entretien clinique, les évaluations par auto-questionnaires ont démontré leur validité (Arikan et al., 2016). Le choix du RSQ (évaluant les modèles relationnels d'attachement) dans cette étude permettait une formulation des questions qui ne se centre pas sur les relations conjugales pour tenir compte d'une disposition globale qui s'exprime dans différents types de relation. Le but était de ne pas alourdir le coût cognitif de la passation des questionnaires mais cela a pu influencer les niveaux de consistances internes sur les sous-échelles du RSQ. Comme les styles d'attachement peuvent varier selon le type de relation (Fraley et al., 2011), il peut en être de même pour les conséquences de la dissimulation en fonction du contexte conjugal, amical, de travail (Uysal & Lu, 2011) mais également avec les soignants. La poursuite des investigations dans des contextes différenciés serait donc nécessaire.

Bien que la passation anonyme des questionnaires sur internet puisse réduire les effets de la crainte de jugements négatifs, nous ne pouvons pas exclure que la thématique des questions active des biais de désirabilité sociale de façon non-consciente. De plus, dans notre

échantillon majoritairement de genre féminin, les attentes culturelles normées selon le genre ont pu influencer les réponses relatives à l'expression des émotions, au rapport à la douleur et aux besoins relationnels (Meredith, 2016).

Nous n'avons pas analysé l'influence de l'âge des participants sur les relations étudiées. En effet, la maladie douloureuse peut perturber des domaines et des buts de vie différents selon l'âge (Mah et al., 2018). De même, selon la tranche d'âge des personnes, la peur et l'évitement de la douleur (Cook et al., 2006) mais aussi la perception de discriminations liées à un handicap et les stratégies subséquentes de dissimulation de soi (Namkung & Carr, 2019) peuvent se manifester différemment. Outre les modifications biologiques liées aux différents âges de la vie, ces derniers sont des catégories socialement construites ayant des effets sur le sens donné à l'expérience de la douleur chronique (Encandela, 1997).

Il serait également nécessaire de prendre en compte les facteurs sociaux et environnementaux qui influencent le dilemme complexe de choisir entre la révélation ou la dissimulation de caractéristiques physiques ou psychologiques s'écartant des normes d'un milieu donné (Lingsom, 2008). Si la STD est conçue comme une variable psychologique témoignant d'un rapport potentiellement traumatique à la douleur, ces données doivent être contextualisées. Il s'agirait par exemple d'évaluer conjointement les niveaux de STD, la perception d'injonctions sociales normatives et le sentiment de menace de la douleur pour le soi social.

Notre étude étant transversale, nous ne pouvons pas nous prononcer fermement sur les relations de causalité. Il est possible que la perception traumatique des douleurs influence une évaluation négative de soi qui renforce ensuite les stratégies de dissimulation et l'insécurité relationnelle. Ainsi, dans le contexte d'autres événements traumatiques, la croyance d'être changé(e) de façon permanente, l'évaluation négative des symptômes d'intrusion ou encore

les jugements sur son propre comportement face au traumatisme constituent des menaces psychologiques qui affectent l'image de soi et peuvent modifier le style principal d'attachement (Arikan et al., 2016).

Conclusion

Le développement de recherches sur la sensibilité au traumatisme de la douleur, encore peu étudiée à ce jour, permettrait le développement d'applications thérapeutiques en intégrant les recherches sur l'attachement. Cela assurerait une meilleure compréhension de patients qui ne seraient pas tant « difficiles à traiter » que « difficiles à atteindre » par leur stratégie de protection contre les expériences d'invalidation et de rejet (Luyten & Fonagy, 2016). Une meilleure reconnaissance de leurs besoins émotionnels et de reconnaissance permettrait d'amoindrir l'impact traumatique des douleurs sur les relations à eux-mêmes, aux autres et sur le sens donné à leur vie.

Références

- Andrews, N. E., Meredith, P. J., & Strong, J. (2011). Adult attachment and reports of pain in experimentally-induced pain. *European Journal of Pain*, 15(5), 523-530.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.10.004>
- Arikan, G., Stopa, L., Carnelley, K. B., & Karl, A. (2016). The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1009833>
- Bernstein, M. J., & Claypool, H. M. (2012). Social exclusion and pain sensitivity: Why exclusion sometimes hurts and sometimes numbs. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(2), 185-196. <https://doi.org/10.1177/014616721142244>
- Beveridge, J. K., Pavlova, M., Katz, J., & Noel, M. (2021). The Parent Version of the Sensitivity to Pain Traumatization Scale (SPTS-P): A Preliminary Validation. *Children*, 8(7), 537. <https://doi.org/10.3390/children8070537>
- Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology. In S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Eds.), *The course of life, Vol. 1. Infancy* (pp. 229–270). International Universities Press.
- Bullo, S., & Hearn, J. H. (2021). Parallel worlds and personified pain: A mixed-methods analysis of pain metaphor use by women with endometriosis. *British Journal of Health Psychology*, 26(2), 271-288. <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12472>
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Taillieu, T., Turner, S., El-Gabalawy, R., Sareen, J., & Asmundson, G. J. G. (2018). Anxiety-related psychopathology and chronic pain comorbidity among public safety personnel. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 48-55.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.006>
- Clarke, H., Rai, A., Bao, J., Poon, M., Rao, V., Djaiani, G., Scott Beattie, S., Gabrielle Page, G., Choiniere, M., McGillion, M., Parry, M., Hunter, J., Watt-Watson, J., Martin, L.,

- Grosman-Rimon, L., Kumbhare, D., Hanlon, J., Seltzer, Z., & Katz, J. (2019). Toward a phenomic analysis of chronic postsurgical pain following cardiac surgery. *Canadian Journal of Pain*, 3(1), 58-69. <https://doi.org/10.1080/24740527.2019.1580142>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cook, A. J., Brawer, P. A., & Vowles, K. E. (2006). The fear-avoidance model of chronic pain: Validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain*, 121(3), 195–206. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.11.018>
- Cruddas, S., Gilbert, P., & McEwan, K. (2012). The relationship between self-concealment and disclosure, early experiences, attachment, and social comparison. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 28-37. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.1.28>
- De Ruddere, L., & Craig, K. D. (2016). Understanding stigma and chronic pain: a-state-of-the-art review. *Pain*, 157(8), 1607-1610. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
- Encandela, J. A. (1997). Social construction of pain and aging: Individual artfulness within interpretive structures. *Symbolic Interaction*, 20(3), 251-273. <https://doi.org/10.1525/si.1997.20.3.251>
- Ferris, L. J., Jetten, J., Hornsey, M. J., & Bastian, B. (2019). Feeling hurt: Revisiting the relationship between social and physical pain. *Review of General Psychology*, 23(3), 320-335. <https://doi.org/10.1177/1089268019857936>
- Fonagy, P., & Adshead, G. (2012). How mentalisation changes the mind. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(5), 353-362. doi:10.1192/apt.bp.108.005876
- Franklin, L. C., Raines, A. M., & Hurlocker, M. C. (2019). No trauma, no problem: Symptoms of posttraumatic stress in the absence of a criterion a stressor. *Journal of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, 41(1), 107-111.

<https://doi.org/10.1007/s10862-018-9692-4>

Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The experiences in close relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615–625. <https://doi.org/10.1037/a0022898>

Gasperi, M., Afari, N., Goldberg, J., Suri, P., & Panizzon, M. S. (2021). Pain and Trauma: The Role of Criterion A Trauma and Stressful Life Events in the Pain and PTSD Relationship. *The Journal of Pain*, 22(11), 1506-1517. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.04.015>

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 7(3), 174-189. [https://doi.org/10.1002/1099-0879\(200007\)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U)

Gilboa-Schechtman, E., Keshet, H., Peschard, V., & Azoulay, R. (2020). Self and identity in social anxiety disorder. *Journal of Personality*, 88(1), 106-121. <https://doi.org/10.1111/jopy.12455>

Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>

Guédénay, N., Fermanian, J., & Bifulco, A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation): étude de validation du construit. *L'encéphale*, 36(1), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.12.006>

- Hayes, A. F., & Rockwood, N. J. (2017). Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 39-57.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.001>
- Hazeldine-Baker, C. E., Salkovskis, P. M., Osborn, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Understanding the link between feelings of mental defeat, self-efficacy and the experience of chronic pain. *British Journal of Pain*, 12(2), 87-94.
<https://doi.org/10.1177/2049463718759131>
- Katz, J., Fashler, S. R., Wicks, C., Pagé, M. G., Roosen, K. M., Kleiman, V., & Clarke, H. (2017). Sensitivity to Pain Traumatization Scale: development, validation, and preliminary findings. *Journal of Pain Research*, 10, 1297–1316.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S134133>
- Kind, S., & Otis, J. D. (2019). The interaction between chronic pain and PTSD. *Current pain and headache reports*, 23(12), 1-7. <https://doi-org/10.1007/s11916-019-0828-3>
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 864–877. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.864>
- Kira, I. A., Fawzi, M., Shuwiekh, H., Lewandowski, L., Ashby, J. S., & Al Ibraheem, B. (2021). Do adding attachment, oppression, cumulative and proliferation trauma dynamics to PTSD Criterion “a” improve its predictive validity: Toward a paradigm shift? *Current Psychology*, 40(6), 2665-2679. <https://doi-org/10.1007/s12144-019-00206-z>
- Kleiman, V., Clarke, H., & Katz, J. (2011). Sensitivity to pain traumatization: a higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity

- among patients scheduled for major surgery. *Pain Research and Management*, 16(3), 169-177. <https://doi.org/10.1155/2011/932590>
- Kowal, J., Wilson, K. G., McWilliams, L. A., Péroquin, K., & Duong, D. (2012). Self-perceived burden in chronic pain: Relevance, prevalence, and predictors. *PAIN®*, 153(8), 1735–1741. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.05.009>
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25(4), 256–261. <https://doi.org/10.1037/trm0000169>
- Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 439–455. doi: 10.1521/jscp.1990.9.4.439
- Larson, D. G., Chastain, R. L., Hoyt, W. T., & Ayzenberg, R. (2015). Self-concealment: Integrative review and working model. *Journal of Social and Clinical psychology*, 34(8), 705-774. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.8.705>
- Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., Lim, M. H., & Fernandez, K. C. (2015). The core extrusion schema—revised: Hiding oneself predicts severity of social interaction anxiety. *Assessment*, 24(1), 83-94. <https://doi.org/10.1177/1073191115596568>
- Lopez, F. G. (2001). Adult attachment orientations, self-other boundary regulation, and splitting tendencies in a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 440-446. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.4.440>
- Lopez, F. G., Mitchell, P., & Gormley, B. (2002). Adult attachment orientations and college student distress: Test of a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 49(4), 460-467. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.4.460>
- Lopez, F. G., & Rice, K. G. (2006). Preliminary development and validation of a measure of relationship authenticity. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 362-371. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.362>

- Lu, Q., Uysal, A., & Teo, I. (2011). Need satisfaction and catastrophizing: Explaining the relationship among emotional ambivalence, pain, and depressive symptoms. *Journal of Health Psychology, 16*(5), 819-827. <https://doi.org/10.1177/1359105310392092>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2016). An integrative, attachment-based approach to the management and treatment of patients with persistent somatic complaints. In *Improving Patient Treatment with Attachment Theory* (pp. 127-144). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23300-0_9
- MacDonald, G., & Kingsbury, R. (2006). Does physical pain augment anxious attachment? *Journal of Social and Personal Relationships, 23*(2), 291–304. <https://doi.org/10.1177/0265407506062481>
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin, 131*(2), 202–223. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>
- Mah, K., Tran, K. T., Gauthier, L. R., Rodin, G., Zimmermann, C., Warr, D., S. Lawrence Librach, S. L., Moore, M., Shepherd, F. A., & Gagliese, L. (2018). Do correlates of pain-related stoicism and cautiousness differ in younger and older people with advanced cancer? *The Journal of Pain, 19*(3), 301-316. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.11.002>
- Martin, A. L., Halket, E., Asmundson, G. J., Flora, D. B., & Katz, J. (2010). Posttraumatic stress symptoms and the diathesis-stress model of chronic pain and disability in patients undergoing major surgery. *The Clinical Journal of Pain, 26*(6), 518-527. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181e15b98>
- Meredith, P.J. (2016). Attachment Theory and Pain. In: Hunter, J., Maunder, R. (eds) *Improving Patient Treatment with Attachment Theory*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23300-0_5

- Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical psychology review*, 28(3), 407-429. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.009>
- Mills, S. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), 273-283. <http://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Moscovitch, D. A. (2009). What Is the Core Fear in Social Phobia? A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 123-134. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.002>
- Moscovitch, D. A., Rowa, K., Paulitzki, J. R., Ierullo, M. D., Chiang, B., Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2013). Self-portrayal concerns and their relation to safety behaviors and negative affect in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 476-486. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.002>
- Munhoz Driemeier Schmidt, F., Fiorini, G., da Costa, A. A., Brenner, E. B., Bittencourt, L. Z., & Ramires, V. R. R. (2022). Association of Attachment and Reflective Function with Baseline Symptoms in Child and Adolescent Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 21(3), 239-251. <https://doi.org/10.1080/15289168.2022.2090212>
- Namkung, E. H., & Carr, D. (2019). Perceived interpersonal and institutional discrimination among persons with disability in the US: Do patterns differ by age? *Social Science & Medicine*, 239. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112521>
- Newton-John, T. R., & Williams, A. C. (2006). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours. *Pain*, 123, 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.009>

- Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., & Piirainen, A. (2015a). Chronic pain affects the whole person—a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*, 37(4), 363-371. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>
- Ong, B. N., Hooper, H., Dunn, K., & Croft, P. (2004). Establishing Self and Meaning in Low Back Pain Narratives. *The Sociological Review*, 52(4), 532–549. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2004.00494.x>
- Papini, M. R., Fuchs, P. N., & Torres, C. (2015). Behavioral neuroscience of psychological pain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 48, 53-69. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.11.012>
- Pietromonaco, P. R., Uchino, B., & Dunkel Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, 32(5), 499–513. <https://doi.org/10.1037/a0029349>
- Plasencia, M. L., Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 665-675. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.005>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Purdie, F., & Morley, S. (2015). Self-compassion, pain, and breaking a social contract. *Pain*, 156(11), 2354-2363. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000287>
- Rasco, D., & Warner, R. M. (2017). Relationship authenticity partially mediates the effects of attachment on relationship satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, 157(4), 445-457. <https://doi.org/10.1080/00224545.2016.1229253>
- Reme, S. E., & Breivik, H. (2016). Social anxiety and pain-related fear impact each other and aggravate the burden of chronic pain patients: More individually tailored

rehabilitation need. *Scandinavian Journal of Pain*, 12(1), 98-99.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.03.006>

Riva, P., Wesselmann, E. D., Wirth, J. H., Carter-Sowell, A. R., & Williams, K. D. (2014).

When pain does not heal: The common antecedents and consequences of chronic social and physical pain. *Basic and Applied Social Psychology*, 36(4), 329-346.

<http://doi.org/10.1080/01973533.2014.917975>

Rodebaugh, T. L. (2009). Hiding the self and social anxiety: The core extrusion schema measure. *Cognitive Therapy and Research*, 33(1), 90-109.

<https://doi.org/10.1007/s10608-007-9143-0>

Romeo, A., Tesio, V., Castelnovo, G., & Castelli, L. (2017). Attachment style and chronic pain: Toward an interpersonal model of pain. *Frontiers in Psychology*, 8, 284.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00284>

Ryan, S., & McGuire, B. (2016). Psychological predictors of pain severity, pain interference, depression, and anxiety in rheumatoid arthritis patients with chronic pain. *British Journal of Health Psychology*, 21(2), 336-350. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12171>

Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*, 8(4), 350–353. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.350>

Sirois, F. M., & Gick, M. L. (2016). An appraisal-based coping model of attachment and adjustment to arthritis. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 821–831.

<https://doi.org/10.1177/1359105314539531>

Slepian, M. L. (2022). A process model of having and keeping secrets. *Psychological Review*, 129(3), 542–563. <https://doi.org/10.1037/rev0000282>

Slepian, M. L., Halevy, N., & Galinsky, A. D. (2019). The solitude of secrecy: Thinking about secrets evokes goal conflict and feelings of fatigue. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(7), 1129-1151. <https://doi.org/10.1177/01461672188107>

- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain, 17*(1), 52-64.
- Sullivan, M. J. (2012). The communal coping model of pain catastrophising: Clinical and research implications. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 53*(1), 32. <https://doi.org/10.1037/a0026726>
- Sullivan, M. D., & Ballantyne, J. C. (2021). When physical and social pain coexist: insights into opioid therapy. *The Annals of Family Medicine, 19*(1), 79-82. <https://doi.org/10.1370/afm.2591>
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ, 322*(7278), 95-98. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7278.95>
- Thomtén, J., Boersma, K., Flink, I., & Tillfors, M. (2016). Social anxiety, pain catastrophizing and return-to-work self-efficacy in chronic pain: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Pain, 11*(1), 98-103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.10.005>
- Turk, D. C. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Research and Management, 7*(1), 9-19. <https://doi.org/10.1155/2002/252904>
- Uysal, A., & Lu, Q. (2011). Is self-concealment associated with acute and chronic pain? *Health Psychology, 30*(5), 606–614. <https://doi.org/10.1037/a0024287>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*, 401–408. <http://dx.doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Williams, A. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain, 157*(11), 2420-2423. <http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>

- Wurm, M., Edlund, S., Tillfors, M., & Boersma, K. (2016). Characteristics and consequences of the co-occurrence between social anxiety and pain-related fear in chronic pain patients receiving multimodal pain rehabilitation treatment. *Scandinavian Journal of Pain*, 12(1), 45-52. <http://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.05.033>
- Yao, M., Lei, Y., Li, P., Ye, Q., Liu, Y., Li, X., & Peng, W. (2020). Shared sensitivity to physical pain and social evaluation. *The Journal of Pain*, 21(5-6), 677-688. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.10.007>
- Yu, W., Guan, F., Fu, L., Long, C., & Yang, L. (2018). Disrupted physical pain sensation by social exclusion in women with dysmenorrhea. *Journal of Pain Research*, 11, 1469-1477. <http://doi.org/10.2147/JPR.S168516>
- Yukawa, S., Tokuda, H., & Sato, J. (2007). Attachment style, self-concealment, and interpersonal distance among Japanese undergraduates. *Perceptual and Motor Skills*, 104(32), 1255-1261. <https://doi.org/10.2466/pms.104.3.1255-1261>
- Zhang, M., Zhang, Y., & Kong, Y. (2019). Interaction between social pain and physical pain. *Brain Science Advances*, 5(4), 265-273. <https://doi.org/10.26599/BSA.2019.9050023>

DISCUSSION GENERALE

Contributions des quatre études empiriques

L'ensemble de ce travail avait pour objectif de répliquer et d'étendre les résultats connus sur les relations entre l'expérience des douleurs chroniques et les expériences traumatiques en adoptant une vision différente de celle habituellement employée pour traiter cette question. Ici, plutôt que de considérer qu'il y ait d'un côté les douleurs chroniques, et de l'autre les expériences traumatiques liées à d'autres circonstances, l'axe de ce travail est de placer le vécu des douleurs chroniques comme potentiellement traumatique en lui-même, indépendamment de la présence ou non d'une symptomatologie de trouble de stress post-traumatique (TSPT) liée à d'autres événements. En disant *le vécu des douleurs chroniques en lui-même*, il s'agit de considérer l'effet des douleurs chroniques sur un psychisme dans son ancrage corporel, au travers d'une histoire singulière et des relations particulières que cette unité somato-psychique entretient avec elle-même, les autres, et le monde.

En cela, la caractérisation de l'événementialité des douleurs chroniques ne peut se traiter sur un mode d'objectivation médicale, comme cela a été le cas pour la définition de ce que serait un événement traumatique dans le trouble de stress post-traumatique selon le *DSM-5*. L'expérience de la douleur est éminemment subjective, il ne peut en être autrement de la façon dont elle vient *faire événement* dans la vie d'une personne. Cette façon de penser l'historicité d'un individu s'accorde avec la perspective de l'historien Pierre Laborie qui énonçait : « ce qui fait événement n'est pas le seul fait de l'événement ; il n'est pas simplement ce qui advient mais ce qui advient à ce qui est advenu (Goetschel & Granger, 2011, p. 168) ». L'événement se construit et, à la différence de ce qui arrive *objectivement*, il est fait de la trame dans laquelle il se produit et de ce qui en sera fait par la suite, dans un après-coup qui reprend de façon dynamique les traces en mémoires, comme le montre également l'abord par les neurosciences (Daselaar et al., 2008 ; Wang, 2016). Par l'expression *traumatisme psychique*, il s'agit donc d'abord de qualifier le vécu des douleurs chroniques, de

connoter l'expérience singulière de circonstances qui prennent valeur d'événements. Ces événements viennent alors rompre le sens du monde jusque-là construit par la personne. Comme le rappelle Park (2010), le sens est affaire de liens, autrement dit, c'est une façon de connecter les éléments constitutifs de nos expériences dans une représentation mentale. Dans l'approche phénoménologique du traumatisme selon Janoff-Bulman (1989), ce qui est en jeu est la structure fondamentale de notre expérience du monde, profondément ancrée dans un système de croyances sur lesquelles s'appuie la perception de sens. La notion de traumatisme est donc alors fondée sur celle de rupture du sens : « Dans les cas d'événements négatifs traumatiques, les individus sont confrontés à des "données anormales" très saillantes et critiques, pour lesquelles le fait de les subir ne peut être facilement expliquée par les croyances préexistantes de la personne. » (Janoff-Bulman, p. 121)

Dans cette optique, nous avons considéré dans la première étude deux voies d'engagement dans une construction de sens après la survenue des douleurs : l'acceptation et la croissance post-traumatique (CPT). Issue de la psychologie positive, le concept de croissance post-traumatique reprend le célèbre adage nietzschéen (« *ce qui ne me tue pas me rend plus fort* »), l'extrait de son contexte et le détourne pour appuyer l'idée qu'un dépassement de l'adversité est accessible à tout un chacun, renouant ainsi avec un discours de consolation pour les gens souffrants (Salanskis, 2019). Selon Marin (2015), cette formule fournit une interprétation séduisante de la maladie qui conforte une illusion rassurante sur l'expérience de la maladie. Il s'agirait d'un « leurre lénifiant comme moment dialectique, très présent dans nos sociétés contemporaines où la santé est désormais envisagée comme un droit exigible du sujet ou un devoir qui lui est imposé » (p. 22). Selon elle, ce rapport idéalisé à la santé, qu'elle qualifie comme Canguilhem (2002) de « maladie obsessionnelle », sert à taire voire à « évacuer » l'expérience intime de la maladie. C'est pourquoi il nous semblait nécessaire d'aborder le vécu des douleurs chroniques sous un angle moins complaisant.

En outre, la voie promue par les thérapies basées sur la pleine conscience s'est avérée distincte de celle faisant suite à un potentiel ébranlement des schémas de base sur le monde. Alors que les résultats d'études antérieures (hors contexte des douleurs chroniques) suggéraient que l'attitude d'acceptation favorisait l'émergence de la croissance post-traumatique (voir Shiyko et al., 2017 pour une revue de littérature), nos résultats étaient plutôt en faveur de deux trajectoires différentes selon le degré de perturbations associées aux douleurs, mais surtout selon le rapport que la personne entretient avec elles : plus les douleurs étaient envahissantes et suscitaient de l'évitement expérientiel, plus grand était leur potentiel de rupture du sens. Bien que, dans des conditions favorables, le bouleversement puisse déboucher sur une reconstruction positive, ce remaniement subjectif serait le résultat d'un processus réflexif critique qui se distingue de l'attitude de non-jugement en pleine conscience.

Au travers de la deuxième étude, nous avons rassemblé en un ensemble cohérent, sous le signe de la reconstruction post-traumatique, les différents sentiments éprouvés par des personnes ayant des douleurs chroniques. La mise en évidence de ces sentiments (honte, culpabilité, sentiment d'invalidation, d'aliénation, d'injustice, de défaite, de peurs) n'était pas nouvelle. Pour autant, nous avons souhaité donner un cadre de compréhension général, et donc un sens, à ces manifestations subjectives en les associant à une évaluation conjointe de la présence de changements perçus dans le rapport à soi, aux autres et au monde. Du fait de la violence éprouvée par l'éventuel traumatisme induit par les douleurs chroniques, ces changements ne vont pas seulement dans la direction positive de la croissance attendue par une société qui enjoint au bonheur (Illouz & Cabanas, 2018), mais aussi vers une forme de négativité, la dépréciation post-traumatique (DPT). Cette négativité peut être l'effet de la souffrance associée à la perturbation traumatique. Mais elle peut aussi être l'indice d'une accommodation de croyances antérieures sur le monde excessivement idéalistes et donc impropres à intégrer les bouleversements générés par les douleurs. Parmi les variables

d'intérêt, nous avons choisi d'évaluer la *sensibilité au traumatisme de douleur* (STD ; Katz et al., 2017) qui avait été jusque-là principalement étudiée dans les suites de chirurgies. Etant conçu comme la propension à développer des réactions à la douleur analogues à celles d'un trouble de stress post-traumatique, cet indicateur nous semblait hautement pertinent pour étudier le potentiel traumatique des douleurs chroniques. Toutefois, la STD n'est pas fondée sur l'effet de la chronicité des douleurs mais est plutôt en lien avec le potentiel *disruptif* des douleurs tel qu'il peut être observé dans les cas de douleurs aiguës (i. e., capture de l'attention, interruption du cours de l'action et de la pensée, effet aversif). Il n'en résulte pas moins que les personnes présentant un niveau de STD plus élevé manifestaient également une plus grande perturbation émotionnelle qui se reflétait dans des sentiments négatifs plus marqués.

A ce jour, les modèles liant douleurs chroniques et expériences traumatiques mettent effectivement l'accent sur le TSPT. C'est pourquoi la STD a été pensée sur ce modèle laissant de côté la spécificité propre à l'effet de la chronicité. Notre analyse des propriétés psychométriques de la version française de la *Sensitivity to Pain Traumatization Scale-12* (SPTS-12 ; Katz et al., 2017) a permis de confirmer sa validité et d'appuyer les résultats plus récents remettant en cause la centralité de l'évitement dans la relation entre douleurs chroniques et symptômes de TSPT. L'utilisation de cet outil pourrait permettre de d'approfondir les recherches sur les déterminants du vécu traumatique des douleurs chroniques. Dans la pratique clinique, la diffusion de cette échelle permettrait de reconnaître précocement les patients à risque de développer des réactions similaires à celle d'un état de stress traumatique. Incidemment, la diffusion d'une telle échelle auprès des cliniciens permettrait de les sensibiliser par un outil simple à la question complexe du traumatisme des douleurs chroniques. De même, pour des patients en perte de repères, se rendre compte que des réactions jugées exagérées ou négatives prennent sens dans un cadre peut aider à se sentir

entendus voire compris. Cela fait écho à ce qui peut être observé dans la prise en charge de personnes traumatisées. Pour illustrer par un exemple, nous pensons à l'expérience d'une patiente traumatisée par de multiples situations (maltraitements dans l'enfance, mariage forcé, viols conjugaux, déracinement) et hospitalisée dans une unité de traitement de la douleur chronique. Elle avait éprouvé un soulagement, puis de l'espoir, en apprenant que les symptômes qui lui donnaient le sentiment d'être « folle » et condamnée, se retrouvaient dans les items de la PCL-5. Outre la possibilité de recevoir des soins adaptés (elle était traitée pour dépression chronique depuis des années sans que la question des traumatismes ne soit travaillée), elle percevait que son discours faisait sens pour son interlocuteur.

La quatrième étude a permis d'inscrire la STD dans un modèle relationnel qui tienne compte à la fois de dispositions construites précocement dans la relation à l'autre (i. e., le style d'attachement) et de stratégies mises en œuvre pour tenter de s'adapter aux exigences perçues de la part d'autrui en fonction de la représentation de soi-même (i. e., crainte rejet du vrai soi et dissimulation de soi). Cela a permis d'appuyer, si cela était nécessaire, que le rapport traumatique à la douleur était influencé par le mode de relation interpersonnelle et la façon dont une personne peut contribuer à sa vulnérabilité en cherchant à se protéger du rejet social. Autrement dit, les stratégies d'évitement de la douleur sociale peuvent favoriser les conditions qui majorent l'ébranlement par la douleur physique. Ce résultat s'inscrit dans le corpus de connaissance liant douleur sociale et douleur physique, sur la base de leur fonction adaptative dans l'évolution humaine et sur les données d'imageries cérébrales montrant le recouvrement des zones de traitements de ces deux sources de douleurs.

Regards croisés sur le traumatisme des douleurs chroniques

Selon la taxonomie des événements traumatiques développée par Kira (2001), le traumatisme des douleurs chroniques pourrait entrer dans la catégorie des circonstances affectant l'identité et la réalisation de soi tout en faisant éprouver subjectivement, dans les

moments de douleurs et de détresse, le sentiment d'une menace à l'intégrité physique. La catégorie des traumatismes affectant l'autonomie ou l'identité renvoie à l'ébranlement de l'indépendance comportementale et émotionnelle ou le sens de l'identité. Ils conduisent à des sentiments d'incompétence, d'insuffisance, d'aliénation et de perte de contrôle sur soi et son avenir. Bien que Kira en donne des exemples où la notion de traumatisme est moins sujette à débat (abus sexuels, violence domestique, torture etc...), il est à remarquer que la description des effets peut se faire dans les mêmes termes que chez les personnes souffrant de douleur chroniques. La catégorie des traumatismes affectant la réalisation de soi correspond à des événements qui, comme les douleurs chroniques, ne répondent pas au critère A du TSPT : licenciement, rétrogradation, et perte substantielle d'argent, de la santé ou d'objets de valeur, incapacité substantielle à atteindre les objectifs de la vie. Les douleurs chroniques peuvent être incluses dans l'exemple de la perte de la santé. Dans cette catégorie, l'échec dans l'atteinte des buts personnels, perçus comme essentiels pour la survie d'un individu ou son évolution, peut être traumatique.

Selon les caractéristiques objectives des événements déclencheurs, Kira et al. (2008) reconnaissent également que des stressseurs répétés sur une longue période, mais ne correspondant pas au critère A du TSPT, peuvent avoir un effet cumulatif qui a le potentiel de générer des symptômes de TSPT. Ils désignent ce type de circonstances *traumatisme de stress cumulatif*. Les effets des douleurs chroniques pourraient entrer dans ce cadre. Bien qu'ils proposent également la catégorie *traumatisme interne* où figure la douleur traumatique, cela semble être subordonné à l'intensité ou la sévérité du point de vue médical. La qualité temporelle de la douleur, et son appréciation subjective, sont exclues de la caractérisation de ce type de traumatismes. Kira et al. considèrent néanmoins que la limitation du modèle du TSPT à des événements relevant d'une mort effective, d'une menace de mort, d'une blessure sévère, ou de menaces à l'intégrité physique (APA, 2000) est un frein à la reconnaissance de

traumatisme *non-physique* (par ex., exposition prolongées à du harcèlement). Cela empêche également de considérer la dimension non-physique de traumatismes qui touchent à des menaces existentielles individuelles ou collectives (par ex., effets de génocides transmis socialement, discriminations raciales)³⁵. Ils relèvent donc l'insuffisance de ce critère au regard de traumatismes plus complexes et rappellent la définition d'un stress traumatique selon le *Trauma Group* de l'*American Psychiatric Association* (2000) : « Un processus qui conduit à une désorganisation du sentiment profond de soi et du monde, qui laisse une marque indélébile sur notre vision du monde et auquel des troubles psychologiques font souvent suite après y être exposé. »³⁶ Kira et al. mettent donc l'accent sur un processus, davantage défini par ses effets négatifs sur la personne, lesquels ne se réduisent pas au symptôme de TSPT. Ils insistent également sur la défocalisation d'un événement unique pour s'intéresser à des stressseurs multiples, aux effets combinés et cumulés. Ils désignent ici les *traumatismes cumulatifs* composés au minimum d'un traumatisme central (*core trauma*) et de traumatismes déclencheurs (*triggering traumas*). Le traumatisme central rendrait vulnérable et biaiserait les réponses à des événements ultérieurs qui déclencheraient une réponse post-traumatique. Appliqué au contexte des douleurs chroniques, les perturbations induites par les douleurs pourraient provoquer des réponses post-traumatiques désorganisant le soi chez des personnes vulnérabilisées par des événements de leur histoire personnelle. Cette vulnérabilité pourrait se manifester *via* la sensibilité au traumatisme de la douleur telle que conçue par Katz et al. (2017).

De plus, à la différence des événements traumatiques les plus étudiés que sont ceux dits de type I (un événement unique et révolu), la temporalité des circonstances traumatiques

³⁵ Kira et al. note aussi l'absence, dans la définition restreinte, des abus sexuels qui ne sont mentionnés que dans la description détaillée des caractéristiques diagnostiques comme un exemple d'agressions physiques. Les violences sexuelles ont été spécifiée dans le DSM-5 (APA, 2013) dans la nouvelle formulation du critère A du TSPT.

³⁶ « A process that leads to the disorganization of a core sense of self and world and leaves an indelible mark on one's world views that psychological disorders often follow upon exposure to. » (citation traduite par nous)

liées aux douleurs chroniques s'apparenterait à celle des traumatismes de type III, appelés stress traumatiques continus (i. e., dont la répétition se poursuit jusqu'au temps présent) qui donnent lieu à des manifestations analogues au TSPT dits complexes (Kira et al., 2008 ; Kira et al., 2013). Straker (2013) remarquait également que la plupart des modèles de traitement de traumatismes se référaient à des événements traumatiques situés dans le passé plutôt qu'à des menaces présentes. Dans cette lutte constante pour la survie face à des stress traumatiques continus, il relève la difficulté des personnes à discriminer les dangers réels de ceux qui résultent de leurs interprétations anxieuses. Il note également un état de fond marqué par l'hypervigilance et l'émoussement affectif sur lequel se greffe des périodes où l'hypervigilance prédomine. Ces traits nous semblent faire écho à la place importante que jouent les croyances relatives à la peur de la douleur et le catastrophisme dans les réactions d'hypervigilance et d'altérations de l'humeur chez les personnes souffrant de douleurs chroniques (Barbano et al., 2021 ; Vogel et al., 2019).

Dans la situation actuelle de non-reconnaissance des douleurs chroniques comme facteurs de stress traumatiques, il était tentant de rapprocher leurs effets de ceux connus pour le TSPT faisant suite à un événement unique. Néanmoins, les limites de cette comparaison poussent à rechercher dans une autre direction : celle des traumatismes complexes induits par des événements répétés. Cette répétition se prêterait mieux à l'étude des effets de la chronicité.

Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe a été introduit dans la onzième révision de la classification internationale des maladies (CIM-11 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2019). Ce diagnostic met l'accent sur 3 ensembles de symptômes additionnels, par rapport aux diagnostics de TSPT, réunis sous les termes de *perturbations dans l'organisation du soi*. Cela inclut la difficulté à réguler les émotions, une représentation de soi négative et des perturbations relationnelles (Heim et al., 2022). Ces symptômes

décrivent ceux qui résultent de traumatismes répétés, multiples et chroniques desquels il est difficile ou impossible de s'échapper, comme les maltraitances dans l'enfance, les violences domestiques, la torture (Brewin et al., 2017). D'un point de vue extérieur, ces situations sont très différentes du fait d'avoir des douleurs chroniques. Cependant, du point de vue subjectif, ce sont bien en ces termes que les personnes parlent de leurs douleurs et du rapport à leur corps : violence, attaques, torture, agonie, piège, impossibilité de s'y soustraire, etc...

Le fondement subjectif du processus traumatique

La dominance du diagnostic de TSPT dans la littérature scientifique sur le traumatisme ramène inévitablement à la question de la caractérisation de l'événement considéré comme causal. A partir du moment où le caractère traumatique n'est plus cantonné à des situations extrêmes, comme les situations de guerre, pour être étendu à des situations plus fréquentes comme des accidents de la route ou de la violence intrafamiliale, la question est de savoir si c'est la réaction subjective d'un individu qui connote l'évènement comme traumatique ou s'il faut s'en tenir à des critères externes et objectifs (Carvajal, 2021). Dans l'histoire de la constitution de l'entité diagnostique du TSPT, ce qui a facilité l'agrégation de syndromes divers sous la même désignation diagnostique n'était pas seulement une communauté de symptômes mais plutôt la centralité d'un événement les provoquant (Stein et al., 2016). Le critère A du TSPT devient un enjeu de reconnaissance des aspects objectifs ou subjectifs des événements en question.

Le traumatisme par la douleur chronique interroge la conceptualisation même de ce qui constituerait un événement traumatique. Ce concept est bien le résultat d'une construction sociale qui varie selon les époques (Hall, 2017 ; Summerfield, 2001), en gardant le rapport temporel entre un événement causal et le déclenchement d'un syndrome. L'autre donnée centrale est une confrontation avec la mort ou et l'atteinte à l'intégrité physique. S'agissant de sa propre mort, cette confrontation reste une menace. La menace à l'intégrité physique se

comprend donc dans le cadre de cette mort potentielle. Les premières descriptions de syndromes que l'on nomme aujourd'hui troubles de stress post-traumatique renvoient ainsi à des situations où l'attaque de l'intégrité du corps porte atteinte à la vie (Lee, 2017). Dans ces situations, comme celles des soldats de retour de la guerre, l'attaque est externe et l'effraction des limites du corps est objectivable par un observateur extérieur. Par la suite, les luttes politiques des mouvements féministes ont permis de faire reconnaître les réactions aux abus sexuels comme des réactions de stress post-traumatique (Straker, 2013). Dans le cas d'agressions sexuelles, l'effraction des limites du corps fait appel à une représentation de l'intégrité physique, en plus de la notion de blessures ou de lésions organiques. Bien sûr, un viol peut être accompagné de blessures par la contention, le forçage et autres agressions du corps, mais ce n'est pas nécessairement le cas. En revanche, l'attaque de l'intimité physique renvoie nécessairement à l'attaque d'une représentation de cette intimité. Ici, le critère organique, biologique, ne peut être suffisant. La caractérisation d'un viol repose sur la violation de l'autonomie de la personne, dans le sens d'une dépossession violente de la capacité à décider pour soi-même et d'avoir des désirs propres. Cela convoque donc le rapport à la passivité subie, autrement dit, une passivation de la personne qui n'est plus reconnue dans sa liberté et sa dignité. Ce rapport complexe à l'attaque venant de l'autre a contribué à la difficile reconnaissance de situations vécues comme des viols et des réactions traumatiques induites.

Ainsi, au niveau des subjectivités, ce qui est menacé dans ces situations de violence est la représentation de l'intégrité du corps et le sentiment d'autonomie et de dignité humaine. La menace vitale (au sens biologique) et l'attaque externe (objective) du corps ne seraient alors ni des critères nécessaires, ni des critères suffisants pour susciter un vécu traumatique. Si l'on considère la phénoménologie du traumatisme psychique, « un événement n'a ni modèle

ni analogue. Dans sa survenue, il déchire la trame de l'attente et des possibles » (Jover, 2013, p. 83).

L'expérience des douleurs chroniques, quand il s'agit de la douleur en tant que maladie, se situe dans une zone où la vie biologique n'est pas en jeu et où l'atteinte physique n'est pas toujours objectivable par les techniques médicales du moment. Les descriptions verbales de la douleur recourent à des analogies, des images, où il est question d'atteinte à l'intégrité physique (Scarry, 1985). Autrement dit, pour décrire ce qu'une personne ressent, elle passe par des descriptions de blessures, de coups, de mutilations etc... Ces analogies constituent des tentatives de partages émotionnels et sensoriels. Elles représentent, pour la personne qui éprouve la douleur, ce qui se produit en elle. De même, tout événement externe n'a d'effet psychologique pour une personne que par la représentation qu'elle s'en fait. C'est pourquoi, aussi objectivables soient-ils, les événements pour lesquels les nosographies actuelles reconnaissent le potentiel traumatique ne sont traumatiques que si la personne les éprouve comme tels. Il n'y a de menaces de mort, de menaces à l'intégrité ou d'agressions sexuelles que si les situations correspondantes sont représentées comme telles. L'apparence de tautologie de ces propositions pointe le cœur de l'expérience traumatique, en tant qu'expérience subjective : il y a traumatisme si la personne se sent traumatisée. Savoir si ce traumatisme correspond à un TSPT est une autre question, qui concerne davantage une abstraction conceptuelle aux critères étroits (pour des raisons historiques, sociales, économiques et politiques) que la clinique rapportée par les personnes souffrantes. Réduire la question du traumatisme à celle du TSPT nie la complexité des expériences traumatiques (Kira et al., 2013).

C'est pourquoi il paraît nécessaire de se référer à une conception élargie du traumatisme, la menace psychologique étant incluse dans la définition du guide pratique de l'APA (2016)

pour le traitement du TSPT : « Un traumatisme implique des événements qui font peser une menace significative (physique, émotionnelle ou psychologique) à la sécurité de la victime ou de ses êtres chers / amis et qui sont accablant et choquant.³⁷ » Cela laisse toutefois la compréhension des termes *menace significative*, *sécurité*, *accablant* et *choquant* à l'appréciation subjective de l'interprète. Toute définition est un enjeu de sens, d'autant plus crucial et complexe que la douleur physique résiste au langage et le menace aussi de destruction (Scarry, 1985). Elle confronte la personne qui la ressent à une absence de sens et une absence de mots qui ne peuvent venir qu'ensuite avec le soutien du système symbolique intériorisé et porté par les autres. L'inaccessibilité de la douleur de la personne en souffrance et l'aversion intrinsèque qu'elle génère induisent le doute chez l'autre (Scarry, 1985 ; Szasz, 1957/1986). La douleur vécue en première personne comporte une dimension de certitude, vulnérable à la remise en cause par l'observateur extérieur. Pour exemple, l'expression de l'intensité de la douleur est utilisée pour donner une idée de l'intensité du stress perçu, et a d'ailleurs servi de base au transfert de protocoles de traitement du traumatisme dans la prise en charge des douleurs (Mazzola, 2010). Mais selon Krupnik (2019), ce n'est pas seulement l'intensité du stress qui rend compte de l'effet traumatique d'une situation. Rejetant l'idée d'une échelle continue, uniquement quantitative, qui irait de l'adversité commune au stress traumatique, cet auteur recommande de considérer aussi un aspect catégoriel [*categorical*] (ou qualitatif). Il fonde son modèle hybride, dimensionnel et catégoriel, du traumatisme dans une théorie générale du stress. La caractérisation d'un stress traumatique [*traumatic stress*] dépend alors de l'interaction entre la sévérité perçue du stressor et les capacités d'auto-régulation de la personne. L'aspect dimensionnel tient au fait qu'il se départit du critère A du TSPT pour considérer la réponse de stress (ou de stress traumatique) indépendamment de la nature du stressor. Quant à l'aspect

³⁷ Trauma involves events that pose significant threat (physical, emotional, or psychological) to the safety of the victim or loved ones/friends and are overwhelming and shocking (traduit par nous).

catégoriel, il tient à la qualité particulière de la réponse de stress dans le cas d'un traumatisme : l'effondrement des fonctions d'auto-régulation des états internes dans des situations hors de la normalité pour une personne donnée. Cela renvoie donc à une norme et des valeurs individuelles qui donnent un cadre subjectif à la définition de traumatisme. Pour reconnaître la dimension traumatique du vécu des douleurs chroniques (mais ceci serait valable pour toute circonstance vécue), il est nécessaire de se référer à ce que les personnes concernées peuvent en dire et si elles se retrouvent ou non dans des termes qui peuvent faire débat.

Reconnaissance du danger subjectif

L'expérience des douleurs chroniques peut induire un vécu d'attaque et/ou de perte de l'intégrité psychique et du sentiment d'identité personnelle qu'elle soutient, si on considère la sensation de douleur comme stressor interne (en elle-même) et les nombreuses conséquences qui accompagnent les douleurs chroniques comme stressors externes (Benner, 2007). Ce sont justement de ces agressions internes et externes que nous avons traitées dans ce travail de thèse. Nous devons reconnaître que nos quatre études n'apportent rien de nouveau en ce qui concerne les multiples facettes du vécu des personnes souffrant de douleurs chroniques. Nous avons repris ensemble différentes expressions déjà connues du vécu des personnes (cf. partie introductive).

La mise en perspective dans le cadre englobant du traumatisme serait l'aspect nouveau pour cette branche de la psychologie qui s'appuie sur un modèle biopsychosocial (Linton et al., 2018). Classiquement, la douleur est considérée comme adaptative quand elle est aiguë et associée à des circonstances internes ou externes contre lesquelles l'organisme doit se protéger. Dans ces cas-là, la notion de danger ou de menace perçue est validée par les théoriciens du modèle biopsychosocial. En revanche, cette fonction de signal de protection est souvent considérée comme absente quand la douleur est chronique, ce qui amène à parler de douleur-maladie. Quelques rares auteurs comme Eccleston (2018) ont proposé de concevoir la

douleur chronique comme un signal de l'organisme pour regagner cohérence et sécurité, sans pour autant lier ces précieuses considérations à la question du traumatisme induit par les douleurs. Le plus souvent, l'interprétation menaçante de la douleur est renvoyée à des croyances infondées ou à des réactions catastrophiques qualifiées d'exagérées. C'est pourquoi les programmes de prise en charge proposés sur la base de ces modèles mettent en avant la psychoéducation pour restructurer les pensées et favoriser un sentiment de contrôle sur les douleurs (Horn et al., 2020). Réagir autrement à la douleur que par des conduites défensives ou protectrices peut donc faire l'objet d'un apprentissage, dans une logique de rééducation ou de réadaptation à la vie quotidienne.

Néanmoins, la douleur étant un stimulus inconditionnel (i. e., qui ne nécessite pas d'apprentissage préalable) activant des réponses automatique ou réflexes, il n'est pas aisé pour une personne de se détacher de cette interprétation première de la douleur en termes de danger (Vandael et al., 2023). Si cela est valable pour la douleur aiguë, cela l'est moins pour la douleur chronique. En effet, une habitude peut s'installer et amoindrir la réactivité. Cette inhibition des réponses peut aussi être le fait d'une motivation plus ou moins consciente à la dissimulation de la douleur (objet de la quatrième étude) : cacher les réactions pour éviter d'être perçu(e) comme une personne douloureuse, avec tous les stéréotypes que cela peut générer chez autrui (Uysal & Lu, 2011). Ainsi, à mesure que la douleur se chronicise, la nature des dangers perçus évolue du registre étroit de l'organisme biologique à celui de l'image de soi et de la relation à l'autre.

Le traumatisme lié aux douleurs chroniques n'est donc pas seulement un traumatisme par les effets de détresse de *la* douleur comme pourrait l'être le traumatisme d'une douleur intense associée à une blessure, une agression, une chirurgie lourde ou même un accouchement (Katz et al., 2019 ; Olsen et al., 2022 ; Tsur et al., 2019). C'est un traumatisme lié aux effets de la chronicité *des* douleurs et donc analogue aux effets traumatiques de stress

continus (répondant ou non au critère A du TSPT qualifiant l'événement) qui amenuisent au fil du temps les capacités de réponses de la personne et provoquent l'effondrement des ressources d'autorégulation (Straker, 2013 ; Krupnik, 2019). C'est aussi un effet de la perception de la chronicité qui donne un sentiment d'enfermement dans l'a-temporalité d'un corps douloureux (Reynier, 2010).

Regards d'ailleurs

Il est possible de discuter nos résultats avec des points de vue extérieurs qui ne seraient pas contraints par les limites conceptuelles actuelles de la psychologie dite scientifique et du modèle psychiatrique du trouble de stress post traumatique. Rappelons que selon Canguilhem (1966/2013) la médecine n'est pas une science mais un art qui doit s'appuyer sur des sciences. La psychologie étant une science humaine, elle peut et doit se nourrir des apports d'autres sciences humaines pour se renouveler (Abelhauser, 2014), et s'émanciper de points de vue encore très influencés par l'approche médicale (Cohen & Quinter, 2019). En effet selon Cormack et al. (2022), l'interprétation et l'application du modèle biopsychosocial seraient souvent biomédicalisées, fragmentées et réductionnistes, détournant le primat d'une approche humaniste centrée sur la personne et la relation vers une approche causaliste focalisée sur les mécanismes multifactoriels contribuant à la santé ou à la maladie. Toutefois, d'après ces auteurs, cette évolution est marquée par une moindre place accordée à l'expérience subjective au profit de l'objectivation d'éléments biologiques tels que des altérations tissulaires, des anomalies de fonctions physiologiques et des biomarqueurs (Cohen et al., 2021). Cependant, le modèle original de Engel (1987, cité par Cormack et al.), préconisait de faire primer le sens sur la mesure.

Hors du modèle biopsychosocial, des auteurs ont perçu la dimension traumatique des douleurs chroniques et l'ont désignée comme telle, en se penchant sur la singularité et l'intimité de l'expérience des douleurs chroniques selon des approches psychanalytiques ou

philosophiques (Benner, 2007 ; Marin, 2014 ; Pedinielli & Rouan, 1997). Témoignant de son expérience personnelle, Claire Marin parle de la rupture que représente la maladie douloureuse dans sa vie, une maladie *chronique* qui la ramène, au sens étymologique de ce terme, à celui de rythmer son existence :

Je ne guérirai pas. Je suis, pour le reste de ma vie, atteinte d'une maladie. Le visage de ma mort est le mien. Je me détruis de l'intérieur, progressivement, avec certitude. Je sais cette horreur, j'en ressens les soubresauts, mon corps me la communique et je ne peux pas ne pas l'entendre. Je m'y identifie. (...) C'est de ma propre vie, de mon identité que je suis amputée. Je ne me reconnais plus. Ni en photo, ni en souvenir. Elle a fait de moi quelqu'un d'étranger. Pour me retrouver, je dois encore lutter. (p. 138-139)

C'est donc bien de la parole des personnes souffrantes que l'on entend la violence vécue dans le corps et qui va au-delà de la question des sensations douloureuses. La douleur étant l'indice de l'atteinte d'une limite dans le sentir, ses effets excèdent la sensorialité (Grenouilloux, 2002).

C'est à partir du recueil de témoignages de personnes ayant des douleurs chroniques que David Lebreton, anthropologue, a également saisi ce traumatisme. Celui-ci prend sa source dans une fracture interne et invisible pour l'observateur extérieur et démantèle l'existence :

La maladie ou la douleur introduisent à l'inverse (de la santé) l'opacité du corps et rompent la transparence à soi-même. (...) La douleur est toujours une anomalie, elle abîme le sentiment de la présence au monde, provoquant le désir d'en être débarrassé au plutôt pour retrouver les usages familiers de la vie courante. Elle possède donc une vertu de mise en garde, mais elle est une protection paradoxale à l'encontre des

adversités innombrables de la vie courante, elle rappelle avec brutalité les limites qui s'imposent pour ne pas être détruit. (Le Breton, 2017, p. 13)

Il rend compte du combat mené contre le rétrécissement du monde aux états du corps et contre la colonisation de la douleur qui déchire l'existence. La personne se crispe physiquement et symboliquement sur son corps douloureux, dans une tension qui l'épuise.

On comprend ici que l'intégrité physique est affectée d'une façon non lésionnelle. L'atteinte à l'intégrité psychique est vue comme une réduction du monde du sujet à son corps. Le temps de la chronicité peut être vécu comme une condamnation à perpétuité ou un supplice (Le Breton, 2017). Cela rapproche expérience des douleurs chroniques des expériences de séquestration où la prison serait le corps propre dans un monde qui perd son sens et avec lequel le lien s'étirole. Prisonnier d'un présent infini, aux perspectives bouchées, la personne en proie aux douleurs chroniques fait l'expérience d'un enfermement comparable à celui des personnes pour lesquelles un trouble de stress post-traumatique peut être reconnu. Le sentiment d'être étranger à son propre corps, d'être persécuté par lui, a été décrit comme un sentiment d'aliénation (Svenaeus, 2015). Cette étrangeté du corps peut imposer à la personne un dialogue continu, des négociations permanentes entre ses désirs et les limites (ou les entraves) à leur réalisation (comme discuté dans l'étude 2).

Selon le Breton (2017), « les anciennes représentations culturelles associées à la douleur ont disparu, remplacées par une vision purement technique qui tend à démettre toute initiative de l'individu à son propos et à le déposséder de tout contrôle. » (p. 16) Il parle d'un « fait privé » en ceci que la douleur n'est plus inscrite dans un réseau de significations transcendant l'individu. Ce défaut de sens transformerait la douleur « en une cruauté pure, en une torture sans fin et sans raison ». Ces caractéristiques subjectives rapprochent le discours des personnes douloureuses de celui des personnes traumatisées, ou plus précisément, de celui des personnes dont l'expérience traumatique est reconnue. Cette absence de sens de la douleur

dans le discours médical pourrait pousser les personnes souffrantes vers des formes de construction de sens diverses, s'appuyant sur des théories allant de la psychologie à la spiritualité (Andersen et al., 2019).

La prise en compte de l'effraction des douleurs dans la sphère du sens, sans être cantonnée au corps, permet de saisir les conséquences morales pour la personne douloureuse en termes de honte et de culpabilité notamment (Le Breton, 2010), facettes abordées dans la deuxième étude. Au-delà (ou en-deçà) des relations interpersonnelles, la souffrance générée par les douleurs, fonction du sens que revêt la douleur et de la violence subie, percute l'individu dans la chair de sa relation au monde et le force à éprouver les limites de la condition humaine (Le Breton, 2009). Dans un contexte où le corps médical est mis en échec dans sa prétention curative, animé des impératifs de contrôle de nos sociétés contemporaines, et insistant sur l'absence de fonction de la douleur chronique (donc renforce le sentiment de son absurdité), la souffrance est plus marquée (Le Breton, 2017).

Il y aurait donc, dans le modèle médical occidental actuel, l'expression de valeurs qui seraient incompatibles avec l'impuissance à laquelle les douleurs peuvent confiner. Culturellement, l'inadéquation des présupposés de base de la pratique médicale avec la réalité subjective de l'expérience des douleurs peuvent ainsi contribuer et renforcer la perception d'un *séisme psychologique* (Tedeschi & Moore, 2021). Les douleurs chroniques, rebelles aux traitements, mettent en échec les prétentions de contrôle de soi et d'autonomie individuelle, promues dans nos sociétés contemporaines. L'idéal de maîtrise et le règne de la volonté battus en brèche peuvent faire éprouver aux personnes, qui se vivent sous le joug des douleurs, un sentiment d'indignité voire d'inhumanité (Gilett et al., 2023). Cette déchéance vécue par le sujet (abordée dans la deuxième étude) a été décrite dans les contextes de stress post-traumatique comme un sentiment de défaite mentale et serait dépendant de facteurs culturels qui influencent les valeurs fondant la représentation de soi (Bernardi & Jobson, 2019).

Comme nous l'avons abordé dans les deux premières études, l'ébranlement des croyances fondamentales sur soi, les autres et le monde (Janoff-bulman & McPherson Frantz, 1996) peut déboucher sur une vision plus positive ou plus négative, ou encore donner lieu à une ambivalence marquée. Ces issues sont fonction du degré de ruptures induites par les douleurs et des ressources intra et interpersonnelles qui entrent en jeu dans le processus de construction de sens. Si la douleur chronique peut être une menace redoutable pour l'existence et peut craqueler les fondations du sentiment d'identité, ce qui fait office de *bouclier* est l'enveloppement de sens fourni par la culture et les relations aux autres (Le Breton, 2017). La perception de croissance post traumatique, dans son aspect illusoire, revêt cette fonction de protection vis-à-vis du non-sens et redonne un cadre pour l'action. A l'inverse, la dépréciation post-traumatique peut signer la faillite du réseau symbolique à intégrer cette expérience et à atténuer la souffrance.

Le recours à la relation aux proches ou aux soignants comme références est donc nécessaire au sujet pour rétablir des points de repères quand l'ébranlement des balises habituelles le plonge dans un monde effrayant. Ces points d'appuis sont d'autant moins disponibles que les personnes se protègent du rejet, de la stigmatisation et autres expériences d'invalidation (Nicola et al., 2021 ; Sheppard, 2020). La perte de repère et de confiance en soi trouve aussi son origine dans la disqualification de la parole des personnes en souffrance. Leur parole est considérée comme non fiable au regard de l'objectivité médicale (Scarry, 1985), en dépit des recommandations visant à accorder une place importante à la subjectivité (Cohen et al., 2018). Cet aspect de l'expérience des douleurs chroniques n'a pas été spécifiquement traité dans les études 2 et 4 où l'invalidation et la crainte de rejet ont été considérées sans distinguer différents contextes relationnels.

La maladie du médecin face à la maladie du malade

Le regard médical centré sur l'objectivité, appuyé par l'outillage technique, favorise une invalidation du jugement du malade sur sa propre réalité subjective et peut conduire à un sentiment de déshumanisation (Pedinielli, 1993) et d'expropriation de son corps (Gori, & Del Volgo, 2005) alors que les personnes ayant des douleurs chroniques sont déjà susceptibles d'éprouver ces sentiments par ailleurs (comme nous l'avons abordé dans l'étude 2). Comme la prise en charge des douleurs chroniques impliquent d'abord une approche médicale, il n'est pas forcément aisé de s'écarter du paradigme premier de l'objectivation, même pour intégrer des variables psychologiques et sociales (Salduker et al., 2019).

Comme l'a proposé Leriche (1936, cité par Pedinielli, 1993) la maladie de l'homme malade n'est pas la maladie anatomique du médecin. Canguilhem (1966/2013) a repris cette distinction pour déconstruire la notion d'objectivité de la maladie :

On peut décrire objectivement des structures ou des comportements, on ne peut les dire « pathologiques » sur la foi d'aucun critère purement objectif. Objectivement, on ne peut définir que des variétés ou des différences, sans valeur vitale positive ou négative. (p. 201)

Canguilhem (1966/2013) précise que la maladie serait pour la personne qui la vit un ensemble de comportements qui ont, de son point de vue, une valeur négative dans la relation avec son milieu.

C'est se sentir anormal que de se savoir interdites certaines activités devenues pour l'espèce humaine à la fois un besoin et un idéal. (...) on comprend que la santé soit pour l'homme un sentiment d'assurance dans la vie qui ne s'assigne de lui-même aucune limite. (p. 175)

Cela fait écho à ce que dit Le Breton (2017) de la douleur qui ne serait pas *dans* la lésion ou *dans* l'altération organique mais qui serait la conséquence d'une relation affective et

signifiante à une situation. En cela, elle est toujours une question de significations et de valeurs. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle est modulée par les circonstances, par la capacité à faire face et par la mobilisation des ressources intimes. Il ajoute également qu'une même altération serait l'objet d'un ressenti radicalement différent, selon des circonstances choisies ou imposées (ce qui ramène à la notion d'agentivité), expliquée ou non.

Ainsi, si l'on étudie la douleur sur le plan de l'expérience subjective, il n'y aurait pas lieu de distinguer les groupes de personnes ou des types d'expériences en fonction de critères biomédicaux. Ce qui ferait le cœur de la maladie pour une personne souffrant de douleurs chroniques serait bien le décalage avec les valeurs et autres idéaux qui structuraient sa vie et sa relation avec le monde. Ce n'est pas une maladie qui appelle seulement un traitement médical des douleurs, c'est une maladie qui appelle à un retour au sens ou, à défaut, à une reconstruction de sens autour des valeurs (Cohen et al., 2018). Nous avons vu par l'abord de la croissance et la dépréciation post-traumatique que ces valeurs qui organisent la reconstruction peuvent être celles, d'avant la rupture, qui se trouvent renforcées ou amoindries. Elles peuvent aussi être de nouvelles valeurs, puisées dans le tissu social, que la rencontre traumatique a mis en lumière.

Ruptures dans la relation thérapeutique

Nos résultats de l'étude 2 (profils de croissance et de dépréciation post-traumatiques) montrent la pertinence de considérer des sentiments de ruptures à différents niveaux intra et interpersonnels. Si l'on met en perspective ces résultats pour penser la prise en charge des personnes douloureuses, il faudrait prendre en compte que les sentiments de honte, de culpabilité, d'injustice et d'invalidation trouvent aussi leur source dans la relation avec les soignants (Nicola et al., 2022). Pour mieux aider les patients face à ces difficultés émotionnelles, mais aussi pour ne pas les alimenter, il nous semble crucial d'entretenir une

réflexion critique sur les facteurs systémiques qui peuvent générer ces sentiments chez les patients.

En plus de renvoyer à une subjectivité qui peut mettre en difficulté le corps médical, la douleur chronique est un symptôme qui vient faire objection aux prétentions curatives de la médecine. La douleur chronique serait un grain de sable qui sape la croyance en une médecine toute puissante (tout déceler, tout prendre en charge, tout guérir), et une objection majeure à la croyance dans le pouvoir salvateur de la science (Le Breton, 2017). Malgré l'avancée des techniques médicales et des connaissances sur la physiopathologie de la douleur, les traitements disponibles ne permettent pas toujours de l'amender.

Cet obstacle à la réalisation de la motivation soignante vient interférer dans la relation thérapeutique dont la place centrale dans la prise en charge de la douleur n'est plus à démontrer (par ex., Kinney et al., 2020). Elle affecte la représentation des rôles de chacun des membres de la relation de soin : entre le(la) soignant(e) qui soulage et le(la) patient(e) qui guérit, la compréhension est entravée. Ainsi, la maladie du médecin s'éloigne davantage de la maladie du malade. Dans cet écart et ces malentendus qui se creusent (Agarwal et al., 2023 ; Hickey et al. 2022 ; Marin, 2014), le soignant doute de plus en plus de la parole de la personne et de l'organicité de la douleur, avec la tendance de rabattre sa cause sur le versant psychique. Alors même que la prise en compte de facteurs psychologiques contribuant aux réactions à la douleur est nécessaire pour adapter la prise en charge des patients (catastrophisme, peur de la douleur, sensibilité à l'anxiété, conduites d'évitement), la réduction de la cause inexplicable sur le plan somatique (dans l'état actuel des connaissances et des techniques médicales d'investigation) a souvent pour conséquence de renvoyer aux patients une image d'eux-mêmes stigmatisée et vécue comme du rejet. Le recours à des termes comme *douleur psychosomatique*, *personnalité hystérique* ou *histrionique* a bien souvent des effets comparables à cette phrase si difficile à entendre pour une personne en souffrance : « c'est

dans votre tête. » (Hintz, 2022 ; Newton et al., 2013). Du côté du patient, la stigmatisation et le rejet, ou encore la disqualification de sa parole peuvent affecter sa capacité à construire du sens face à l'ébranlement des douleurs en accentuant les sentiments d'injustice, d'intolérance des autres et de perte d'identité (Benner, 2007).

Par ailleurs, si des facteurs psychosociaux peuvent influencer la perception et l'expression de la douleur, ces facteurs ne peuvent être considérés comme générateurs de la sensation douloureuse (Siddall & Cousins, 2004). En effet, en dehors du diagnostic d'hystérie de conversion, qui ne serait pas un diagnostic fiable quand il s'agit de diagnostiquer une douleur (Chutko & Surushkina, 2021)³⁸, l'influx douloureux repose toujours sur une physiopathologie nerveuse périphérique ou centrale (Quinter et al., 2019). L'usage de ces vocables serait davantage le signe d'une difficulté perçue par le(la) soignant(e) dans la relation thérapeutique, que l'affirmation de diagnostics fondés sur une base scientifique et des critères diagnostiques rigoureux. Le retrait récent de la catégorie diagnostic des troubles psychosomatiques du *DSM-5* est justement fondé sur l'idée que l'évocation (ou l'invocation ?) d'une causalité psychique sur la base d'une absence d'objectivation organique ne relève pas d'une attitude scientifique : l'absence de preuve n'est pas la preuve d'une absence.

Consciemment ou non, cette façon de récupérer du côté d'un savoir (médical ou psychologique) le défaut d'explications organiques assurerait à celui qui en fait l'usage de retrouver une forme de toute-puissance de son pouvoir explicatif et restaurerait son ascendant auprès des patients (Keller, 2008). Selon Lepoutre (2014), il y aurait une forme essentielle de violence du soin à dénier la maladie du malade pour ne voir que celle du médecin. Ce qu'il désigne comme *la banalité du mal*³⁹ est le fait que, sous couvert de conscience

³⁸ Quand bien même le diagnostic de douleur de conversion hystérique, qui ne figure plus dans le *DSM-5*, serait retenu par un clinicien, cela n'exclut pas une base physiologique. Les données scientifiques actuelles renouent avec des éléments de l'hypothèse freudienne en développant la catégorie nosographique de troubles neurologiques fonctionnels.

³⁹ Probable référence au concept de Hannah Arendt (1963) développé dans *Eichmann à Jérusalem : Rapport sur la banalité du mal*.

professionnelle, le soignant puisse se permettre d'exercer son contrôle⁴⁰ sur la maladie en passant, de fait, par le malade. Cette violence banalisée, inhérente aux soins dans le cadre médical ou paramédical, résonnerait alors avec la violence de la maladie (Marin, 2015).

Pour ne pas renforcer le sentiment d'aliénation induit par l'expérience des douleurs, il serait donc préférable de ne pas distinguer la douleur physique, qui serait d'origine organique, de celle qui serait psychogène. Sauf à revenir à une opposition dualiste corps / psychisme, cette coupure abstraite entre la personne et son corps est source de difficultés dans le traitement et le soulagement des douleurs. Elle fait de la souffrance une aura psychologique qui accompagne une anomalie physiologique alors qu'elle fait corps avec l'individu (Le Breton, 2017). Cette dichotomie implicite qui conduit à avancer une origine psychogène des douleurs, quand les tentatives d'objectivation de causes biologiques ont échoué, relève d'une fragmentation du modèle biopsychosocial (i. e., par juxtaposition de facteurs) plutôt que d'une vision en systèmes hiérarchiques intégrés (Cormack et al., 2022).

Bien que les définitions récentes de la douleur physique tentent de surmonter ce dualisme en définissant la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle (Raja et al., 2020), ces aspects continuent d'être distingués de façon artificielle dans le discours des soignants lorsqu'ils s'adressent aux personnes ayant des douleurs chroniques : « la douleur, c'est la sensation et la souffrance, ce sont les émotions associées ». Selon Cohen et al. (2018), la note de la définition de l'IASP de 1979 a entretenu ce dualisme de façon ambiguë en soutenant d'un côté que la douleur n'est pas la nociception et qu'elle comprend des dimensions sensorielles et émotionnelles et, de l'autre, en spécifiant qu'une douleur ressentie en l'absence de lésion tissulaire serait souvent de cause psychologique. Ce dualisme perpétuerait aussi implicitement la croyance en une douleur réelle et une douleur imaginaire. Selon Geniusas (2016), du point de vue phénoménologique, l'identification de la personne

⁴⁰ L'auteur parle d'*emprise* sur la maladie.

comme sujet de la douleur vise à retrouver l'unité vivante qui lie l'esprit au corps ainsi qu'à dénoncer la tendance à les traiter comme des sphères indépendantes. Le fait de ne pas être cru(e) dans l'expression d'une expérience intime bouleversante rappelle les débats historiques sur le bien-fondé du stress post-traumatique chez des vétérans (Hall, 2017 ; Summerfield, 2001). De plus, la disqualification des éprouvés et le déni de la réalité de victime d'agressions répétées contribuent à la genèse de vécus traumatiques (par ex., Catton et al., 2023 ; Ennis et al., 2023 ; Hong et al., 2016). Ce doute porté sur la réalité douloureuse d'une personne pourrait alors faire le lit puis entretenir le traumatisme de la douleur, quand elle devient répétitive donc chronique.

En pratique courante, il est demandé aux patients d'évaluer leur douleur sur une échelle de 0 à 10 pour quantifier l'intensité de la douleur. C'est alors qu'un autre malentendu s'installe et il est attendu que les patients s'y conforment (ou s'y soumettent) pour être soignés : la douleur serait une simple sensation, à aborder principalement sous l'angle de son intensité (Cohen et al., 2018 ; Paterson et al., 2019). Pourtant, le manque de sens d'une telle évaluation a été décrié depuis longtemps (Scarry, 1985). De plus, l'utilisation de ces chiffres pour objectiver une perception est fondée sur une difficulté : la valeur 10 renvoie à « la pire douleur imaginable », ce qui est nécessairement variable d'une personne à l'autre alors même que cette quantification se présente comme une objectivation (Raudenská, & Javůrková, 2017). Toute la chaîne est fondée, pour une personne, sur l'histoire de ses perceptions douloureuses et sur sa capacité à imaginer le pire. Cela repose aussi sur ce que la personne anticipe de la valeur qui sera accordée par les soignants au chiffre qu'elle énoncera. Il est tentant de penser que l'évaluation chiffrée est objective, mais la pratique montre bien que ce n'est qu'un leurre. Les chiffres utilisés sont imprégnés de valeurs symboliques comme toute communication humaine. Ils adressent un message, portent des intentions et peuvent servir à produire un effet chez l'autre ou pour soi (par ex., minimiser pour ne pas être discréditer,

augmenter pour espérer se faire entendre). La communication chiffrée peut ajouter à l'incommunicabilité de la douleur car elle nécessite deux défis successifs : trouver les mots, puis tenter de les traduire en chiffre (car la pensée humaine se fait en mots dans le monologue interne ou en image, mais pas en valeurs numériques [Racy et al., 2022]).

Ce détour par la question de l'évaluation et de la conceptualisation de la douleur dans l'exercice de la relation thérapeutique permet d'entrevoir que les risques de ruptures intra- et interpersonnelles se nichent dans des pratiques quotidiennes. Les risques de malentendus sont nombreux quand un soignant s'adresse à un patient, dès lors que ce dernier n'a pas fait sien le discours médical. Dans la relation de dépendance inhérente à la demande de soin, un(e) patient(e) doit donc parler la langue du soignant pour se faire entendre alors qu'il s'agirait, dans une logique de soin, que le soignant s'adapte et écoute la personne en souffrance dans la langue qui est la sienne. A l'aliénation du rapport à soi induite par l'expérience douloureuse, s'ajoute alors une aliénation au discours d'un autre, étranger à sa douleur.

En mettant l'accent sur l'effet de la chronicité et sur le rapport subjectif au temps la caractérisation de la douleur est décalée du versant quantitatif de la durée et de l'intensité vers le versant qualitatif de la perspective temporelle, de l'endurance et de la tolérance à la douleur. Ces aspects qualitatifs ne peuvent être pensés dans une vision solipsiste mais impliquent inévitablement des référents culturels, des ressources socio-affectives et l'appropriation de ceux-ci.

Nommer le traumatisme

Notre hypothèse du traumatisme, généré par la chronicité des douleurs, implique fondamentalement de remettre en cause la conception dominante du traumatisme, et menace la validité de ce concept, pour ne pas dire l'intégrité, dans sa définition actuelle (Hyland et al., 2021). Il est bien sûr attendu que notre propos soulève des résistances de la part de celles et ceux qui défendent la conservation d'une définition et d'un critère *gatekeeper* (gardien), face

à un supposé risque de dilution de la notion de traumatisme, pour reprendre le terme employé pour désigner le critère A du *DSM* (Brewin et al., 2009). Il nous paraît néanmoins essentiel de pointer que, paradoxalement, l'atteinte de l'intégrité psychique ne serait pas un critère suffisant pour considérer le traumatisme psychique

Selon les défenseurs de l'utilisation restreinte de cette notion, l'emploi du mot pour et par des personnes souffrant de douleurs chroniques ne suffirait pas à faire exister la chose traumatique. Pourtant, ces expériences de dissolution du rapport à soi, aux autres et au monde en général, répondent bien aux caractéristiques phénoménologiques du traumatisme.

L'événement causal d'un traumatisme psychique, en tant qu'il déchire la trame subjective du monde, ne peut être considéré selon des critères purement objectifs (Jover, 2013). Pourtant, c'est bien à une définition qui exclue la composante subjective dans la caractérisation de l'événement que le DSM-5 est arrivé (Larsen & Berenbaum, 2018).

Par ailleurs, la revendication croissante d'expériences traumatiques qui sortiraient du cadre médical « officiel » n'est pas nécessairement la marque d'une inconsistance du terme (Auxéméry, 2012 ; Kira et al., 2018). Elle peut être révélatrice d'un changement de rapport des individus au monde qui les entoure (Fassin, 2014) et donc, par voie de conséquence, d'un changement de rapport au corps propre. Celui-ci est phénoménologiquement l'interface entre la subjectivité et le monde mais aussi le premier objet auquel le sujet a affaire (Gallese, 2014). En affectant le corps vécu, pivot de la constitution de notre expérience des autres et du monde, les douleurs frappent cet objet-corps qui a pris une valeur et une place essentielle dans nos sociétés modernes (Tissier-Desbordes, 2004).

En outre, dans la littérature scientifique sur le traumatisme, l'attention est facilement concentrée voire déplacée sur les événements objectivables par un observateur extérieur, au point que l'idée de la douleur comme événement traumatique est difficile à appréhender si elle n'est pas rattachée à des circonstances externes. Dans les cas où la cause de la douleur est liée

à un événement potentiellement traumatique au sens du *DSM-5* (menace vitale, de l'intégrité physique, ou violences sexuelles), l'événement initial attire tellement l'attention que l'usure traumatique de la chronicité passe « à la trappe ». Pourtant, certains chercheurs mettent en avant le fait que le potentiel traumatique d'un événement ne se comprend qu'en considérant les effets d'expériences cumulées, lesquelles sont prises dans un contexte interpersonnel qui interagit avec les ressources variables d'un individu (par ex., Straker et al., 2013 ; Kira et al., 2022).

L'écart entre le point de vue de l'observateur extérieur et celui de la personne éprouvant la douleur peut-être le résultat de l'aversion commune pour la douleur, qui provoque un éloignement que Scarry (1985) qualifie de *sans effort*. Elle parle d'une tendance spontanée à douter de l'existence de la douleur chez l'autre et, malgré des efforts d'attention, à n'appréhender qu'une ombre de cette réalité. La notion de traumatisme permet de faire comprendre à ceux qui méconnaissent l'expérience de la douleur (en première personne) ce qu'elle peut être par le biais d'analogies avec une agression externe, une séquestration ou d'autres expériences reconnues comme traumatiques par le plus grand nombre. Si les douleurs chroniques sont traumatiques, c'est justement parce qu'elles sont vécues comme des agressions et des pertes violentes pour le sujet. Ces agressions et ces pertes prennent leur source à l'intérieur des limites du corps et viennent les brouiller. Au fil du temps, ce flou, ce vacillement, voire cette rupture des limites du corps vécu induisent un ébranlement des repères et des limites identitaires. Le rapprochement avec des circonstances externes donnant lieu à un état de stress post-traumatique est un moyen de faire comprendre ce qui se joue.

Un travail de mise en mot, d'élaboration dans le langage et donc dans une structure relationnelle, peut être considérée comme le cœur de la prise en charge des personnes traumatisées (Gayraud & Auxéméry, 2023). Concernant le phénomène de la douleur, la capacité à la représenter dans le langage, alors qu'il résiste à l'objectification verbale, lui

confère une visibilité sociale ou politique au sens large (Scarry, 1985). De même, nommer la qualité traumatique de cette expérience des douleurs chroniques permet de la faire entrer sur la scène publique des interactions sociales, donc du lien. Il s'agit là encore de sortir d'une anomie, c'est-à-dire d'un indicible qui, dans le cadre restreint du TSPT, se manifeste à l'échelle lexicale par l'impossibilité à dire le traumatisme au moyen des mots qui pourraient l'évoquer (Auxéméry & Gayraud, 2020).

C'est pourquoi, en dehors de considérations de contrôle de l'accès à un diagnostic pour des raisons qui s'écartent parfois de la psychopathologie clinique (c'est-à-dire des raisons économiques, politiques, sociétales), nous pensons que considérer le vécu traumatique de douleurs chroniques reviendrait à réaffirmer la centralité du critère de la menace à l'intégrité psychique dans la conceptualisation du traumatisme psychique. La chose traumatique, bien présente dans l'expérience de personnes ayant des douleurs chroniques, est en attente d'une reconnaissance, par un mot qui puisse la faire exister aux yeux des soignants et de la communauté scientifique. Ce peut être une façon d'attraper ce non-sens, de le ramener dans le langage et dans la relation à ces personnes en souffrance. Il pourrait s'agir d'une étape nécessaire à ces personnes pour donner une forme compréhensible, une structure à une expérience vécue comme désorganisatrice de l'existence, afin de restaurer leur sentiment de continuité du lien avec les autres puis, avec elles-mêmes. En restaurant les liens interpersonnels et intrapersonnels (i. e., les connexions entre représentations internes), la (re)construction de sens permet de rétablir l'ancrage permettant de tenir dans le monde.

Diagnostiquer sans pathologiser

Cohen et Quintner (2019) contestaient que l'expression *douleur chronique* puisse constituer en elle-même un diagnostic satisfaisant pour les personnes qui en souffrent, dans le sens où son utilisation n'éclaire pas tellement le récit d'un patient douloureux (en termes de buts, de valeurs, de cohérence, de continuité) ou ne modifie pas la prise en charge. Si cette

expression peut susciter un accord suffisant pour une communication ordinaire dans la communauté des « observateurs » de la douleur (cliniciens, chercheurs, administrateurs etc...), ils considèrent que ce n'est pas le cas pour celles et ceux qui éprouvent la douleur car le sens existentiel attaché à la douleur est laissé de côté. En revanche, pour les personnes en souffrance, considérer et nommer le traumatisme peut donner un cadre de compréhension aux divers sentiments et réactions rapportés. Cela oriente l'accompagnement thérapeutique vers la reconstruction ou la création de sens. Si le diagnostic de traumatisme est posé, ce ne serait pas au sens de la désignation d'une maladie mais au sens étymologique de ce mot en tant que capacité à discerner (Centre National de ressources Textuelles et Linguistiques, s. d.). Ici, il s'agit d'identifier l'expérience d'effondrement des représentations de soi et du monde.

A ce propos, Geniusas (2017) insiste sur l'importance du dialogue entre soignants et patients pour réduire l'écart ontologique qui les sépare dans l'appréhension des douleurs chroniques. Ecouter un(e) patient(e) parler de sa douleur implique alors, selon lui, de saisir par les mots employés les significations personnelles investies dans la douleur, et la façon dont elle affecte la relation à soi et aux autres. Cet auteur affirme qu'on ne peut pas offrir à un patient un traitement efficace de sa douleur chronique sans comprendre les dimensions de dépersonnalisation et de re-personnalisation de l'expérience de la douleur. En d'autres termes, on ne peut prendre soin d'un(e) patient(e) souffrant de douleurs chroniques sans prendre la mesure du potentiel traumatique de cette expérience.

Les résultats de la première étude suggèrent de ne pas se limiter à une observation superficielle des personnes souffrant de douleurs chroniques mais plutôt d'interroger le sens sous-jacent. Ainsi, un comportement d'engagement dans l'activité malgré les douleurs ou une attitude de non-réaction vis-à-vis de la douleur n'aurait pas la même signification selon que la personne a éprouvé un ébranlement traumatique ou non. Si un sentiment de rupture a été perçu, l'expérience de la douleur s'est alors présentée comme une incongruité dans la vie de

la personne, une expérience non directement assimilable dans le système de croyances et les schémas de pensées. Dès lors, le maintien de l'activité ou le fait de ne pas être absorbé(e) par les douleurs ressenties résulterait d'un effort continu d'intégration pour ne pas que le sentiment de soi se désagrège. De plus, les résultats de la deuxième étude nous confirment que la reconstruction après l'ébranlement douloureux (somatiquement et psychiquement) peut porter l'empreinte des paradoxes de cette expériences (Leder, 2016). Dans les cas favorables, le sentiment d'unité éprouvé n'a plus l'innocence du silence des organes mais aurait la valeur d'une retrouvaille marquée par la conscience de la perte et de la précarité (Marin, 2015). La reconnaissance des aspects dits positifs ou négatifs de la reconstruction, ne sont pas nécessairement des indices de trouble mental. Ils peuvent aussi relever de la conscience de la complexité des sentiments ambivalents, difficilement exprimable si l'entourage de la personne n'est pas disposé à accueillir la parole complexe d'un sujet aux prises avec le réel de ses douleurs. La quatrième étude souligne l'influence de la perception du contexte social sur la possibilité de s'ouvrir authentiquement. Notre étude pointe l'effet des modalités d'attachement mais, comme nous l'avons évoqué plus haut, la crainte de rejet social et de stigmatisation peut aussi se fonder sur les attitudes de l'entourage et des soignants qui ont tendance à psychiatriser les réactions à la douleur, d'autant plus quand elles sont importantes et que la douleur n'est pas expliquée par une cause biologique identifiée (Henningesen, 2018 ; Tack, 2019).

Il ne s'agit donc pas de faire du traumatisme des douleurs chroniques un nouveau diagnostic psychiatrique. Être traumatisé(e) n'est pas nécessairement synonyme d'être malade (Carvajal, 2018 ; Straker, 2013 ; Summerfield, 2001) sauf à ne penser le traumatisme qu'au travers de la lucarne étroite du TSPT. L'on peut reconnaître, dans l'expérience traumatique, une réaction normale à une situation anormale pour la personne (Auxéméry, 2019 ; Krupnik, 2019). Lee (2017) a également pointé cette tendance à pathologiser les expériences de

détresse dans les suites dans un événement vécu comme traumatique. Pour elle, ce qui est pathologisé comme étant un TSPT est le reflet d'une incongruence de la personne, au sens où les symptômes de TSPT seraient une rupture et une désorganisation de la structure du soi montrant alors les limites de notre condition humaine. Selon l'approche humaniste centrée sur la personne, ce type d'incongruence serait *universelle* et non un trouble mental rencontré chez des individus défaillants qu'il s'agirait de réparer par des experts. L'alternance de symptômes d'intrusion et d'évitement représenterait l'oscillation des tentatives de symbolisation de l'expérience et de son refus en s'agrippant à la structure de soi préexistante. Elle critique la notion de TSPT qui mettrait l'accent sur une fragilité individuelle (par ex., niveau d'intelligence, anomalie cérébrales, etc...) à développer des réponses cognitives et émotionnelles indésirables dans les suites d'un événement traumatique (par ex., des ruminations intrusives plutôt que des ruminations réflexives) et qui risquerait de mener à une stigmatisation des personnes empruntant la « mauvaise voie ». Elle replace même la vision du TSPT dans une analyse de genre (en citant Chessler, 2005). Les symptômes de TSPT sont supposés pathologiques parce qu'ils persistent et, affectant davantage les femmes que les hommes, cela renvoie à l'histoire de la considération pour la souffrance des femmes en tant que gêne.

Le point de vue dé-pathologisant des expériences traumatiques n'est pas un déni des anomalies observées aux niveaux neurologiques ou neuro-immunologiques (Katrinli et al., 2022 ; Ressler et al., 2022). Pour ne pas glisser vers un neurocentrisme voire une forme de neuromanie⁴¹ (Miller et al., 2020), il est utile de rappeler que les anomalies biologiques ne sont pas nécessairement la cause de l'expérience traumatique mais pourraient être la conséquence, ou le corrélat biologique, des expériences psychosociales causant une détresse

⁴¹ Selon Miller et al. (2020), le neuromanie est la croyance exagérée dans la capacité des neurosciences à expliquer la complexité non seulement de l'expérience humaine individuelle mais aussi des phénomènes socio-culturels.

psychologique particulière (Halpin, 2022). Il semblerait même que, loin de favoriser une déstigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux, la focalisation sur des anomalies cérébrales entraînerait chez les non-spécialistes une essentialisation des souffrances et l'idée qu'elle serait innée et immuable (Berent et Platt, 2021). Au contraire, dé-pathologiser le vécu traumatique permet de mettre l'accent sur les causes socio-culturelles et interpersonnelles de la détresse plutôt que sur la défaillance de la personne en souffrance (Carter, 2015 ; Rosenthal et al., 2016). Cette approche permettrait de mieux transférer les résultats de nos études au domaine clinique en agissant sur les facteurs relationnels, facteurs clefs du traumatisme des douleurs chroniques.

Concernant le discours sur la croissance post-traumatique (CPT), Lee (2017) considère qu'il s'accorde avec l'approche centrée sur la personne telle que développée dans les thérapies humanistes et existentielles (Joseph, 2015). La personne est accompagnée (l'accent est mis sur la relation et non sur l'individualisme) pour retrouver une forme de congruence entre l'organisation du soi et son expérience traumatique, en accord avec ses valeurs. Pour autant, les descriptions faites de ce processus sous-entendent un certain *déficit* à surmonter pour que la croissance puisse émerger au niveau de leur ressources cognitives et émotionnelles, renvoyant même à des dispositions de personnalités qui seraient défaillantes : l'optimisme, l'extraversion, l'ouverture aux expériences (Joseph et al., 2012). En soutenant une approche humaniste, Lee insiste sur le fait de se centrer sur la personne plutôt que sur ses symptômes ou ses déficits et valorise le principe de non-directivité (Bayliss-Conway et al., 2021), plus respectueux de la singularité de la personne et évitant un rapport de domination implicite dans toute position d'expertise. Cette vision des soins apportés aux personnes traumatisées nous semble être capitale en ce qui concerne les personnes souffrant de douleurs chroniques accumulant les expériences de stigmatisation, de disqualification et d'infériorisation,

lesquelles peuvent contribuer à la détresse traumatique (Hong & Lishner, 2016 ; Maercker et al., 2022).

Il est souhaitable que le(la) clinicien(ne) pense son rapport au discours sur la CPT dans l'accompagnement des personnes. Harbin (2015) articule deux préoccupations éthiques au sujet de la CPT et de la pratique de thérapies orientées vers cette croissance. La première concerne le statut d'idéal implicite de la santé dans les suites d'un traumatisme et la seconde concerne les implications éthiques des recommandations faites aux patients. Selon lui, le discours sur la CPT promeut implicitement un patient idéal qui saurait auto-gérer sa détresse et s'engager de façon autonome vers ses buts. Cet idéal serait vu non seulement comme moralement et socialement désirable mais aussi comme meilleur pour la santé (comme si ce qui était ressenti comme bon l'était objectivement). Les 5 dimensions de la CPT (appréciation de la vie, développement des relations aux autres, force personnelle, spiritualité et nouvelles opportunités) seraient de « bonnes » directions à prendre. A défaut, si la personne développe une vision négative d'elle-même et du monde (i. e., dépréciation post-traumatique), elle ne suivrait pas le modèle de gestion de ses expériences et serait incitée à user d'approches plus « efficaces » alors même que la perception de croissance n'est pas nécessairement un indice de santé mentale, comme le suggère le modèle « double-face » de la CPT (Maercker et Zoellner, 2004). Cette vision désirable des 5 facettes est moralement située et très dépendante de l'idéal culturellement orienté de la psychologie positive (Illouz & Cabanas, 2018).

Ainsi, notre étude de la croissance et de la dépréciation post-traumatiques (DPT) chez les personnes ayant des douleurs chroniques n'a pas vocation à promouvoir une « bonne » réponse au traumatisme des douleurs chroniques. Par ailleurs, rien ne garantit que les personnes témoignant principalement de CPT ne soient pas davantage sujettes au déni, à l'idéalisation ou à une difficulté à assumer l'ambivalence des sentiments positifs et négatifs. Cette ambivalence qui se manifeste par la coexistence de CPT et de DPT pourrait être l'indice

d'une accommodation plus nuancée et donc plus réaliste des croyances fondamentales sur soi et sur le monde. La tolérance de l'ambivalence dans la perception de soi pourrait également être un indice de flexibilité mentale tout en étant également influencé par des facteurs culturels (Engelbrecht & Jobson, 2015 ; Rothman et al., 2017). Il s'agirait donc de ne pas pathologiser les témoignages qui dévièrent de cette norme implicite de positivité de l'issue des expériences traumatiques, et de garder en tête les effets pathogènes de « l'obsession de la santé parfaite » (selon l'expression de Yvan Illich citée par Juste, 2020). En ce sens, le recours systématique à une réévaluation positive des situations peut être contreproductif (Ford & Troy, 2019), voire délétère si cela implique une répression émotionnelle et une inhibition de l'expression des pensées dites négatives (Russell & Park, 2018). Comme nous l'avons abordé dans l'étude 4, le recours à la dissimulation de soi pour satisfaire aux exigences perçues des autres pourrait même favoriser la perception traumatique de la douleur.

Bien que la conceptualisation de la CPT (Tedeschi & Calhoun, 1996) ne la présente pas comme une issue systématique des expériences traumatiques et que les thérapeutes ne soient là que pour accompagner⁴² le processus, la directivité de l'accompagnant (même subtile) risque de souligner les aspects positifs du discours de la personne au détriment de la reconnaissance des aspects négatifs. L'objectif implicite de l'accompagnement génère une attente du clinicien, pouvant être dommageable pour les patients ne percevant pas de croissance. Harbin (2015) considère que cela ne serait pas rendre justice à l'expérience des personnes, dont certains aspects seraient négligés, et pourrait compromettre leur bien-être en leur donnant le sentiment qu'une part de leur vécu n'est pas recevable. Concernant le vécu des douleurs chroniques, le fait même qu'il n'y ait pas d'*après de la douleur*, maintient la confrontation à des effets potentiellement délétères. La perception de changements positifs

⁴² Ces auteurs emploient les termes de facilitators (facilitateurs) ou de « companions who offer some expertise in nurturing naturally occurring processes of healing of growth » (partenaire qui offre une certaine expertise en entretenant les processus de croissance qui surviennent naturellement de la guérison) (Tedeschi & Calhoun, 1996, p. 23).

peut être suivie de perception de changements négatifs, en fonction de l'évolution de la maladie douloureuse. Les douleurs et le soutien apporté à la personne pouvant être fluctuants, la focalisation sur une attente positive pourrait faire interpréter une vague de douleurs plus intenses ou plus handicapantes comme une régression, laquelle susciterait des auto-reproches ou de la dévalorisation. En reconnaissant le potentiel traumatique des douleurs chroniques, il serait dommageable de perpétuer une attitude paternaliste et directive envers les personnes souffrantes qui subissent déjà la sous-estimation de leurs douleurs et des jugements négatifs sur leur personne (Karos et al., 2018).

Conclusion

Eccleston (2018) note que malgré la centralité de la problématique identitaire chez les personnes souffrant de douleurs chroniques, le maintien ou les transformations identitaires en contexte social feraient assez peu l'objet d'interventions psychologiques. Ce serait lié, selon lui, à une focalisation dominante sur les aspects cognitifs et comportementaux ou à un défaut de modèles à mettre en pratique. Il évoque toutefois l'intérêt pour des thérapies dites narratives, fondées sur l'idée que l'identité est hétérogène et en construction permanente, qui seraient à développer dans le contexte des douleurs chroniques. Il pointe également les bénéfices potentiels de l'expression des émotions réprimées par crainte de la détresse qui en découlerait. De façon intéressante, il invite à la même prudence que celle qui s'applique aux prises en charge de personnes traumatisées ou à risque de l'être : le bénéfice thérapeutique de l'expression émotionnelle est étroitement dépendant du contexte et de la temporalité de la personne. Il appelle également à déplacer l'attention thérapeutique sur les émotions sociales alors que jusque-là, les effets de la douleur sont principalement abordés en termes de peurs et de dépression. L'objet des études 1 et 4 était justement de cibler les émotions qui traversent la personne dans la relation à soi avec autrui. Enfin, il met en garde vis-à-vis d'un développement de la recherche en neurosciences qui s'éloignerait de la recherche en

psychologie, tout en reconnaissant l'importance de l'approche neurobiologique, l'une ne pouvant être réduite à l'autre. Il affirme également qu'une science *désamarrée*⁴³ de la philosophie, pourrait « se perdre dans les vagues de la persuasion, la méthodolâtrie (*methodaltry*) et le pragmatisme » (p. 21). Il rejoint ici la position de Buytendijk (1951) qui regrettait le dédain porté à la philosophie dans la compréhension médicale de la douleur.

Ainsi, dès lors qu'on accepte un changement de perspective, l'expérience de la douleur chronique peut être comprise comme celle qui rabat brutalement notre condition humaine individuelle à celle de notre corps. Non pas un corps qui serait porté par des idéaux de dépassement de soi, de réalisation de son potentiel, de développement de ses capacités, mais un corps qui est confronté violemment à sa finitude, à des limites que la personne n'avait jusque-là pas imaginées, à un rappel de sa solitude profonde et à son besoin vital de connexion avec les autres. Cette expérience du corps est l'expérience d'un sujet incarné.

Au travers des douleurs chroniques, cette unité incarnée se fragmente, avec l'illusion que le corps a fait sécession alors que le sujet psychique reste indubitablement une expression vivante de ce corps. Le désarroi du sujet face à un corps qui lui paraît être devenu étranger et hostile appelle à la restauration de son sentiment d'unité. Cette réparation de la blessure intime, qui ronge son intégrité, passe par une reconstruction de liens. Comme dans les premiers temps de notre existence, où nous sommes confrontés à une détresse innommable, c'est dans la relation à l'autre, dans l'enveloppement de sens, à la fois sensoriellement et dans un réseau de significations, que les liens, à soi-même et à ce que notre corps nous fait vivre, se construisent. L'horreur de la confrontation à notre propre finitude est apaisée dans le lien à l'autre. Ainsi, si une menace de mort plane sur les personnes souffrant de douleurs chroniques, c'est une menace de mort psychique, une menace de perdre le sens des liens qui nous

⁴³ C'est l'ancrage que nous avons voulu conserver en faisant une large place à l'approche phénoménologique dans la partie introductive.

maintiennent en vie. Si les douleurs chroniques ne menacent pas directement la vie biologique, elles menacent ce qui l'imprègne de sens. Elles menacent le cœur, l'essence-même de la vie humaine, dans sa condition existentielle.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- Abelhauser, A. (2014). De la souffrance de l'être à la douleur d'exister. In J.-L. Gaspard (Ed.), *La souffrance de l'être* (pp. 219-228). Erès.
<https://doi.org/10.3917/eres.gaspa.2014.01.0219>
- Agarwal, A., Skurka, M., & Lefkowitz, A. (2023). Moving beyond the doctor's perspective of the patient's perspective. *Journal of General Internal Medicine*.
<https://doi.org/10.1007/s11606-023-08144-0>
- Aguilar-Latorre, A., Asensio-Martínez, Á., Oliván-Blázquez, B., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., Lionis, C., Emmanouil, K., Symvoulakis, E. K., & Magallón-Botaya, R. (2023). Association between sense of coherence and depression in patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 18(1).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279959>
- Åkerblom, S., Perrin, S., Fischer, M. R., & McCracken, L. M. (2020). Treatment outcomes in group-based cognitive behavioural therapy for chronic pain: An examination of PTSD symptoms. *European Journal of Pain*, 24(4), 807-817.
<https://doi.org/10.1002/ejp.1530>
- Akhtar, E., Ballew, A. T., Orr, W. N., Mayorga, A., & Khan, T. W. (2019). The prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in chronic pain patients in a tertiary care setting: a cross-sectional study. *Psychosomatics*, 60(3), 255-262.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.07.012>
- Allvin, R., Fjordkvist, E., & Blomberg, K. (2019). Struggling to be seen and understood as a person—Chronic back pain patients' experiences of encounters in health care: An interview study. *Nursing Open*, 6(3), 1047-1054. <https://doi.org/10.1002/nop2.290>
- Alschuler, K. N., & Otis, J. D. (2012). Coping strategies and beliefs about pain in veterans with comorbid chronic pain and significant levels of posttraumatic stress disorder

symptoms. *European Journal of Pain*, 16(2), 312-319.

<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.010>

Andersen, A. H., Assing Hvidt, E., Hvidt, N. C., & Roessler, K. K. (2019). Doctor–patient communication about existential, spiritual, and religious needs in chronic pain: A systematic review. *Archive for the Psychology of Religion*, 41(3), 277-299.

<https://doi.org/10.1177/0084672419883339>

Andersen, L. N., Kohberg, M., Juul-Kristensen, B., Herborg, L. G., Sogaard, K., & Roessler, K. K. (2014). Psychosocial aspects of everyday life with chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Scandinavian Journal of Pain*, 5(2), 131-148.

<https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.01.001>

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychological Association. (2016). *Clinical practice guideline for treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Armour, C., Müllerová, J., & Elhai, J. D. (2016). A systematic literature review of PTSD's latent structure in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV to DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 44, 60–74.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.003>

- Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 930-937.
<https://doi.org/10.1177/070674370204701004>
- Asmundson, G. J., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety*, 26(10), 888-901. <https://doi.org/10.1002/da.20600>
- Auxéméry, Y. (2012). De la facticité potentielle de l'état de stress post-traumatique au Réel du Trauma. Quelle place pour les « faux simulateurs » ? *Annales Médico-Psychologiques*, 170(5), 318-323. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.11.001>
- Auxéméry, Y. (2019). Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 245-256. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>
- Auxéméry, Y., & Gayraud, F. (2020). Le syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT). *L'Évolution Psychiatrique*, 85(4), 509-528.
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.05.002>
- Baker, J. M., Kelly, C., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma*, 13(5), 450-465.
<https://doi.org/10.1080/15325020802171367>
- Barbano, A. C., Tull, M. T., Christ, N. M., Xie, H., Kaminski, B., & Wang, X. (2021). Fear of pain as a predictor of concurrent and downstream PTSD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102441>
- Bailey, K. M., Carleton, R. N., Vlaeyen, J. W., & Asmundson, G. J. (2010). Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain:

a preliminary review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 46-63.

<https://doi.org/10.1080/16506070902980711>

Bayliss-Conway, C., Price, S., Murphy, D., & Joseph, S. (2021). Client-centred therapeutic relationship conditions and authenticity: a prospective study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 49(5), 637-647.

<https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1755952>

Benedict, T. M., Keenan, P. G., Nitz, A. J., & Moeller-Bertram, T. (2020). Post-traumatic stress disorder symptoms contribute to worse pain and health outcomes in veterans with ptsd compared to those without: A systematic review with meta-analysis. *Military Medicine*, 185(9-10), 1481–1491. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa052>

Benner, D. E. (2007). Ethical dilemmas of chronic pain from a patient's perspective. In M. E. Schatman (Ed.), *Ethical issues in chronic pain management* (pp. 15-32). CRC Press.

<https://doi.org/10.3109/9781420009101>

Bernardes, S. F., Rei, A., & Carvalho, H. (2023). Assessing family social support for functional autonomy and dependence in pain: A psychometric study. *The Journal of Pain*, 24(4), 582-592. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.10.016>

Bernardi, J., & Jobson, L. (2019). Investigating the moderating role of culture on the relationship between appraisals and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 7(5), 1000-1013.

<https://doi.org/10.1177/2167702619841886>

Bernstein, E., Kanefsky, R., Cook, M., & Newins, A. R. (2022). Acceptance of rape myths and psychological symptoms: the indirect effect of self-blame. *Journal of American College Health*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2086005>

- Berent, I., & Platt, M. (2021). Essentialist biases toward psychiatric disorders: Brain disorders are presumed innate. *Cognitive Science*, 45(4). <https://doi.org/10.1111/cogs.12970>
- Boals, A. (2023). Illusory posttraumatic growth is common, but genuine posttraumatic growth is rare: A critical review and suggestions for a path forward. *Clinical Psychology Review*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102301>
- Boring, B. L., Maffly-Kipp, J., Mathur, V. A., & Hicks, J. A. (2022). Meaning in Life and Pain: The Differential Effects of Coherence, Purpose, and Mattering on Pain Severity, Frequency, and the Development of Chronic Pain. *Journal of Pain Research*, 15, 299–314. <https://doi.org/10.2147/JPR.S338691>
- Bowling, J., Vercruysse, C., Krinner, L. M., Greene, T., Bello-Ogunu, F., & Webster, C. (2022). A simultaneous concept analysis of resilience, coping, posttraumatic growth, and thriving. *Nursing Forum*, 57(5), 905-919. <https://doi.org/10.1111/nuf.12754>
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210. <https://doi.org/10.1177/1524838009334448>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., A. Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 366-373. <https://doi.org/10.1002/jts.20443>

- Bunzli, S., Smith, A., Schütze, R., O'Sullivan, P. (2016). The lived experience of pain-related fear in people with chronic low back pain. In S. van Rysewyk (Eds.), *Meanings of Pain* (pp. 227-250). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9_14
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Buytendijk, F.J. J. (1951). *De la douleur* (A. Reiss, Trad.). Presses Universitaires de France.
- Canguilhem, G. (1966/2013). *Le normal et le pathologique* (12e éd.). Presses Universitaires de France.
- Canguilhem, G. (2002). *Ecrits sur la médecine*. Seuil
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 151-166. <https://doi.org/10.1080/15325020903375826>
- Carter, A. M. (2015). Teaching with trauma: Trigger warnings, feminism, and disability pedagogy. *Disability Studies Quarterly*, 35(2). <https://dsq-sds.org/article/view/4652/3935>
- Carvajal C. (2018). Posttraumatic stress disorder as a diagnostic entity - clinical perspectives. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 161–168. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/ccarvajal>
- Cassell, E. J. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11), 639-645. https://doi.org/10.1300/J132v08n01_18
- Cassell, E. J. (1999). Diagnosing suffering: a perspective. *Annals of Internal Medicine*, 131(7), 531-534. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-7-199910050-00009>

- Catton, A. K., Dorahy, M. J., & Yogeewaran, K. (2023). Disclosure of sexual victimization: effects of invalidation and shame on re-disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*.
<https://doi.org/10.1177/08862605231155122>
- Centre National de ressources Textuelles et Linguistiques (s. d.). Diagnostique. Dans *Portail lexical*. Consulté le 20 avril 2023 sur <https://www.cnrtl.fr/etymologie/diagnostique>
- Chae, Y., Park, H. J., & Lee, I. S. (2022). Pain modalities in the body and brain: Current knowledge and future perspectives. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104744>
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168-195. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>
- Chesler, P. (2005). *Women and madness*. Palgrave Macmillan.
- Chutko, L. S., & Surushkina, S. Y. (2021). Functional neurological disorders. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 51, 1228–1233. <https://doi.org/10.1007/s11055-021-01184-1>
- Cohen, M., & Quintner, J. (2019). Is “Chronic Pain” a Meaningful Diagnosis? In S. van Rysewyk (Ed.), *Meanings of Pain: Volume 2: Common Types of Pain and Language* (pp. 249-260). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-24154-4_13
- Cohen, M., Quintner, J., & Buchanan, D. (2013). Is chronic pain a disease?. *Pain Medicine*, 14(9), 1284-1288. <https://doi.org/10.1111/pme.12025>
- Cohen, M., Quintner, J., & van Rysewyk, S. (2018). Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain Reports*, 3(2).
<https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000634>

- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, 397(10289), 2082–2097.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Cormack, B., Stilwell, P., Coninx, S., & Gibson, J. (2022). The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive modernization. *Physiotherapy Theory and Practice*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2080130>
- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G., Goubert, L., & Verstraeten, K. (2003). The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. *Pain*, 104(3), 639-646. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00121-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00121-0)
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., Van Houdenhove, B., & Van Den Broeck, A. (1999). Attention to chronic pain is dependent upon pain-related fear. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 403-410. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00046-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00046-X)
- Damasio, A. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001(1), 253-261. <https://doi.org/10.1196/annals.1279.014>
- Daselaar, S. M., Rice, H. J., Greenberg, D. L., Cabeza, R., LaBar, K. S., & Rubin, D. C. (2008). The spatiotemporal dynamics of autobiographical memory: neural correlates of recall, emotional intensity, and reliving. *Cerebral Cortex*, 18(1), 217-229. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm048>
- Davis, C. G., & Morgan, M. S. (2008). Finding meaning, perceiving growth, and acceptance of tinnitus. *Rehabilitation Psychology*, 53(2), 128–138. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.53.2.128>

- Deer, T. R., Mekhail, N., Provenzano, D., Pope, J., Krames, E., Leong, M., Levy, R. M., Abejon, D., Buchser, E., Burton, A., Buvanendran, A., Candido, K., Caraway, D., Cousins, M., DeJongste, M., Diwan, S., Eldabe, S., Gatzinsky, K., Foreman, R.D., Hayek, S., ... & North, R. (2014). The appropriate use of neurostimulation of the spinal cord and peripheral nervous system for the treatment of chronic pain and ischemic diseases: the neuromodulation appropriateness consensus committee. *Neuromodulation*, 17(6), 515-550. <https://doi.org/10.1111/ner.12208>
- Devlin, A., Casey, S., Williams, S., & Giummarra, M. J. (2022). Association of fear-avoidance and self-efficacy on pain disability in individuals with co-morbid post-traumatic stress and chronic pain. *Journal of Health Psychology*, 27(1), 188-198. <https://doi.org/10.1177/1359105320947819>
- de Vries, V., de Jong, A. E., Hofland, H. W., & Van Loey, N. E. (2021). Pain and posttraumatic stress symptom clusters: A cross-lagged study. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669231>
- Ditchburn, J. L., Van Schaik, P., Dixon, J., MacSween, A., & Martin, D. (2020). The effects of exergaming on pain, postural control, technology acceptance and flow experience in older people with chronic musculoskeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13102-020-00211-x>
- Eccleston, C. (2018). Chronic pain as embodied defence: implications for current and future psychological treatments. *Pain*, 159(9), S17-S23. <http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001286>
- Engelbrecht, A., & Jobson, L. (2015). Brief report: Cultural differences in the role of self-ambivalence in posttraumatic stress disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(1), 83-93. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.1.83>

- Ennis, N., Wagner, A. C., Hart, T. L., & Monson, C. M. (2023). Social interactions in trauma disclosure: A multi-informant and multiconstruct investigation. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.22919>
- Fassin, D. (2014). De l'invention du traumatisme à la reconnaissance des victimes : Genèse et transformations d'une condition morale. *Vingtième Siècle. Revue d'Histoire*, 123, 161-171. <https://doi.org/10.3917/vin.123.0161>
- Fishbain, D. A., Pulikal, A., Lewis, J. E., & Gao, J. (2017). Chronic pain types differ in their reported prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) and there is consistent evidence that chronic pain is associated with PTSD: an evidence-based structured systematic review. *Pain Medicine*, 18(4), 711-735. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw065>
- Flink, I. K., Boersma, K., MacDonald, S., & Linton, S. J. (2012). Understanding catastrophizing from a misdirected problem-solving perspective. *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 408–419. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02044.x>
- Ford, B. Q., & Troy, A. S. (2019). Reappraisal reconsidered: A closer look at the costs of an acclaimed emotion-regulation strategy. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 195–203. <https://doi.org/10.1177/0963721419827526>
- Fuchs, T. (2003). The temporality of pain and suffering. In B. Granger & G. Charbonneau (Eds.), *Phénoménologie des sentiments corporels. I. Douleur, souffrance, dépression* (pp. 69-75). Le Cercle Herméneutique.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, 20(7), 912–919. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x>
- Gallese, V. (2014) Bodily selves in relation: embodied simulation as a second person perspective on intersubjectivity. *Philosophical Transactions of Royal Society B*, 369(1644). <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0177>

- Garland, E. L., & Fredrickson, B. L. (2019). Positive psychological states in the arc from mindfulness to self-transcendence: extensions of the Mindfulness-to-Meaning Theory and applications to addiction and chronic pain treatment. *Current Opinion in Psychology*, 28, 184-191. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.01.004>
- Gayraud, F., & Auxéméry, Y. (2023). Le développement du discours des personnes blessées psychiques : de l'indicible à la métaphore. *Annales Médico-psychologiques*, 181(3). <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.12.002>
- Geniusas, S. (2015). The pathos of time: Chronic pain and temporality. *Dialogue and Universalism*, 25(3), 25-38. <https://doi.org/10.5840/du201525365>
- Geniusas, S., (2016). Phenomenology of Chronic Pain: De-Personalization and Re-personalization. In S. van Rysewyk (Ed.), *Meanings of Pain* (pp. 147-164). Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9_9
- Gillett, J. L., Karadag, P., Themelis, K., Li, Y. M., Lemola, S., Balasubramanian, S., Preet Singh, S., & Tang, N. K. (2023). Investigating mental defeat in individuals with chronic pain: Protocol for a longitudinal experience sampling study. *BMJ Open*, 13(2). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066577>
- Glas, G. (2003). Anxiety, pain, and the limits of relating to oneself. In B. Granger & G. Charbonneau (Eds.), *Phénoménologie des sentiments corporels I. : Douleur, souffrance, dépression* (pp. 77–86). Argenteuil, France : Le Cercle Hermeneutique
- Goetschel, P. & Granger, C. (2011). « L'événement, c'est ce qui advient à ce qui est advenu... »: Entretien avec Pierre Laborie. *Sociétés & Représentations*, 32, 167-181. <https://doi.org/10.3917/sr.032.0167>
- Goldstein, E., McDonnell, C., Atchley, R., Dorado, K., Bedford, C., Brown, R. L., & Zgierska, A. E. (2019). The impact of psychological interventions on posttraumatic

- stress disorder and pain symptoms. *The Clinical Journal of Pain*, 35(8), 703-712.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000730>
- Good, B. J. (1994) *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Gori, R., & Del Volgo, M. J. (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Denoël.
- Gower, T., Pham, J., Jouriles, E. N., Rosenfield, D., & Bowen, H. J. (2022). Cognitive biases in perceptions of posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102159>
- Grenouilloux, A. (2002). Vécus corporels et psychiques : phénoménologie d'une unité. *Annales Médico-Psychologiques*, 160(9), 628-632. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(02\)00230-5](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(02)00230-5)
- Gilliam, W. P., Craner, J. R., Schumann, M. E., & Gascho, K. (2019). The mediating effect of pain catastrophizing on PTSD symptoms and pain outcome. *The Clinical Journal of Pain*, 35(7), 583-588. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000713>
- Gilliam, W. P., Schumann, M. E., Craner, J. R., Cunningham, J. L., Morrison, E. J., Seibel, S., ... & Sperry, J. A. (2020). Examining the effectiveness of pain rehabilitation on chronic pain and post-traumatic symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 43, 956-967.
<https://doi.org/10.1007/s10865-020-00160-3>
- Giummarra, M. J., Casey, S. L., Devlin, A., Ioannou, L. J., Gibson, S. J., Georgiou-Karistianis, N., Jennings, P. A., Cameron, P. A., & Ponsford, J. (2017). Co-occurrence of posttraumatic stress symptoms, pain, and disability 12 months after traumatic injury. *Pain Reports*, 2(5). <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000622>
- Hall, M. (2017). Constructing victimhood in culture and law. In M. Hall, *Victims of crime* (pp. 1-48). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64589-6_1

- Halpin, M. (2022). The brain and causality: How the brain becomes an individual-level cause of illness. *Social Problems*, 69(2), 510-526. <https://doi.org/10.1093/socpro/spaa030>
- Heim, E., Karatzias, T., & Maercker, A. (2022). Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102143>
- Hellström, C. (2001). Temporal dimensions of the self-concept: Entrapped and possible selves in chronic pain. *Psychology and Health*, 16(1), 111-124. <https://doi.org/10.1080/08870440108405493>
- Henningsen, P. (2022). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 23-31. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen>
- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
- Herbert, M. S., Malaktaris, A. L., Dochat, C., Thomas, M. L., Wetherell, J. L., & Afari, N. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: does post-traumatic stress disorder influence treatment outcomes? *Pain Medicine*, 20(9), 1728-1736. <https://doi.org/10.1093/pm/pny272>
- Hickey, M., Barry, D., Redito, J., Anand, N., Bianchi, N., Reneman, M., & Escorpizo, R. (2022). Content validity of patient-reported outcome measures for patients with chronic pain: considering the patient's perspective. *Pain*, 164(2), 252-257. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002714>
- Hintz, E. A. (2022). "It's All in Your Head": A meta-synthesis of qualitative research about disenfranchising talk experienced by female patients with chronic overlapping pain conditions. *Health Communication*. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2081046>

- Hong, P. Y., & Lishner, D. A. (2016). General invalidation and trauma-specific invalidation as predictors of personality and subclinical psychopathology. *Personality and Individual Differences, 89*, 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.016>
- Horn, A., Kaneshiro, K., & Tsui, B. C. (2020). Preemptive and preventive pain psychoeducation and its potential application as a multimodal perioperative pain control option: a systematic review. *Anesthesia & Analgesia, 130*(3), 559-573. <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000004319>
- Husky, M. M., Lépine, J. P., Gasquet, I., & Kovess-Masfety, V. (2015). Exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder in France: Results from the WMH survey. *Journal of Traumatic Stress, 28*(4), 275-282. <https://doi.org/10.1002/jts.22020>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for *DSM-5*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13*(2), 133–141. <https://doi.org/10.1037/tra0000908>
- Illouz, E., & Cabanas, E. (2018). *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*. Premier parallèle.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, 7*(2), 113–136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15*(1), 30-34.

- Janoff-bulman, R., & McPherson Frantz, C. (1996). The Loss of Illusions: The Potent Legacy of Trauma. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1(2), 133–150.
<https://doi.org/10.1080/15325029608412837>
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. (2016). Contemporary Understandings of Posttraumatic Growth. In E. Jayawickreme & L. E. R. Blackie (Eds.), *Exploring the Psychological Benefits of Hardship: A Critical Reassessment of Posttraumatic Growth* (pp. 7-17). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47989-7_2
- Johnson, R. J., Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., & Palmieri, P. A. (2007). Posttraumatic growth: Action and reaction. *Applied Psychology*, 56(3), 428-436. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00296.x>
- Johnston, K. J., & Huckins, L. M. (2022). Chronic Pain and Psychiatric Conditions. *Complex Psychiatry*, 9(1-4), 24–43. <https://doi.org/10.1159/000527041>
- Joseph, S. (2004). Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(1), 101-119. <https://doi.org/10.1348/147608304322874281>
- Joseph, S. (2015). A person-centered perspective on working with people who have experienced psychological trauma and helping them move forward to posttraumatic growth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(3), 178-190.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1043392>
- Jover, F. (2013). Phénoménologie du psychotraumatisme. *La Lettre du psychiatre*, 9(3), 82-85.
https://www.researchgate.net/publication/358911770_Phenomenologie_du_Psychotraumatisme

- Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An affective–cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 316-325. <https://doi.org/10.1002/cpp.1798>
- Juste, M. (2020). Surmédicalisation. *Le Pharmacien Hospitalier & Clinicien*, 55(4), 313. <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2020.09.003>
- Katz, J., Weinrib, A. Z., & Clarke, H. (2019). Chronic postsurgical pain: from risk factor identification to multidisciplinary management at the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. *Canadian Journal of Pain*, 3(2), 49-58. <https://doi.org/10.1080/24740527.2019.1574537>
- Karos, K., Williams, A. C. D. C., Meulders, A., & Vlaeyen, J. W. (2018). Pain as a threat to the social self: a motivational account. *Pain*, 159(9), 1690-1695. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001257>
- Katz, J., Pagé, M. G., Fashler, S., Rosenbloom, B. N., & Asmundson, G. J. (2014). Chronic pain and the anxiety disorders: epidemiology, mechanisms and models of comorbidity, and treatment. In S. Marchand, D. Saravane, & I. Gaumond (Eds.), *Mental health and pain: Somatic and psychiatric components of pain in mental health* (pp.119-155). Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0414-9_8
- Katrinli, S., Oliveira, N. C., Felger, J. C., Michopoulos, V., & Smith, A. K. (2022). The role of the immune system in posttraumatic stress disorder. *Translational Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02094-7>
- Keane, T., & Barlow, D. (2002) Posttraumatic stress disorder. In Barlow D. (Ed) *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 655–662). Guilford Press.
- Keller, P.-H. (2008). *La question psychosomatique*. Dunod.

- Kelsall, H. L., McKenzie, D. P., Forbes, A. B., Roberts, M. H., Urquhart, D. M., & Sim, M. R. (2014). Pain-related musculoskeletal disorders, psychological comorbidity, and the relationship with physical and mental well-being in Gulf War veterans. *Pain, 155*(4), 685-692. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.12.025>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Kind, S., & Otis, J. D. (2019). The interaction between chronic pain and PTSD. *Current pain and Headache Reports, 23*(12), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0828-3>
- Kindermans, H. P., Huijnen, I. P., Goossens, M. E., Roelofs, J., Verbunt, J. A., & Vlaeyen, J. W. (2011). “Being” in pain: the role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *Pain, 152*(2), 403-409. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.009>
- Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M., & Clewley, D. (2020). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice, 36*(8), 886-898. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1516015>
- Kira, I. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology, 2*, 1–14. <https://doi.org/10.1177/15347656010070020>
- Kira, I. A., Aboumediene, S., Ashby, J. S., Odenat, L., Mohanesh, J., & Alamia, H. (2013). The dynamics of posttraumatic growth across different trauma types in a Palestinian

- sample. *Journal of Loss and Trauma*, 18(2), 120-139.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2012.679129>
- Kira, I. A., Alhuwailah, A., & Shuwiekh, H. (2022). Chronic and Acute Stressors in Type III Continuous Traumatic Stress Model: Critique and New Evidence. *SSRN*.
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4035456>
- Kira, I., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B., & Mohanesh, J. (2008). Measuring cumulative trauma dose, types and profiles using a development-based taxonomy of trauma. *Traumatology*, 14, 62–87.
<https://doi.org/10.1177/1534765608319324>
- Kira, I. A., Shuwiekh, H., Kucharska, J., Fawzi, M., Ashby, J. S., Omidy, A. Z., Abou-Medienne, S., & Lewandowski, L. (2018). Trauma Proliferation and Stress Generation (TPSG) dynamics and their implications for clinical science. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(5), 582–596. <https://doi.org/10.1037/ort0000304>
- Kleiman, V., Clarke, H., & Katz, J. (2011). Sensitivity to pain traumatization: a higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patients scheduled for major surgery. *Pain Research and Management*, 16(3), 169-177. <https://doi.org/10.1155/2011/932590>
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Basic Books.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25(4), 256–261.
<https://doi.org/10.1037/trm0000169>

- Larsen, S. E., & Berenbaum, H. (2018). Did the DSM-5 improve the traumatic stressor criterion?: association of DSM-IV and DSM-5 criterion a with posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychopathology*, 50(6), 373-378.
<https://doi.org/10.1159/000481950>
- Le Breton, D. (2009). Entre douleur et souffrance : approche anthropologique. *L'information Psychiatrique*, 85, 323-328. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8504.0323>
- Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur : entre destruction et renaissance*. Éditions Métailié.
- Le Breton, D. (2017). *Tenir : douleur chronique et réinvention de soi*. Métailié.
- Leder, D. (2016). The experiential paradoxes of pain. *Journal of Medicine and Philosophy*, 41(5), 444-460. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhw020>
- Leder, D. (2021). Healing time: The experience of body and temporality when coping with illness and incapacity. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(1), 99-111.
<https://doi.org/10.1007/s11019-020-09989-6>
- Lee, D. A. (2017). A person-centred political critique of current discourses in post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth. *Psychotherapy and Politics International*, 15(2). <https://doi.org/10.1002/ppi.1411>
- Lehinger, E., Reed, D. E., Nabity, P., Brackins, N., Villarreal, R., McGeary, C., Tabatha Blount, T. Cobos, B., Jaramillo, C., Eapen, B., C., Pugh, M. J., Potter, J., Peterson, A., Young-McCaughan, S., Houle, T., & McGeary, D. D. (2021). An examination of chronic pain indices and the updated posttraumatic stress disorder checklist for diagnostic and statistical manual of mental-disorders. *Military Medicine*, 186(11-12), 1199-1206. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa529>

- Lepoutre, T. (2014). Un sadisme nécessaire chez le soignant ? In D. Davous (Ed.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin* (pp. 196-212). Érès. <https://doi-org/10.3917/eres.seign.2014.01.0196>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., & Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: examining its components and relationship with PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 21*(5), 492–496. <https://doi.org/10.1002/jts.20361>
- Liedl, A., & Knaevelsrud, C. (2008). Chronic pain and PTSD: the Perpetual Avoidance Model and its treatment implications. *Torture, 18*(2), 69-76.
- Liedl, A., O'donnell, M., Creamer, M., Silove, D., McFarlane, A., Knaevelsrud, C., & Bryant, R. A. (2010). Support for the mutual maintenance of pain and post-traumatic stress disorder symptoms. *Psychological Medicine, 40*(7), 1215-1223. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991310>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Linton, S. J., Flink, I. K., & Vlaeyen, J. W. (2018). Understanding the etiology of chronic pain from a psychological perspective. *Physical Therapy, 98*(5), 315-324. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy027>
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain. *Psychological Bulletin, 131*(2), 202–223. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>
- Marin, C. (2014). Dire la douleur. In D. Davous (Ed.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin* (pp. 137-172). Toulouse : Érès. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/eres.seign.2014.01.0137>
- Marin, C. (2015). *Violences de la maladie, violence de la vie*. Armand Colin.

- Mazzola, A., Calcagno, M. L., Goicochea, M. T., Pueyrredón, H., Leston, J., & Salvat, F. (2010). L'EMDR dans le traitement de la douleur chronique. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(3), 31-44. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.3.E31>
- Maercker, A., Bernays, F., Rohner, S. L., & Thoma, M. V. (2022). A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 446-460. <https://doi.org/10.1002/jts.22756>
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41-48. <https://www.jstor.org/stable/20447200>
- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*, 15(3), 221-234. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.014>
- McMillen, J. C., Smith, E. M., & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 733-739. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.733>
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52(10), 938-946. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01475-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01475-0)
- Melzack R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)
- Melzack R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 82(S6), S121-S126. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00145-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00145-1)

- Melzack R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1378–1382. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2001.65.12.tb03497.x>
- Melzack, R., & Katz, J. (2013). Pain. *Wiley interdisciplinary reviews. Cognitive Science*, 4(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/wcs.1201>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Science*, 150(3699), 971-979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.97>
- Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 407-429. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.009>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard
- Merskey, H., Albe-Fessard, D. G., Bonica, J. J., Cartoon, A., Dubner, R., Kerr, F. W., L., Lindblom, U., Mumford, J., M., Nathan, P. W., Noordenbos, W., Pagni, C. A., Renaer, M. J., Sternbach, R. A., & Sunderland, S. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6(3), 249-252. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(79\)90046-0](https://doi.org/10.1016/0304-3959(79)90046-0)
- Mewes R. (2022). Recent developments on psychological factors in medically unexplained symptoms and somatoform disorders. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1033203>
- Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2005). Getting unstuck: The roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death Studies*, 29(5), 435-458. <https://doi.org/10.1080/07481180590932544>

- Michélsen, H., Therup-Svedenlof, C., Backheden, M., & Schulman, A. (2017). Posttraumatic growth and depreciation six years after the 2004 tsunami. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1302691>
- Miller, C. W. T., Ross, D. A., & Novick, A. M. (2020). "Not Dead Yet!" - Confronting the legacy of dualism in modern psychiatry. *Biological Psychiatry*, 87(7), e15–e17. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.01.010>
- Mills, S. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), 273-283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Morasco, B. J., Lovejoy, T. I., Lu, M., Turk, D. C., Lewis, L., & Dobscha, S. K. (2013). The relationship between PTSD and chronic pain: Mediating role of coping strategies and depression. *Pain*, 154(4), 609–616. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.01.001>
- Newton, B. J., Southall, J. L., Raphael, J. H., Ashford, R. L., & LeMarchand, K. (2013). A narrative review of the impact of disbelief in chronic pain. *Pain Management Nursing*, 14(3), 161-171. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.09.001>
- Nicola, M., Correia, H., Ditchburn, G., & Drummond, P. (2021). Invalidation of chronic pain: a thematic analysis of pain narratives. *Disability and Rehabilitation*, 43(6), 861-869. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1636888>
- Nicola, M., Correia, H., Ditchburn, G., & Drummond, P. D. (2022). Defining pain-validation: The importance of validation in reducing the stresses of chronic pain. *Frontiers in Pain Research*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.884335>
- O'Hagan, F. T., Coutu, M. F., & Baril, R. (2013). A case of mistaken identity? The role of injury representations in chronic musculoskeletal pain. *Disability and Rehabilitation*, 35(18), 1552-1563. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.748835>

- Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., & Piirainen, A. (2015a). Chronic pain affects the whole person—a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*, 37(4), 363-371. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>
- Olsen, B., Forgaard, A., Nordsletta, A. H. S., Sommerseth, E., & Røseth, I. (2022). “I shut it out”: expectant mothers’ fear of childbirth after a traumatic birth—a phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2101209>
- Organisation Mondiale de la Santé (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Oshiro, R., Kopitz, J., Soejima, T., Kibi, S., Kamibeppu, K., Sakamoto, S., & Taku, K. (2019). Perceptions of positive and negative changes for posttraumatic growth and depreciation: Judgments from Japanese undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 15(137), 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.040>
- Otis, J. D., Keane, T. M., & Kerns, R. D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of rehabilitation Research and Development*, 40(5), 397–405. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2003.09.0397>
- Outcalt, S. D., Kroenke, K., Krebs, E. E., Chumbler, N. R., Wu, J., Yu, Z., & Bair, M. J. (2015). Chronic pain and comorbid mental health conditions: independent associations of posttraumatic stress disorder and depression with pain, disability, and quality of life. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 535-543. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9628-3>
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & van-der Hofstadt-Román, C. J. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1). <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001>

- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Paterson, M. (2019). On pain as a distinct sensation: Mapping intensities, affects, and difference in ‘interior states’. *Body & Society*, 25(3), 100-135. <https://doi.org/10.1177/1357034X19834631>
- Pei, J. H., Ma, T., Nan, R. L., Chen, H. X., Zhang, Y. B., Gou, L., & Dou, X. M. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for treating chronic pain a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 26(3), 333–346. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1849746>
- Pedinielli, J. L. (1993). Psychopathologie du somatique : « la maladie du malade ». *Cliniques Méditerranéennes*, 37(38), 121-137.
- Pedinielli, J. L., & Rouan, G. (1997). Douleur et traumatisme : lecture psychanalytique. *Douleur et Analgésie*, 10, 95-100. <https://doi.org/10.1007/BF03008055>
- Pincus, T., & Morley, S. (2001). Cognitive-processing bias in chronic pain: A review and integration. *Psychological Bulletin*, 127(5), 599–617. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.5.599>
- Pincus, T., Smeets, R. J., Simmonds, M. J., & Sullivan, M. J. (2010). The fear avoidance model disentangled: improving the clinical utility of the fear avoidance model. *The Clinical Journal of Pain*, 26(9), 739-746. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181f15d45>
- Price, D. D. (1999). *Psychological mechanisms of pain and analgesia*. IASP Press.

- Quintner, J., Galbraith, M., Cohen, M. (2019). Connotations of Pain in a Socio-Psychobiological Framework. In van Rysewyk, S. (Eds.), *Meanings of Pain*. Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-24154-4_12
- Racy, F., Morin, A., & Hagerty, J. (2022). Concurrent Validity and Reliability of Representative Inner Speech Questionnaires. *Psychological Reports*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00332941221109109>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2017). VISUAL Analogue scale: an old or new method? In J. Raudenska, A. Javurkova, & G. Varrassi (Eds.), *Pain: Management, Issues and Controversies* (pp. 35-49). Nova biomedical.
https://www.researchgate.net/profile/Giustino-Varrassi/publication/321475231_Pain_Management_Issues_and_Controversies/links/5a22d4d4aca2727dd87ca1b1/Pain-Management-Issues-and-Controversies.pdf
- Ravn, S. L., Hartvigsen, J., Hansen, M., Sterling, M., & Andersen, T. E. (2018). Do post-traumatic pain and posttraumatic stress symptomatology mutually maintain each other? A systematic review of cross-lagged studies. *Pain*, 159(11), 2159-2169.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001331>
- Reme, S. E., Ljosaa, T. M., Stubhaug, A., Granan, L. P., Falk, R. S., & Jacobsen, H. B. (2022). Perceived injustice in patients with chronic pain: prevalence, relevance, and associations with long-term recovery and deterioration. *The Journal of Pain*, 23(7), 1196-1207. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.01.007>

- Ressler, K. J., Berretta, S., Bolshakov, V. Y., Rosso, I. M., Meloni, E. G., Rauch, S. L., & Carlezon Jr, W. A. (2022). Post-traumatic stress disorder: clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nature Reviews Neurology*, 18(5), 273-288. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00635-8>
- Reynier, G. (2010). Le hors-temps de la douleur chronique. *Topique*, (3), 99-117. <https://doi.org/10.3917/top.112.0099>
- Ricœur, P. (2015). La souffrance n'est pas la douleur. In C. Marin & N. Zaccà-Reyners (Eds.), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur* (pp. 13-33). Presses Universitaires de France. (texte original publiée en 1992)
- Rogers, A. H., & Farris, S. G. (2022). A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *European Journal of Pain*, 26(8), 1611-1635. <https://doi.org/10.1002/ejp.1994>
- Romanenko, V., & Romanenko, Y. (2017). Person-centered pain medicine: Tomorrow's perspective or today's practice? In J. Raudenska, A. Javurkova, & G. Varrassi (Eds.), *Pain: Management, Issues and Controversies* (pp. 51-61). Nova biomedical. https://www.researchgate.net/profile/Giustino-Varrassi/publication/321475231_Pain_Management_Issues_and_Controversies/links/5a22d4d4aca2727dd87ca1b1/Pain-Management-Issues-and-Controversies.pdf
- Rosenbloom, B. N., Khan, S., McCartney, C., & Katz, J. (2013). Systematic review of persistent pain and psychological outcomes following traumatic musculoskeletal injury. *Journal of Pain Research*, 6, 39-51. <http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S38878>
- Rosenthal, M. N., Reinhardt, K. M., & Birrell, P. J. (2016). Guest editorial: Deconstructing disorder: An ordered reaction to a disordered environment. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(2), 131-137. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1103103>

- Roth, M., King, L., & Richardson, D. (2021). Depression and Anxiety as Mediators of PTSD Symptom Clusters and Pain in Treatment-Seeking Canadian Forces Members and Veterans. *Military Medicine*, 188(5-6), 1150-1155.
<https://doi.org/10.1093/milmed/usab532>
- Rothman, N. B., Pratt, M. G., Rees, L., & Vogus, T. J. (2017). Understanding the dual nature of ambivalence: Why and when ambivalence leads to good and bad outcomes. *Academy of Management Annals*, 11(1), 33-72.
<https://doi.org/10.5465/annals.2014.0066>
- Roughan, W. H., Campos, A. I., García-Marín, L. M., Cuéllar-Partida, G., Lupton, M. K., Hickie, I. B., Medland, S. E., Wray, N., R., Byrne, E. M., Thanh Ngo, T., Martin, N. G., & Rentería, M. E. (2021). Comorbid chronic pain and depression: shared risk factors and differential antidepressant effectiveness. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.643609>
- Runnals, J. J., Van Voorhees, E., Robbins, A. T., Brancu, M., Straits-Troster, K., Beckham, J. C., & Calhoun, P. S. (2013). Self-reported pain complaints among Afghanistan/Iraq era men and women veterans with comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Pain Medicine*, 14(10), 1529-1533.
<https://doi.org/10.1111/pme.12208>
- Russell, B. S., & Park, C. L. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain self-management. *Topics in Pain Management*, 33(6), 1-10.
<https://doi.org/10.1097/01.TPM.0000528005.61095.1d>
- Salanskis, E. (2019, 26 septembre). « Ce qui ne me tue pas me rend plus fort » : à l'origine d'un slogan pop [interview radiophonique]. France Culture.
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/ce-qui-ne-me-tue-pas-me-rend-plus-fort-a-l-origine-d-un-slogan-pop-4031157>

- Salduker, S., Allers, E., Bechan, S., Hodgson, R. E., Meyer, F., Meyer, H., Smuts, J., Vuong, E., & Webb, D. (2019). Practical approach to a patient with chronic pain of uncertain etiology in primary care. *Journal of Pain Research*, 2651-2662.
<http://doi.org/10.2147/JPR.S205570>
- Scarry, E. (1985). *The body in pain: The making and unmaking of the world*. Oxford University Press.
- Schäfer, S. K., Becker, N., King, L., Horsch, A., & Michael, T. (2019). The relationship between sense of coherence and post-traumatic stress: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562839>
- Schott D. G. (2004). Communicating the experience of pain: the role of analogy. *Pain*, 108(3), 209–212. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.037>
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229.
<http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857-877.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00071-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00071-4)
- Sheppard, E. (2020). Performing normal but becoming crip: Living with chronic pain. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 22(1), 22(1), 39–47.
<https://doi.org/10.16993/sjdr.619>
- Shiyko, M. P., Hallinan, S., & Naito, T. (2017). Effects of Mindfulness Training on Posttraumatic Growth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mindfulness*, 8, 848–858. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0684-3>

- Siddall, P. J., & Cousins, M. J. (2004). Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. *Anesthesia & Analgesia*, 99(2), 510-520.
<https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000133383.17666.3A>
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology and Health*, 22(5), 517-534.
<https://doi.org/10.1080/14768320600941756>
- Stein, J. Y., Wilmot, D. V., & Solomon, Z. (2016). Does one size fit all? Nosological, clinical, and scientific implications of variations in PTSD Criterion A. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.001>
- Steingrimsdóttir, Ó. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092-2107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009>
- Stilwell, P., Stilwell, C., Sabo, B., & Harman, K. (2020). Painful metaphors: enactivism and art in qualitative research. *Medical Humanities*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1136/medhum-2020-011874>
- Straker, G. (2013). Continuous traumatic stress: Personal reflections 25 years on. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 209–217. <https://doi.org/10.1037/a0032532>
- Sullivan, M. J. L. (2012). The communal coping model of pain catastrophising: Clinical and research implications. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 53(1), 32–41. <https://doi.org/10.1037/a0026726>
- Sullivan, M. D. (2019). What Do We Owe Patients with Chronic Pain?. *Pain Medicine*, 20(5), 878-881. <https://doi.org/10.1093/pm/pny219>

- Sutherland, R., & Morley, S. (2008). Self-pain enmeshment: Future possible selves, sociotropy, autonomy and adjustment to chronic pain. *Pain, 137*(2), 366–377.
<https://doi.org/10.1037/a0032532>
- Svenaesus, F. (2015). The phenomenology of chronic pain: embodiment and alienation. *Continental Philosophy Review, 48*, 107-122.
<https://doi.org/10.1007/s11007-015-9325-5>
- Szasz, T. S. (1986) Douleur et plaisir. Etude des sensations corporelles (C. Fischer & M. Manin, Trad.). Payot. (Ouvrage initialement publié en 1986)
- Tabor, A., Keogh, E., & Eccleston, C. (2017). Embodied pain—negotiating the boundaries of possible action. *Pain, 158*(6), 1007-1011.
<http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000875>
- Tack, M. (2019). Medically unexplained symptoms (MUS): Faults and implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph16071247>
- Taku, K., Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Krosch, D., David, G., Kehl, D., Selina Grunwald, S., Romeo, A., Di Tella, M., Kamibeppu, K., Soejima, T., Hiraki, K., Volgin, R., Dhakal, S., Zięba, M., Ramos, C., Nunes, R., Leal, I., Gouveia, P., Silva, C. C., ... & Calhoun, L. G. (2021). Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) across ten countries: Global validation of the PTG-PTD theoretical model. *Personality and Individual Differences, 169*.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110222>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455-471.
<https://doi.org/10.1007/BF02103658>

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., & Moore, B. A. (2021). Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 180–194. <https://doi.org/10.1037/int0000250>
- Thompson, B. L. (2016). Making Sense: Regaining Self-Coherence. In S. van Rysewyk (Ed.), *Meanings of Pain* (pp. 309-324). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9_19
- Tissier-Desbordes, E. (2004). Le corps hypermoderne. In N. Aubert (Ed.), *L'individu hypermoderne* (2^e éd., pp. 237-271). Eres.
- Tomasello, M. (2020). The adaptive origins of uniquely human sociality. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 375(1803).
<http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2019.0493>
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is Finding Something Good in the Bad Always Good? Benefit Finding Among Women With Breast Cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16–23. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.1.16>
- Treede, R. D., Hoheisel, U., Wang, D., & Magerl, W. (2022). Central sensitization: clinical utility of a physiological concept for the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems and for nociplastic pain. *Pain*, 163(Suppl 1), S99–S107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002740>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H.,

- Svensson, P., ... Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain, 156*(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
- Tsay, A., Allen, T. J., Proske, U., & Giummarra, M. J. (2015). Sensing the body in chronic pain: a review of psychophysical studies implicating altered body representation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 52*, 221-232. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.03.004>
- Tsur, N., Defrin, R., Levin, Y., Itzhaky, L., & Solomon, Z. (2019). Pain perception and modulation in ex-POWs who underwent torture: The role of subjective and objective suffering. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(8), 820–827. <https://doi.org/10.1037/tra0000437>
- Unsel, M., Zeilinger, E. L., Fellingner, M., Lubowitzki, S., Krammer, K., Nader, I. W., Hafner, M., Kitta, A., Adamidis, F., Masel, E. K., Preusser, M., Jäger, U., & Gaiger, A. (2021). Prevalence of pain and its association with symptoms of post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and distress in 846 cancer patients: A cross sectional study. *Psycho-Oncology, 30*(4), 504–510. <https://doi.org/10.1002/pon.5595>
- Uysal, A., & Lu, Q. (2011). Is self-concealment associated with acute and chronic pain? *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 30*(5), 606–614. <https://doi.org/10.1037/a0024287>
- Vaegter, H. B., Andersen, T. E., Harvold, M., Andersen, P. G., & Graven-Nielsen, T. (2018). Increased pain sensitivity in accident-related chronic pain patients with comorbid posttraumatic stress. *The Clinical Journal of Pain, 34*(4), 313–321. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000543>
- Vandael, K., Meulders, A., Peters, M., & Vervliet, B. (2023). The effect of experimentally induced positive affect on the generalization of pain-related avoidance and

relief. *Behaviour Research and Therapy*, 165.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104324>

Van Damme, S., Crombez, G., Hermans, D., Koster, E. H., & Eccleston, C. (2006). The role of extinction and reinstatement in attentional bias to threat: A conditioning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1555-1563.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.008>

Van Damme, S., Lorenz, J., Eccleston, C., Koster, E. H., De Clercq, A., & Crombez, G. (2004). Fear-conditioned cues of impending pain facilitate attentional engagement. *Neurophysiologie clinique/Clinical neurophysiology*, 34(1), 33-39.

<https://doi.org/10.1016/j.neucli.2003.11.001>

Van Rysewyk, S. (2016). A Call for Study on the Meanings of Pain. In S. van Rysewyk (Ed.), *Meanings of Pain* (pp. 1-22). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9_1

Van Rooij, N., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Societal issues in pain medicine. In J. Raudenska, A. Javurkova, & G. Varrassi (Eds.), *Pain: Management, Issues and Controversies* (pp. 17-34). Nova biomedical.

[https://www.researchgate.net/profile/Giustino-](https://www.researchgate.net/profile/Giustino-Varrassi/publication/321475231_Pain_Management_Issues_and_Controversies/links/5a22d4d4aca2727dd87ca1b1/Pain-Management-Issues-and-Controversies.pdf)

[Varrassi/publication/321475231_Pain_Management_Issues_and_Controversies/links/5a22d4d4aca2727dd87ca1b1/Pain-Management-Issues-and-Controversies.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Giustino-Varrassi/publication/321475231_Pain_Management_Issues_and_Controversies/links/5a22d4d4aca2727dd87ca1b1/Pain-Management-Issues-and-Controversies.pdf)

Vega, R. D. L., Fisher, E., & Palermo, T. M. (2018). Toward change: targeting individual and interpersonal processes in therapeutic interventions for chronic pain. In *Social and interpersonal dynamics in pain* (pp. 483-500). Springer.

Vadivelu, N., Kai, A. M., Kodumudi, G., Babayan, K., Fontes, M., & Burg, M. M. (2017). Pain and psychology—a reciprocal relationship. *Ochsner Journal*, 17(2), 173-180.

- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Vlaeyen, J. W., Morley, S., & Crombez, G. (2016). The experimental analysis of the interruptive, interfering, and identity-distorting effects of chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.016>
- Vogel, M., Krippel, M., Frenzel, L., Riediger, C., Frommer, J., Lohmann, C., & Illiger, S. (2019). Dissociation and pain-catastrophizing: absorptive detachment as a higher-order factor in control of pain-related fearful anticipations prior to total knee arthroplasty (TKA). *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 697. <https://doi.org/10.3390/jcm8050697>
- Wade, B. L. & Shantall, H. M. (2003). The meaning of chronic pain: a phenomenological analysis. *South African Journal of Physiotherapy*, 59(1), 10-19.
<https://doi.org/10.4102/sajp.v59i1.196>
- Wakefield, E. O., Belamkar, V., Litt, M. D., Puhl, R. M., & Zempsky, W. T. (2022). “There’s nothing wrong with you”: pain-related stigma in adolescents with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 47(4), 456-468.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab122>
- Wang, Q. (2016). Remembering the self in cultural contexts: A cultural dynamic theory of autobiographical memory. *Memory Studies*, 9(3), 295-304.
<https://doi.org/10.1177/1750698016645238>
- Wang, N., Zhang, Y. H., Wang, J. Y., & Luo, F. (2021). Current understanding of the involvement of the insular cortex in neuropathic pain: a narrative review. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(5), 2648. <https://doi.org/10.3390/ijms22052648>

- Weathers, F. W., Litz, B., Herman, D., Juska, J., & Keane, T. (1993). *PTSD Checklist—Civilian Version (PCL-C)* [Database record]. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t02622-000>
- Weber, M. C., & Schulenberg, S. E. (2022). The curvilinear relationships between posttraumatic growth and posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Traumatology*, 29(2), 249–260. <https://doi.org/10.1037/trm0000398>
- Williams, A. C. D. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420–2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>
- Wright, A. (2011). A criticism of the IASP's definition of pain. *Journal of Consciousness Studies*, 18(9-10), 19–44.
- Wright, S. (2017). Controversies in pain theories In J. Raudenska, A. Javurkova, & G. Varrassi (Eds.), *Pain: Management, Issues and Controversies* (pp. 35–49). Nova biomedical.
https://www.researchgate.net/profile/Giustino-Varrassi/publication/321475231_Pain_Management_Issues_and_Controversies/links/5a22d4d4aca2727dd87ca1b1/Pain-Management-Issues-and-Controversies.pdf
- Yanez, B. R., Stanton, A. L., Hoyt, M. A., Tennen, H., & Lechner, S. (2011). Understanding perceptions of benefit following adversity: How do distinct assessments of growth relate to coping and adjustment to stressful events? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(7), 699–721. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.7.699>
- Yu, L., Norton, S., Harrison, A., & McCracken, L. M. (2015). In search of the person in pain: A systematic review of conceptualization, assessment methods, and evidence for self and identity in chronic pain. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 246–262. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.10.003>

Zale, E. L., & Ditre, J. W. (2015). Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. *Current Opinion in Psychology*, 5, 24-30.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.014>

Zhang, M., Zhang, Y., & Kong, Y. (2019). Interaction between social pain and physical pain. *Brain Science Advances*, 5(4), 265-273.

<https://doi.org/10.26599/BSA.2019.9050023>

ANNEXES

Liste des questionnaires utilisés

Questionnaires de l'étude 1	346
Echelle d'interférence dans la vie quotidienne Brief Pain Inventory	346
Spielberger's Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983)	347
Patient Health Questionnaire-9	349
Psychological Inflexibility in Pain Scale	350
Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8	352
Five Facet Mindfulness Questionnaire	353
Posttraumatic Growth Inventory	356
Satisfaction With Life Scale	358
Autres questionnaires de l'étude 2	359
Paired Format Posttraumatic Growth Inventory-42 items	359
Sous-échelle de culpabilité du Pain Beliefs and Perception Inventory	362
Injustice Experiences Questionnaire	363
Internalized Shame Scale	364
Sensitivity to Pain Traumatization Scale	366
Body Experience Questionnaire	367
Pain Self Perception Scale	368
Illness Invalidation Inventory	370
Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-short form	372
Difficulties in Emotion Regulation Scale	374
Hospital Anxiety and Depression Scale	377
PTSD Checklist for DSM-5	378
Autres questionnaires de l'étude 3	380
Pain Catastrophizing Scale	380
Pain Anxiety Symptoms Scale-20	382
Anxiety Sensitivity Index	384
Autres questionnaires de l'étude 4	386
Relationship Scales Questionnaire	386
Core Extrusion Schema-Revised	388

Questionnaires de l'étude 1

Echelle d'interférence dans la vie quotidienne Brief Pain Inventory

(Cleeland & Ryan, 1994)⁴⁴

Version française (Larue et al., 1995)

Veillez choisir le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

B) Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

C) Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

E) Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

F) Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

G) Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

⁴⁴ Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*, 23(2), 129–138.

Spielberger's Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983)⁴⁵

Version française (Spielberger et al., 1993)

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par les gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

1 : Presque toujours

2 : Souvent

3 : Quelquefois

4 : Presque Jamais

1. Je me sens bien

2. Je me sens nerveux(se) et agité(e)

3. Je me sens content(e) de moi-même

4. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être

5. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)

6. Je me sens reposé(e)

7. Je suis d'un grand calme

8. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter

⁴⁵ Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, T.E., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

9. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine
10. Je suis heureux(se)
11. J'ai des pensées troublantes
12. Je manque de confiance en moi
13. Je me sens en sécurité
14. Prendre des décisions m'est facile
15. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation
16. Je suis satisfait(e)
17. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent
18. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit
19. Je suis une personne qui a les nerfs solides
20. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9 ; Kroenke et al., 2001)⁴⁶

Version française (Carballeira et al., 2007)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)				
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

⁴⁶ Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS ; Wicksell et al., 2010)

Version française (Martel et al., 2015)

Veillez indiquer à quel point ces propositions sont vraie pour vous :

1 : Jamais

2 : Très rarement

3 : Rarement

4 : Quelquefois

5 : Souvent

6 : Presque toujours

7 : Toujours

1. J'annule les activités que j'avais prévu de faire lorsque j'ai mal.
2. Je dis des choses comme « Je n'ai pas d'énergie », « je ne vais pas assez bien », « Je n'ai pas le temps », « Je n'ose pas », « J'ai trop mal », « Je me sens trop mal » ou « je n'en ai pas envie ».
3. Je dois comprendre ce qui ne va pas pour pouvoir avancer dans ma vie.
4. En raison de ma douleur, je ne fais plus de projets pour le futur.
5. J'évite de faire des choses quand il y a un risque que cela fasse mal ou empire les choses.
6. Il est important que je comprenne ce qui cause ma douleur.
7. Il y a des choses importantes pour moi que je ne fais pas pour éviter de ressentir ma douleur.
8. Je reporte les choses à plus tard en raison de ma douleur.
9. Je serais presque prêt(e) à tout pour me débarrasser de ma douleur.
10. Ce n'est pas moi qui contrôle ma vie, c'est ma douleur.

11. J'évite de prévoir des activités en raison de ma douleur.
12. Il est important que j'apprenne à contrôler ma douleur.

Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 (CPAQ-8 ; Fish et al., 2010)

Version française (Scott et al., 2013)

Ce questionnaire est destiné à recueillir votre avis sur la manière avec laquelle vous vivez avec la douleur. Pour chacune des propositions suivantes, choisissez la réponse qui vous décrit le mieux.

0 - Jamais vrai

1 - Très rarement vrai

2 - Rarement vrai

3 - Parfois vrai

4 - Souvent vrai

5 - Presque toujours vrai

6 - Toujours vrai

1. Je continue à mener ma vie quel que soit le niveau de douleur

0 1 2 3 4 5 6

2. Contrôler mon niveau de douleur devient une priorité quand je fais quelque chose

0 1 2 3 4 5 6

3. Bien que les choses aient changé, je vis une vie normale malgré ma douleur

0 1 2 3 4 5 6

4. Avant d'entreprendre quoi que ce soit, je dois parvenir à un certain contrôle de ma douleur

0 1 2 3 4 5 6

5. Je vis une vie comblée même si je souffre de douleur chronique

0 1 2 3 4 5 6

6. Lorsque ma douleur augmente, j'arrive à quand même à assumer mes responsabilités

0 1 2 3 4 5 6

7. J'évite de me mettre dans des situations où ma douleur pourrait augmenter

0 1 2 3 4 5 6

8. Mes inquiétudes et mes craintes concernant l'impact de ma douleur sur ma vie sont vraies

0 1 2 3 4 5 6

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ ; Baer et al., 2006)

Version française (Heeren et al., 2011)

**Evaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée.
Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.**

	1 <i>jamais ou très rarement vrai</i>	2 <i>rarement vrai</i>	3 <i>parfois vrai</i>	4 <i>souvent vrai</i>	5 <i>très souvent ou toujours vrai</i>
1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).	☐	☐	☐	☐	☐
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelconque façon distrait(e).	☐	☐	☐	☐	☐
9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je suis facilement distrait(e)	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.	☐	☐	☐	☐	☐
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.	☐	☐	☐	☐	☐

17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.	☐	☐	☐	☐	☐
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.	☐	☐	☐	☐	☐
23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).	☐	☐	☐	☐	☐
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.	☐	☐	☐	☐	☐

35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.	☐	☐	☐	☐	☐

N.B.: Les items suivis de R sont à inverser avant de réaliser le calcul des scores aux facettes.

Le score à chaque facette représente la somme des scores des items de celle-ci.

1. **Facteur Observation** (Observe): Items 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36
2. **Facteur Description de l'expérience** (Describe): Items 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37
3. **Action en pleine conscience** (Act with awareness): Items 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R
4. **Non-réactivité aux événements privés** (Nonreactivity to inner experience): Items 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33
5. **Non-jugement** (Nonjudge): Items 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R
6. **Mindfulness** (second-order factor): Items 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36, 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37, 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R, 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33, 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R (soit l'addition des scores des 5 facteurs précédents).

Posttraumatic Growth Inventory (PTGI ; Tedeschi & Calhoun, 1996)

Version française (Cadell et al., 2015)

Veuillez indiquer, pour chacune des affirmations ci-dessous, le degré auquel ces changements se sont produits dans votre vie comme un résultat de l'expérience de vos douleurs physiques.

- Je ne ressens pas ce changement. = **0**
- Je ressens ce changement à un très faible degré. = **1**
- Je ressens ce changement à un faible degré. = **2**
- Je ressens ce changement à un degré modéré. = **3**
- Je ressens ce changement à un degré élevé. = **4**
- Je ressens ce changement à un degré très élevé. = **5**

1. Mes priorités sur ce qui est important dans la vie ont changé.
2. Je considère la valeur de ma vie différemment.
3. J'ai développé de nouveaux intérêts.
4. J'éprouve un sentiment d'autonomie personnelle.
5. J'ai une meilleure compréhension des questions spirituelles.
6. Je sais que je peux compter sur les autres en cas de problèmes.
7. J'ai ouvert une nouvelle voie pour ma vie.
8. J'éprouve un sentiment de proximité avec les autres.
9. Je désire exprimer mes émotions.
10. Je sais que je peux gérer les difficultés.
11. Je suis capable de faire de meilleures choses dans ma vie.

12. Je suis capable d'accepter la façon dont les choses arrivent.
13. J'apprécie chaque jour.
14. De nouvelles possibilités, qui n'auraient pas été possible autrement, s'ouvrent à moi.
15. J'ai de la compassion pour les autres.
16. Je m'investis dans mes relations.
17. J'ai plus tendance à essayer de changer les choses qui ont besoin d'être changées.
18. Ma foi religieuse est plus forte.
19. J'ai découvert que j'étais plus fort(e) que je pensais l'être.
20. J'ai beaucoup appris sur la grande valeur des gens.
21. J'accepte d'avoir besoin des autres.

Satisfaction With Life Scale (SWLS ; Diener et al., 1985)Version française (Blais et al., 1989)⁴⁷

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez choisir le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord.

Fortement en désaccord : 1

En désaccord : 2

Légèrement en désaccord : 3

Ni en désaccord ni en accord : 4

Légèrement en accord : 5

En accord : 6

Fortement en accord : 7

1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.
2. Mes conditions de vie sont excellentes.
3. Je suis satisfait(e) de ma vie.
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.

⁴⁷ Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale.". *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210.

Autres questionnaires de l'étude 2

Paired Format Posttraumatic Growth Inventory-42 items (PTG-42 ; Baker et al., 2008)

Traduction française adaptée au contexte des douleurs chroniques.

Veuillez indiquer, pour chacune des affirmations ci-dessous, le degré auquel ces changements se sont produits dans votre vie comme un résultat de l'expérience de vos douleurs physiques.

- Je ne ressens pas ce changement. = **0**
- Je ressens ce changement à un très faible degré. = **1**
- Je ressens ce changement à un faible degré. = **2**
- Je ressens ce changement à un degré modéré. = **3**
- Je ressens ce changement à un degré élevé. = **4**
- Je ressens ce changement à un degré très élevé. = **5**

Au cours des 30 derniers, je me suis dit que, depuis que je vis avec des douleurs chroniques :

- 1a ... mes priorités avaient changées.
- 1b ... je trouvais difficile de définir mes priorités sur ce qui est important dans la vie.
- 2a ... j'appréciais plus la valeur de ma vie.
- 2b ... j'estimais moins la valeur de ma vie.
- 3a ... j'avais de nouveaux centres d'intérêts.
- 3b ... j'avais moins de centre d'intérêts.
- 4a ... je pouvais compter davantage sur moi-même.
- 4b ... je pouvais moins compter sur moi-même.

- 5a ... je comprenais mieux les choses spirituelles.
- 5b ... comprenais moins les choses spirituelles.
- 6a ... je me rendais mieux compte que je pouvais m'appuyer sur les autres en cas de problème.
- 6b ... je me rendais mieux compte que je ne pouvais pas m'appuyer sur les autres en cas de problème.
- 7a ... j'avais donné une nouvelle orientation à ma vie.
- 7b ... j'y voyais moins clair dans ma vie.
- 8a ... je me sentais plus proche des autres.
- 8b ... je me sentais plus distants des autres.
- 9a ... j'exprimais plus volontiers mes émotions.
- 9b ... j'avais moins envie d'exprimer mes émotions.
- 10a ... je savais davantage de pouvoir faire face aux difficultés.
- 10b ... j'étais moins sûr(e) de pouvoir faire face aux difficultés.
- 11a ... j'étais capable de faire de meilleures choses dans ma vie.
- 11b ... j'étais moins capable de faire de bonnes choses dans ma vie.
- 12a ... j'acceptais plus facilement la tournure que prenaient les événements.
- 12b ... j'étais moins capable d'accepter la tournure que prenaient les événements.
- 13a ... j'appréciais davantage le moment présent.
- 13b ... j'appréciais moins qu'avant le moment présent.

- 14a ...de nouvelles opportunités étaient apparues, ce qui n'aurait pas été le cas autrement.
- 14b ... moins d'opportunités qu'avant s'offraient à moi.
- 15a ... j'avais davantage de compassion pour les autres.
- 15b ... j'avais moins de compassion pour les autres.
- 16a ... je faisais davantage d'efforts dans mes relations.
- 16b ... je faisais moins d'efforts dans mes relations.
- 17a ... j'avais plus tendance à essayer changer ce qui devait l'être.
- 17b ... j'avais moins tendance à essayer de changer ce qui devait l'être.
- 18a ... ma foi s'était renforcée.
- 18b ... ma foi s'était affaiblie.
- 19a ... je me découvrais plus fort(e) que je ne l'avais pensé.
- 19b ... je me découvrais plus faible que je ne l'avais pensé.
- 20a ... j'apprenais à quel point les gens pouvaient être merveilleux.
- 20b ... j'apprenais à quel point les gens pouvaient être décevants.
- 21a ...j'acceptais mieux d'avoir besoin des autres.
- 21b ...je trouvais plus difficile d'avoir besoin des autres.

Sous-échelle de culpabilité du Pain Beliefs and Perception Inventory

(PBPI ; Williams & Thorn, 1989)⁴⁸

Version française (Dany et al., 2009)

Veillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord sur l'échelle suivante :

-2 : pas du tout d'accord

-1 : pas d'accord

+ 1 : d'accord

+2 : tout à fait d'accord

1. Si j'ai mal c'est uniquement de ma faute.
2. Je suis la cause de ma douleur.
3. Je me fais des reproches quand j'ai mal.

⁴⁸ Williams, D. A., & Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36(3), 351-358.
[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90095-X](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90095-X)

Injustice Experiences Questionnaire (Sullivan et al., 2008)Version française (Sullivan, 2008)⁴⁹

Voici 12 affirmations décrivant des pensées et des sentiments que vous pourriez avoir lorsque vous pensez à vos douleurs. Veuillez compléter le questionnaire suivant en indiquant à quel point ces énoncés vous représente lorsque vous pensez votre douleur.

0 : pas du tout

1 : légèrement

2 : modérément

3 : de façon importante

4 : extrêmement

1. La plupart des gens ne comprennent pas à quel point mon état est grave.
2. Ma vie ne sera plus jamais la même.
3. Je souffre à cause de la négligence de quelqu'un d'autre.
4. Personne ne devrait avoir à vivre ce que je vis présentement.
5. Je veux simplement retrouver ma vie d'avant.
6. J'ai le sentiment que ceci va m'affecter de façon permanente.
7. Tout ça me semble si injuste.
8. Je crains que mon état ne soit pas pris assez au sérieux.
9. Rien ne pourra compenser tout ce que j'ai enduré.
10. C'est comme si vous avez volé quelque chose de très précieux.
11. J'ai peur de ne jamais pouvoir réaliser mes rêves.
12. Je ne peux pas croire que ça m'arrive à moi.

⁴⁹ Sullivan, M. J. (2008). User Manual for the Injustice Experience Questionnaire IEQ. McGill University. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.690.1859&rep=rep1&type=pdf>

Internalized Shame Scale (Cook & Coccimiglio, 2001)

Traduction française ad-hoc

Veillez indiquer à quelle fréquence vous vivez les expériences décrites par ces énoncés.

0 : jamais

1 : rarement

2 : parfois

3 : fréquemment

4 : presque toujours

1. Je ne me sens jamais assez bon(ne).
2. D'une certaine façon, je me sens exclu(e).
3. Je pense que les gens me regardent de haut.
4. Tout bien considéré, j'ai tendance à me voir comme quelqu'un qui réussit.
5. Je me réprimande et me rabaisse.
6. Je me sens peu sûr(e) de l'avis des autres à mon sujet.
7. Comparé(e) aux autres personnes, j'estime que je ne suis jamais à la hauteur.
8. Je me vois comme quelqu'un de très petit et insignifiant.
9. J'ai beaucoup de raisons d'être fier(e) de moi.
10. Je me sens profondément insuffisant(e) et rempli(e) de doutes sur moi-même.
11. Je me sens comme si, d'une façon ou d'une autre, j'étais défectueux(se) en tant que personne, comme s'il y avait profondément quelque chose qui n'allait pas chez moi.
12. Quand je me compare aux autres, je ne suis pas aussi important(e).
13. J'ai une peur envahissante que mes défauts soient dévoilés aux autres.

14. J'estime que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.
15. Je me vois lutter pour atteindre la perfection et échouer continuellement.
16. Je pense que les autres peuvent voir mes défauts.
17. Je pourrais me taper sur la tête avec une massue quand je fais une erreur.
18. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.
19. J'aurais envie de m'éclipser quand je fais une erreur.
20. Je me repasse sans cesse des événements douloureux dans ma tête jusqu'à en être débordé(e).
21. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins autant que n'importe qui d'autre.
22. Par moments, je me sens comme si j'allais me briser en mille morceaux.
23. Je me sens comme si j'avais perdu le contrôle sur le fonctionnement de mon corps et sur mes sentiments.
24. Parfois, je ne me sens pas plus grand(e) qu'un petit pois.
25. Par moments, je me sens tellement mis(e) à nu que je souhaiterais que la terre s'ouvre sous mes pieds et m'engloutisse.
26. J'ai en moi un vide douloureux que je n'ai pas réussi à combler.
27. Je me sens vide et non accompli(e).
28. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.
29. Mon sentiment de solitude ressemble plus à un sentiment de vide.
30. Je me sens comme si quelque chose me manquait.

Sensitivity to Pain Traumatization Scale (Katz et al., 2017)

Traduction française ad-hoc

Les propositions listées ci-dessous décrivent des croyances, des pensées, des sentiments et des actions qui peuvent concerner toute personne ayant une douleur physique. Lisez chacune de ces propositions et veuillez indiquer à quel point elles sont vraies pour vous.

0 : pas du tout vrai

1 : à peine vrai

2 : plutôt vrai

3 : très vrai

4 : complètement vrai

1. Quand j'ai mal, cela m'empêche de dormir.
2. Quand j'ai mal, tout ce que je vois ou fais me rappelle la douleur.
3. J'essaie d'éviter les activités qui me causent de la douleur.
4. Quand je ressens de la douleur, j'ai peur que ce soit le début d'un problème terrible.
5. La douleur semble m'affecter plus que les autres personnes.
6. Quand je ressens de la douleur, j'y pense même sans le vouloir.
7. Je ne supporte pas la douleur.
8. Lorsque j'ai mal, je me sens à distance des gens même si je leur parle.
9. Dès que la douleur apparaît, je prends des médicaments pour l'atténuer.
10. Les sensations douloureuses me terrifient.
11. Quand j'ai mal, les choses ne me paraissent pas réelles.
12. Ça me retourne l'estomac quand j'ai mal.

Body Experience Questionnaire (Bode et al., 2010)

Traduction française ad-hoc

Veillez indiquer à quel point ces propositions vous correspondent.

1 : Totalement en désaccord

2 : Plutôt en désaccord

3 : Plutôt d'accord

4 : Totalement d'accord

1. Je réfléchis à ce qui est bon pour mon corps.
2. Mon corps est un fardeau pour moi.
3. C'est comme si mon corps ne m'appartenait pas.
4. Je ne me sens pas complet (complète).
5. Mon corps me fait savoir ce qui est bon pour moi.
6. Mon corps est imprévisible.
7. Je me sens trahi(e) par mon corps.
8. J'aimerais avoir un corps différent.
9. Je suis à l'écoute de mon corps.
10. J'ai le sentiment de bien connaître mon corps.

Sous-unité *harmonie* : items 1, 5, 9, 10

Sous-unité *aliénation* : items 2, 3, 4, 6, 7, 8

Pain Self Perception Scale (Tang et al., 2007)

Traduction française ad-hoc

Les questions suivantes concernent la façon dont vous pouvez vous sentir **pendant un épisode de douleurs intenses**. Elles décrivent des pensées et des émotions que l'on peut parfois éprouver pendant ces moments.

Veillez indiquer à quel point ces phrases décrivent votre ressenti pendant cet(ces) épisode(s) de douleurs intenses, en utilisant l'échelle suivante :

0 : pas du tout ou jamais

1 : très peu

2 : modérément

3 : fortement

4 : très fortement

1. Je me sentais abattu(e) par la vie.
2. J'avais l'impression de ne plus avoir ma place dans le monde.
3. J'avais l'impression que la vie me prenait pour un punching-ball.
4. Je me sentais impuissant(e).
5. J'avais l'impression que ma confiance en moi était brisée.
6. Je ne me sentais plus capable de gérer les choses que la vie m'imposait.
7. Je me sentais au plus bas.
8. Je me suis senti(e) incapable d'agir.
9. J'avais l'impression d'être un(e) perdant(e).

10. Je sentais que j'avais laissé tomber.
11. Je me sentais comme un(e) paria.
12. J'avais l'impression d'avoir perdu les luttes importantes de ma vie.
13. Je sentais que je ne pouvais plus lutter.
14. J'avais l'impression de perdre ma volonté.
15. Je ne me souciais plus de ce qui pouvait m'arriver.
16. Je me sentais vaincu(e).
17. J'avais l'impression d'être déshumanisé(e).
18. Dans ma tête, j'abandonnais.
19. Je me sentais démolé(e).
20. Je me sentais comme si je voulais mourir.
21. Je sentais que je perdais toute ma résistance.
22. Je me sentais comme un objet.
23. Je me sentais totalement à la merci de ce qu'il m'arrivait.
24. Je me sentais humilié(e) et perdre toute ma dignité.

Illness Invalidation Inventory (Kool et al., 2010)

Traduction française ad-hoc

Les propositions suivantes concernent des réactions que les gens peuvent avoir face à une personne qui souffre de douleurs chroniques. Veuillez indiquer de quelle façon, au cours des 12 derniers mois, les gens (conjoint(e), famille, amis, collègues de travail, personnels de santé, professionnels de services sociaux...) se sont comportés envers vous, par rapport à vos douleurs.

Ce qui importe ici est la façon dont vous avez perçu leurs comportements, en général.

Autrement dit, c'est votre point de vue personnel sur leur comportement général qui est demandé.

1 : Jamais

2 : Un peu

3 : Parfois

4 : Souvent

5 : Très souvent

1. Ils/elles trouvent bizarre que je puisse en faire beaucoup plus certains jours que d'autres.
2. Ils/elles pensent que je devrais me montrer plus fort(e).
3. Ils/elles me prennent au sérieux.
4. Ils/elles me donnent des conseils qui ne m'aident pas.
5. Ils/elles comprennent les conséquences de mes problèmes de santé ou de ma maladie.
6. Ils/elles me font passer pour quelqu'un qui exagère.
7. Ils/elles pensent que je peux travailler (ou avoir des activités) plus que je ne le fais.

8. Ils/elles me donnent l'occasion de parler de ce qui me préoccupe.

Items *décredibilisation* : 1, 2, 4, 6, 7

Items *manque de compréhension* (cotations à inverser) : 3, 5, 8

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-short form (Garnefski & Kraaij, 2006)

Items de la version française longue (Jermann et al., 2006).

Tout le monde se trouve un jour ou l'autre confronté à des événements négatifs ou désagréables et chacun y réagit à sa façon. A présent, il s'agit de votre attitude vis-à-vis de vos émotions en général, et pas seulement celles que la douleur pourrait éveiller en vous. En répondant aux questions suivantes, on vous demande ce que vous pensez généralement lorsque vous vivez des événements négatifs ou désagréables.

- 1 : presque jamais
- 2 : parfois
- 3 : régulièrement
- 4 : souvent
- 5 : presque toujours

Lorsque je vis des événements négatifs ou désagréables...

- 1. J'ai le sentiment que je suis celui/celle à blâmer pour ce qui s'est passé.
- 2. Je pense que je dois accepter que cela se soit passé.
- 3. Je pense souvent à ce que je ressens par rapport à ce que j'ai vécu.
- 4. Je pense à des choses agréables qui n'ont rien à voir avec ce que j'ai vécu.
- 5. Je pense à la manière de changer la situation.
- 6. Je pense pouvoir apprendre quelque chose de la situation.
- 7. Je pense que cela ne s'est pas trop mal passé en comparaison à d'autres situations.
- 8. Je repense sans cesse au fait que ce que j'ai vécu est terrible.
- 9. J'ai le sentiment que les autres sont responsables de ce qui s'est passé.

10. Je pense qu'au fond je suis la cause de ce qui s'est passé.
11. Je pense que je dois accepter la situation.
12. Je suis préoccupé(e) par ce que je pense et ce que je ressens concernant ce que j'ai vécu.
13. Je pense à quelque chose d'agréable plutôt qu'à ce qui s'est passé.
14. Je pense à un plan concernant la meilleure façon de faire.
15. Je pense pouvoir devenir une personne plus forte suite à ce qui s'est passé.
16. Je me dis qu'il y a pire dans la vie.
17. Je pense continuellement à quel point la situation a été horrible.
18. J'ai le sentiment qu'au fond les autres sont la cause de ce qui s'est passé.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS ; Gratz & Roemer, 2004)⁵⁰

D'après les modifications conseillées par Bardeen et al. (2016)

Version française (Dan-Glauser & Scherer, 2013).

Ces propositions concernent spécifiquement votre attitude par rapport à ce que la douleur éveille en vous. Nous vous proposons différentes attitudes concernant les moments où l'intensité de la douleur augmente par rapport à son niveau habituel.

1 : Presque jamais

2 : Parfois

3 : Environ la moitié du temps

4 : La plupart du temps

5 : Presque toujours

Quand la douleur augmente, ...

1. Je ne fais pas attention à ce que je ressens.
2. Les émotions que je ressens me submergent et sont incontrôlables.
3. Je n'ai aucune idée de ce que je ressens.
4. J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments.
5. Je ne suis pas attentif(ve) à mes sentiments.
6. Je ne sais pas du tout comment je me sens.
7. Je ne prends pas en compte pas mes émotions.

⁵⁰ Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

8. Je suis en colère contre moi de me sentir comme ça.
9. Je suis embarrassé(e) de me sentir comme ça.
10. J'ai de la difficulté à terminer un travail (ou ce que j'ai à faire).
11. Je deviens incontrôlable.
12. Je pense que je vais rester comme ça pendant très longtemps.
13. Je pense que je vais finir par me sentir très déprimé(e).
14. J'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses.
15. Je me sens incontrôlable.
16. Je ne peux pas continuer à réaliser des choses.
17. J'ai honte de me sentir comme ça.
18. Je me dis qu'il n'y a aucun moyen pour enfin aller mieux.
19. Je me sens désarmé(e).
20. Je sens que je peux perdre le contrôle de mes comportements.
21. Je me sens coupable de me sentir comme ça.
22. J'ai des difficultés à me concentrer.
23. J'ai des difficultés à contrôler mon comportement.
24. Je pense qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux.
25. Je m'en veux de me sentir comme ça.
26. Je pense que m'abandonner à la douleur est tout ce qu'il me reste à faire.
27. Je perds le contrôle de mes comportements.
28. J'ai des difficultés à penser à autre chose.
29. Cela prend du temps avant que je ne me sente mieux.

Sous-dimension *difficulté de contrôle des impulsions* : 2, 11, 15, 20, 23, 27

Sous-dimension *non-acceptation des émotions* : 8, 9, 17, 19, 21, 25

Sous-dimension *difficulté à orienter ses comportements vers des buts* : 10, 14, 16, 22, 28

Sous-dimension *accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle* : 12, 13, 18, 24, 26, 29

Sous-dimension *défaut d'identification des émotions* : 1, 3, 4, 5, 6, 7

Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983)

Version française (Lépine et al., 1985)

Lisez chaque série de questions et indiquez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours des 7 derniers jours. Les énoncés concernent votre état d'esprit.

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

PTSD Checklist for DSM–5 (Weathers et al., 2013)

Version française (Ashbaugh et al., 2016).

Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois.

0 : Pas du tout

1 : Un peu

2 : Moyennement

3 : Souvent

4 : Extrêmement

1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?
3. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la viviez de nouveau) ?
4. Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante ?
5. Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (p. ex., avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs) ?
6. Éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante ?
7. Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (p. ex., des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations) ?
8. Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante ?

9. Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (p. ex., avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux) ?
10. Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite ?
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (p. ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches) ?
15. Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement ?
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?
17. Être « super-alerte », vigilant ou sur vos gardes ?
18. Sursauter facilement ?
19. Avoir du mal à vous concentrer ?
20. Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil ?

Autres questionnaires de l'étude 3

Pain Catastrophizing Scale (Sullivan et al., 1995)

Version française (French et al., 2005)

Les propositions listées ci-dessous décrivent les croyances, les pensées, les sentiments et les actions que les gens ont ou font quand ils ressentent de la douleur physique. Lisez attentivement chaque proposition et veuillez indiquer à quel point cette proposition est vraie pour vous.

0 : pas du tout vrai

1 : un peu vrai

2 : assez vrai

3 : très vrai

4 : entièrement vrai

1. J'ai peur qu'il n'y ait pas de fin à la douleur.
2. Je pense que je ne peux pas continuer.
3. C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.
4. C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.
5. Je sens que je ne peux plus supporter la douleur.
6. J'ai peur que la douleur empire.
7. Je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses.
8. Avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse.
9. Je ne peux m'empêcher d'y penser.
10. Je ne fais que penser à quel point ça fait mal.

11. Je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.
12. Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.
13. Je me demande si quelque chose de grave va se produire.

Pain Anxiety Symptoms Scale-20 (PASS-20 ; McCracken & Dhingra, 2002)

Version française (Desrochers et al., 2009)

Les individus qui ressentent de la douleur développent différents moyens de réagir à cette douleur. Nous aimerions savoir ce que vous faites et ce que vous pensez quand vous ressentez de la douleur. Lisez attentivement chaque proposition et veuillez indiquer à quel point cette proposition est vraie pour vous.

0 : pas du tout vrai

1 : un peu vrai

2 : assez vrai

3 : très vrai

4 : entièrement vrai

1. Je crois que si ma douleur devient trop sévère, elle ne diminuera jamais.
2. J'essaie d'éviter les activités qui me causent de la douleur.
3. Je ne peux penser adéquatement quand je ressens de la douleur.
4. Quand je ressens de la douleur, j'ai peur que des choses terribles se produisent.
5. Je vais immédiatement au lit quand je ressens une douleur sévère.
6. Quand je ressens de la douleur, je pense que je pourrais être gravement malade.
7. La douleur semble m'occasionner des battements de cœur forts et rapides.
8. Lors d'épisodes de douleur, il est difficile pour moi de penser à autre chose qu'à la douleur.
9. Dès que la douleur apparaît, je fais quelque chose pour la diminuer.
10. Quand je ressens de la douleur, je me sens étourdi(e) ou faible.

11. Les sensations douloureuses sont terrifiantes.
12. Quand je souffre, je pense à la douleur constamment.
13. J'évite des activités importantes lorsque je souffre.
14. La douleur me donne la nausée ("mal au cœur").
15. Quand la douleur devient trop forte, je pense que je pourrais me paralyser ou devenir encore plus limité(e) (entravé(e) dans la vie quotidienne).
16. Je trouve difficile de me concentrer lorsque je souffre.
17. Je trouve difficile de me relaxer après un épisode de douleur.
18. Je m'inquiète lorsque je ressens de la douleur.
19. Je tremble lorsque je m'engage dans une activité qui augmente la douleur.
20. J'arrête toute activité aussitôt que je sens la douleur venir.

Anxiety Sensitivity Index (ASI ; Reiss et al., 1986)

Version française (Verreault, et al., 2007)

Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants vous correspond :

0 : pas du tout vrai

1 : un peu vrai

2 : assez vrai

3 : très vrai

4 : entièrement vrai

1. Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux(euse).
2. Quand je ne peux pas me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir fou(folle).
3. Cela me fait peur quand je me sens trembler.
4. Cela me fait peur quand je pense m'évanouir.
5. Il est important pour moi de rester dans le contrôle de mes émotions.
6. Cela me fait peur quand mon cœur bat rapidement.
7. Cela m'embarrasse quand mon estomac "crie".
8. Cela me fait peur quand j'ai des sensations de nausée.
9. Quand je m'aperçois que mon cœur bat rapidement, je m'inquiète d'avoir une « crise cardiaque » (infarctus).
10. Cela me fait peur quand je deviens essoufflé(e).
11. Quand mon estomac est à l'envers, je m'inquiète d'être très malade.
12. Cela me fait peur quand je suis incapable de me concentrer sur une tâche.

13. Les gens remarquent quand je me sens tout(e) tremblant(e).
14. Les sensations corporelles inhabituelles me font peur.
15. Quand je me sens nerveux(euse), je m'inquiète d'avoir une maladie mentale.
16. Cela me fait peur quand je suis nerveux(euse).

Autres questionnaires de l'étude 4

Relationship Scales Questionnaire (RSQ ; Griffin & Bartholomew, 1994)

Version de la validation française (Guédeney et al., 2010)

Merci de bien vouloir lire les propositions suivantes et de coter jusqu'à quel point chacune d'elle décrit vos sentiments à propos des relations avec les gens dont vous vous sentez proches. Pensez à toutes ces relations proches, passées ou actuelles et répondez en fonction de comment, en général, vous vous sentez. Pour chaque proposition, cochez la case qui vous correspond le mieux.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout comme moi	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait comme moi

1. Je trouve difficile de dépendre des autres.
2. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e).
3. C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions.
4. Je crains d'être blessé(e) si je me permets de devenir trop proche des autres.
5. Je me sens bien sans relation affectives proches.
6. Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions.
7. Je suis inquiet(e) de me retrouver seul(e).
8. Je me sens à l'aise quand j'ai besoin des gens.
9. Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens.
10. Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi.
11. J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne.

- 12. C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même.
- 13. Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi.
- 14. Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des gens.
- 15. Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais.
- 16. Je préfère ne pas dépendre des autres.
- 17. J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas.

Sous-dimension *évitement* : 1, 2, 5, 8 (cotation inversée), 9, 12, 16

Sous dimension *anxiété* : 4, 13, 14, 15, 17

Sous dimension *sécurité* (recherche de confort ou confort dans la proximité relationnelle) : 3, 6, 7, 10, 11

Core Extrusion Schema–Revised (Levinson et al., 2015)

Traduction française ad-hoc

Merci d'indiquer à quel point ces propositions sont vraies pour vous en utilisant l'échelle fournie.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout vrai	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalement vrai

1. Si les gens me connaissaient vraiment, ils ne m'aimeraient pas autant.
2. Je me comporte rarement "comme moi-même" devant les autres.
3. Beaucoup de personnes qui pensent être proches de moi ne me connaissent pas vraiment bien.
4. Je joue un rôle devant la plupart des gens.
5. La plupart des gens n'aiment pas vraiment le type de personne que je suis en réalité.
6. Si je disais ce que je pense vraiment, les gens me rejetteraient probablement.
7. Je fais généralement semblant lorsque j'interagis avec les gens.
8. J'ai peur que les gens réalisent ce que je suis vraiment.
9. Si je m'ouvrais aux gens, ça finirait mal.

Sous-dimensions *soi caché* (dissimulation de soi) : 2, 3, 4, 7

Sous-dimensions *rejet du vrai soi* : 1, 5, 6, 8, 9