

3. LE PATIENT

Douleur et psychiatrie : les principaux syndromes

Éric Serra

L'étude de la douleur amène les auteurs médicaux à repérer trois grands mécanismes douloureux : excès de stimulations nociceptives, origine neuropathique, origine psychogène.

La prise en charge de patients douloureux chroniques révèle la dimension psychologique toujours présente dans la douleur ainsi que l'affirme la définition d'une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable". La dimension psychologique ne peut-être confondue, assimilée à l'origine psychogène. À l'exemple de la dépression, volontiers rapportée dans les discussions cliniques, les soignants sont quotidiennement confrontés à des patients douloureux posant le problème de l'évaluation et de la prise en charge d'un tableau psychiatrique associé à un syndrome douloureux chronique, tableau qui fait facilement, trop facilement, évoquer une origine psychogène.

■ DÉPRESSION

▷ Étude

C'est sûrement l'entité psychiatrique la plus évoquée. Sa fréquence, sa proximité avec le deuil ou la tristesse, l'amélioration diagnostique due à la formation et à l'information accrues des professionnels de santé, les possibilités thérapeutiques, la médicalisation de la société en ont assuré le succès "culturel" (Serra et Papavassilopoulou, 1992).

La dépression est un syndrome clinique bien défini (Ey, 1978). La tristesse de l'humeur constitue le premier signe avec perte du goût de vivre, perte du plaisir ou anhédonie, douleur morale, pessimisme, sentiment de culpabilité ou d'incurabilité parfois. L'inhibition psychomotrice est le deuxième signe marqué par un ralentissement psychomoteur, un émoussement "idéatoire" et affectif, une perte des initiatives. À ces deux groupes de signes s'associent des angoisses matinales et des idées morbides parfois suicidaires. Il existe enfin des signes somatiques avec une insomnie classiquement matinale, une anorexie, un amaigrissement et diverses plaintes somatiques dont des douleurs.

Le DSM IV, manuel diagnostique américain, présente comme forme de description "l'Épisode dépressif majeur". La prévalence vie entière de ce trouble, isolé ou récurrent, varie en population générale de 10 à 25 % pour les femmes et de 5 à 12 % pour les hommes (APA, 1995). Sa prévalence est élevée dans les populations de patients douloureux chroniques.

La nosographie de la dépression considère la mélancolie de la psychose maniaco-dépressive PMD comme sa forme la plus typique. On parle aussi de Trouble bipolaire dans le DSM IV.

La dépression névrotique est une évolution habituelle de la névrose d'angoisse, possible dans la névrose phobique, dans la névrose obsessionnelle et dans la névrose hystérique sous l'appellation de cyclothymie. La caractéristique de la névrose hystérique d'adhérer à l'ambiance culturelle peut faire penser que des patients hystériques expriment leur souffrance névrotique sous le masque de cette dépression tant à la mode. La dépression hystérique se retrouve dans le DSM IV sous l'appellation de Trouble dysthymique, dépression traînante sur au moins deux années.

Une dépression réactionnelle peut survenir après un traumatisme individuel comme un deuil, une perte, une séparation, un épuisement, situations rencontrées dans la maladie et, en particulier, la douleur-maladie. En pratique psychiatrique quotidienne, on parle souvent de dépression névrotico-réactionnelle qui recouvre l'essentiel du champ de la dépression.

Le diagnostic de dépression est connu de la médecine française. La méconnaissance diagnostique semble rare. Ne peut-on s'inquiéter du contraire : la tendance à recouvrir toute souffrance humaine sous le vocable de dépression et y opposer un psychotrope. On doit certes évoquer les équivalents dépressifs et autre dépression masquée.

La dépression se cacherait derrière une conduite : alcoolisme, impulsivité ; derrière un discours : incompréhension, absence d'affect ; derrière une plainte somatique : douleur notamment. Le diagnostic de dépression étant clinique, il justifie d'approfondir l'investigation sémiologique.

Les échelles de la dépression peuvent constituer une aide mais ne se substituent jamais à la clinique. On utilise la HDRS de Hamilton, les BECK 13 ou 21, la MADRS, le diagramme HARD et, bien sûr, selon les recommandations de l'ANAES, la HAD (ANAES, 1999). Certains outils métrologiques plus généraux possèdent une sous-échelle de la dépression comme le MMPI ou la SCL-90-R (Guelfi, 1996). Les questionnaires permettent un dépistage sur des populations de patients comme avec la HAD. Le score favorise le suivi des patients traités. Développées pour les essais cliniques en psychopharmacologie, les échelles connaissent là leur limite en clinique quotidienne (Serra, 2000).

► Dépression et douleur

La douleur est un symptôme de dépression selon Henri Ey (1978). Elle n'est pas évoquée dans les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur du DSM IV. Pourtant les auteurs s'accordent sur la fréquence élevée du symptôme douloureux chez les déprimés (Allaz, 2000). Selon Von Knorring et Merskey, le symptôme douleur est présent chez 55 % des déprimés (Chaturvedi, 1986 ; Pablo, 1990).

La présence de la douleur comme signe de dépression serait favorisée par l'existence d'une dépression névrotico-réactionnelle (Von Knorring), l'utilisation de la douleur dans les relations interpersonnelles (Kreitman), l'existence d'un bas niveau socio-culturel (Giberts), plutôt chez des personnes âgées ou chez des femmes. Selon Ades, la douleur fait craindre une chronicisation plus facile de la dépression. En effet, le symptôme douleur peut résister alors que l'humeur dépressive a été améliorée par un antidépresseur (Pablo, 1990).

Quand une douleur résiste à notre compréhension, à notre bienveillante prise en charge, la tentation est forte d'évoquer une origine psychique, résumée par l'affirmation "c'est psy", ce d'autant plus que des éléments diagnostiques de dépression seront supposés, si ce n'est repérés. Nous sommes alors dans l'erreur. Ce n'est pas parce que le patient n'a pas de douleur somatiquement compréhensible que sa douleur est nécessairement psychogène (Serra, 2000). Un diagnostic

psychiatrique positif est nécessaire. De plus, opposer le mécanisme ou le diagnostic psychogène aux autres mécanismes ou diagnostics, c'est reproduire un paradigme médical dualiste soma versus psyché inapproprié dans la médecine d'aujourd'hui (Boureau, 1988 ; Routier, 2003).

À l'inverse, la dépression est un symptôme de douleur. Dans ses descriptions de la douleur-maladie, René Leriche évoque toute la détresse du patient douloureux chronique. De façon plus systématisée, François Boureau présente les signes dépressifs retrouvés dans le syndrome douloureux chronique : tristesse, troubles du caractère, perte des intérêts, fatigabilité, troubles de l'attention, insomnie (Boureau, 1988).

Les signes dépressifs sont habituels chez le patient douloureux chronique. Craig rapporte que la dépression est associée à la douleur chez 10 à 100 % des douloureux selon les études et donc selon les critères (Craig, 1989). L'épidémiologie, munie de critères diagnostiques stricts, propose une description en termes de co-morbidité.

La quête de l'origine, du sens, nécessaire dans la relation entre le soignant et le soigné est toujours délicate. Dans une perspective psychanalytique, on pense qu'un symptôme, quel qu'il soit, n'arrive pas par hasard. Ainsi douleur ou dépression apparaîtraient sur un terrain pré-disposé névrotique. Le profil psychologique des patients douloureux a été exploré avec le MMPI, test de personnalité. Au bout de six mois d'évolution de leur douleur, on trouve chez ceux-ci un profil dit névrotique de "dépression, d'hystérie et d'hypocondrie" (Kellner, 1986 ; Merskey, 1989). Il apparaît que c'est en fait le profil retrouvé chez les patients présentant une maladie chronique. En l'état actuel, on ne peut affirmer ni infirmer que les troubles de personnalité soient à l'origine de la douleur. On parlera là aussi de co-morbidité (Fishbain, 1986).

Les liens entre douleur et dépression pourraient être compris dans une perspective comportementale ou cognitive (Salkovskis, 1989 ; Routier, 2003). On connaît la proximité cognitive entre dépression et douleur avec les "dysfonctionnements cognitifs", les "erreurs de croyance" décrits par Beck (Boureau, 1988). Par ailleurs, l'inhibition, le ralentissement, communs au syndrome dépressif et au syndrome douloureux chronique, peuvent résulter d'un même conditionnement, de même que l'impuissance apprise, la perte d'espoir (Routier, 2003). Ainsi, la dépression peut-elle être réactionnelle à la douleur.

Enfin, dans une perspective organiciste, le syndrome dépressif peut être vu comme un épuisement synaptique notamment sérotoninergique, sorte de voie finale commune entre douleur et dépression.

■ ANXIÉTÉ

► Étude

L'anxiété est un syndrome clinique défini par une inquiétude majorée le soir, une crainte, une peur, parfois flottante, sans objet, parfois focalisée sur une situation, un objet, associée à un sentiment d'infériorité, d'irritabilité, des troubles de la concentration, des signes somatiques notamment digestifs et une insomnie d'endormissement (Ey, 1978 ; DSM IV, 1995).

La crise d'angoisse, attaque de panique des auteurs américains, s'exprime par la peur de mourir ou de devenir fou et par des manifestations somatiques qui motivent volontiers consultations ou hospitalisations. Marquée par des troubles cardio-respiratoires y figurent des paresthésies et des douleurs diverses déjà décrites par Freud en 1894 (Freud, 1894).

L'anxiété constitue d'abord un sentiment, une émotion, un ensemble de comportements normaux, présents dans la vie quotidienne. Elle est même considérée comme nécessaire à certaines performances, assimilée alors à un état d'alerte. Elle peut être réactionnelle à une difficulté personnelle ou collective. Par exemple, dans la douleur aiguë ou chronique, l'anxiété est une émotion habituelle, constitutive de la douleur "expérience sensorielle et émotionnelle". L'anxiété devient pathologique, soit par son intensité qui gêne l'adaptation de l'individu, soit par le cadre nosographique associé. La psychiatrie française se réfère simultanément à la conception théorique des névroses fondée par Freud et la conception athéorique des troubles anxieux initiée avec le DSM III. La névrose décrit un trouble clinique qui trouve son origine dans un trouble de la personnalité tandis que le trouble anxieux du DSM ne désigne que le trouble clinique.

- La névrose d'angoisse recouvre ainsi certains troubles anxieux du DSM IV : l'Attaque de panique ou crise d'angoisse, la répétition de celle-ci désignée par le diagnostic Trouble panique avec ou sans agoraphobie et l'Anxiété généralisée qui doit durer au moins six mois.

- La névrose phobique recouvre les Phobies spécifiques d'objets ou de situations et la Phobie sociale de situations sociales ou de performances en contact avec des gens non familiers ou en cas d'exposition à l'observation attentive d'autrui.
- La névrose obsessionnelle ou névrose de contrainte, associant pensées obsédantes, rituels et personnalité obsessionnelle avec ruminations, hésitations, souci du détail, de l'ordre et de la propreté, entêtement, rigidité morale, ne correspond qu'à une petite partie du Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) avec pensées obsédantes ou comportements répétitifs.
- Enfin, la névrose traumatique correspond à l'État de stress post-traumatique chez des sujets exposés à des catastrophes dont le souvenir est envahissant (Serra, 1996).

Dans les troubles anxieux ou névroses que nous venons de citer, le sujet est conscient de son état. L'anxiété ressentie par l'individu provient d'une angoisse de sexualité, d'une angoisse de mort. En revanche, dans les psychoses, l'anxiété renvoie à une angoisse de morcellement, une angoisse de l'essence.

L'épidémiologie nous permet de mesurer l'ampleur des troubles anxieux. La prévalence vie entière, en population générale, des troubles anxieux s'élève à 10-20 %. En médecine générale, on rencontre 30 % de troubles psychiatriques dont la moitié de troubles anxieux. Ils sont encore plus fréquents en Hôpital général. Il est même possible d'affiner ces chiffres (Wittchen, 1991 ; DSM IV, 1995).

Le Trouble panique, considéré comme très invalidant, connaît une prévalence vie entière, en population générale, de 1,5 à 3,5 %, pour un âge de début compris entre 18 et 35 ans. La prévalence de l'Anxiété généralisée est de 5 à 5,7 %, pour un début entre 18 et 28 ans. La prévalence de la Phobie spécifique est de 8-11 %. La prévalence de la Phobie sociale est de 3-13 %, pour un début entre 10 et 20 ans. La prévalence du TOC est de 2-2,5 %, début 15-19 ans. La prévalence de l'État de stress post-traumatique est de 1 à 14 %.

Classiquement, l'évolution de la névrose d'angoisse se ferait vers la dépression ou vers les somatisations comme la névrose hystérique. Aujourd'hui, on évoque l'évolution de l'Attaque de panique vers le Trouble panique, puis l'Agoraphobie, puis le syndrome dépressif pour 50 % des troubles anxieux et enfin l'alcoolisme, la toxicomanie médicamenteuse ou la tentative de suicide.

Pour les échelles de l'anxiété, c'est le commentaire général établi à propos des échelles de la dépression qui prévaut (Serra, 2000). Citons simplement : la Hamilton, la Tyrer, la COVI, le HARD et bien sûr la HAD dans son score anxiété (Guelfi, 1996). Ajoutons la STAI de Spielberger et la PASS de MC Cracken.

► Anxiété et douleur

La douleur est un symptôme d'anxiété (Ey, 1978 ; DSM IV, 1995). À la suite de Freud, Henri Ey cite hyperesthésies et paresthésies, céphalées et "crises douloureuses pseudo-rhumatismales" (Freud, 1894). Les critères diagnostiques de l'Attaque de panique comprennent "douleur ou gêne thoracique" et "paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)". Les sujets les plus anxieux et les plus attentifs à leurs sensations corporelles rapporteraient plus de douleurs (Ahles, 1987).

L'anxiété est un symptôme de douleur aiguë. L'épidémiologie prouve que la co-morbidité anxiété-douleur chronique existe quelle que soit la douleur. L'association est sous-estimée (Serra, 1999). Ce constat est dommageable pour les patients et leurs soignants car des procédures thérapeutiques efficaces existent face aux troubles anxieux.

Liée à une vision pessimiste, catastrophique de la douleur, l'anxiété réduit la capacité de contrôle de la douleur (Hallberg, 1998 ; MC Cracken, 1999). L'anxiété, en elle-même ou intégrée à un style de coping, une aptitude à faire face, à gérer la douleur, peut favoriser une chronicisation douloureuse ou plus généralement renforcer un comportement d'individu malade. Le diagnostic, puis le traitement, s'annoncent comme essentiels.

■ SOMATISATION

► Étude

La somatisation peut être définie comme l'expression somatique de difficultés psychologiques. Le concept était naguère dominé par l'hystérie, l'hypocondrie et les maladies psycho-somatiques. Le rejet de la maladie psychosomatique comme étant toujours d'origine psychologique et surtout la critique à l'encontre des névroses et, notamment, de

la névrose hystérique, ont abouti avec le DSM III en 1980 à la création de la classe diagnostique "Troubles somatoformes" (DSM IV, 1995). Description clinique et nosographie sont étroitement liées.

L'hystérie doit beaucoup à Freud, devenant névrose hystérique au cœur même d'une nosographie psychanalytique naissante à l'orée du XX^e siècle. Inversement, la psychanalyse doit beaucoup à l'hystérie bâtissant son corpus théorique initial à partir du discours des patients hystériques. Cette référence théorique associée à une symptomatologie protéiforme, à comprendre de façon symbolique, expliquent la difficulté diagnostique pour le soignant toujours impliqué dans sa relation avec le patient et donc dans son propre fonctionnement psychique.

La névrose hystérique est constituée cliniquement de l'association de signes somatiques et psychiques, permanents ou paroxystiques, avec une personnalité hystérique (Ey, 1978 ; Israel, 1985).

Les signes somatiques touchent surtout les organes de la vie de relation et sont volontiers décrits comme transitoires et fonctionnels. Concernant la motricité et le tonus, c'est historiquement, avec Charcot, la crise hystérique qui dominait le tableau à la fin du XIX^e siècle. Toujours spectaculaire, elle subsiste aujourd'hui en crise de nerfs, crise de spasmophilie, malaise et autre agitation. Concernant les troubles de la sensibilité, on note anesthésies ou, au contraire, diverses douleurs dont certaines céphalées, prurit, vertiges, troubles de la vision ou de l'audition et, bien sûr, troubles de la sexualité. Concernant les troubles neurovégétatifs, on évoque la boule d'angoisse, divers spasmes, l'hypotension artérielle, voire même des stigmates.

Les signes psychiques sont également désignés comme troubles dissociatifs. On cite avant tout l'amnésie, sélective, volontiers alléguée par le sujet, ou plus simplement des difficultés de concentration. Fugues, état second ou personnalité multiple sont rares.

La dimension relationnelle et le sens du symptôme font toute la subtilité clinique. Spectaculaire si ce n'est dramatique, le symptôme a besoin de spectateurs. Le symptôme est alors sensible à la suggestion. Face au médecin, au soignant, l'utilisation du corps possède une valeur de manipulation de l'interlocuteur, de séduction de la curiosité scientifique, de la docte sagesse et du pouvoir thérapeutique. Le soignant risque d'en faire toujours plus pour finir par un échec thérapeutique, une désillusion de la toute puissance soignante et donc un rejet de cette érotisation interpersonnelle, de cet amour fourvoyé. En attendant,

réfugié dans une problématique corporelle, le sujet hystérique jouit de quelques bénéfices secondaires (Serra, 1992). Si l'on progresse un peu dans la compréhension de l'hystérie, on perçoit parfois tel ou tel sens symbolique dans les symptômes de conversion, mais ce n'est que par un processus psychanalytique que l'on peut entendre ce mécanisme de défense névrotique.

Quoiqu'il en soit, il est important de rappeler que tout symptôme, fût-il clairement organique, possède une dimension psychique. Cela n'est ignoré d'aucun spécialiste de la douleur. La psychanalyse confirme ce point de vue avec la surdétermination qui signifie qu'un même signe peut répondre à plusieurs explications, toutes valables.

Enfin, la personnalité hystérique associe histrionisme ou théâtralisme, facticité des affects avec dramatisation et séduction, suggestibilité, mythomanie comme expression d'un mode de pensée imaginaire, hyperémotivité avec crises et impulsivité et notamment dans l'hystérie masculine, dépendance affective et troubles de la sexualité. On décrit une personnalité hystérique de type histrionique et une de type passif-dépendant. La présence habituelle de traits de personnalité névrotique, entre autre hystérique, dans la population générale amène à parler de personnalité névrotico-normale.

L'hypocondrie est définie comme une maladie imaginaire, la certitude absolue d'être physiquement malade. Au-delà d'une simple préoccupation de santé ou de l'inquiétude face à un symptôme somatique, le discours hypocondriaque est repéré par la certitude organique du patient qui exclut toute hypothèse psychologique, par l'inaccessibilité à la critique ou à la réassurance quels que soient les bilans médicaux et par la fixité de la plainte. Comportement et discours hypocondriaques empruntent volontiers au discours médical, sûrement favorisés par un contexte social marqué par la médicalisation, la "culture médicale" (Balint, 1957 ; Delahousse et Pedinielli, 1989 ; Serra, 1992 ; Serra, 2001). Pour certains auteurs, l'hypocondrie ne serait qu'une forme d'hystérie chronicisée, vieillie, organisée par la médecine (Israel, 1985).

Les deux classes diagnostiques, hystérie et hypocondrie, que nous venons d'étudier, se retrouvent dans les Troubles somatoformes de la classification américaine. Si les symptômes physiques font évoquer un trouble organique, ils ne peuvent s'expliquer complètement, ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental (DSM IV,

1995). Notons que l'hystérie se retrouve également dans le Trouble dépressif cyclothymique, les Troubles dissociatifs et les Troubles sexuels et que la personnalité hystérique correspond à la Personnalité histrionique et à la Personnalité dépendante du DSM.

Principal trouble somatoforme, le Trouble somatisation du DSM IV énumère pour l'essentiel des symptômes physiques douloureux, gastro-intestinaux, sexuel, pseudo-neurologique, parmi lesquels le patient doit en présenter au moins huit à un moment quelconque de l'évolution de plusieurs années. La prévalence vie entière est de 0,2 à 2 %.

- Le Trouble de conversion exige un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité ou les fonctions sensibles ou sensorielles, associés à des facteurs psychologiques sous forme de conflits ou autres facteurs de stress. La prévalence vie entière serait inférieure ou égale à 0,3 %.

- L'Hypocondrie est définie comme une « préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques. La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant ». En médecine générale, la prévalence serait de 4 à 9 %.

- Le Trouble douloureux, enfin, est décrit simplement comme une douleur, à l'origine d'une souffrance ou d'une altération sociale, sous l'influence de facteurs psychologiques pour son déclenchement, son intensité, son aggravation ou sa persistance. Ainsi présentée, cette entité clinique correspond à toute douleur. Du coup, elle est l'objet de critiques : trop proche du Trouble conversion (Birket-Smith, 2002), impliquant un dualisme psyché-soma aujourd'hui rejeté (Boland, 2002), proche certes du Trouble somatisation, mais marquant finalement l'intérêt de la psychiatrie pour le problème de douleur (Hiller, 2000).

► Somatisation et douleur

Après la dépression et l'anxiété, la somatisation pose de nouveaux problèmes aux soignants prenant en charge des patients douloureux.

Le problème est d'abord diagnostique. L'expression physique de troubles psychologiques se rencontre dans les trois entités. La hiérarchisation dépression, anxiété, puis somatisation est intéressante en terme d'urgence à traiter. Mais les cliniciens se référant à la conception classique ou psychanalytique et cherchant une cause profonde aux

syndromes médico-psychologiques, dresseraient volontiers une hiérarchisation inverse.

Le problème est en effet théorique d'une opposition psychanalyse versus comportementalisme. Quelles que soient ses références, le psychiatre ou le psychologue d'une Consultation de la Douleur devra mettre son savoir au service d'une pratique enrichissante pour tous.

Le problème est finalement thérapeutique. Que l'on diagnostique une névrose hystérique ou un Trouble somatoforme, cela doit déboucher sur une proposition réalisable. Possible expression des difficultés scientifiques précédentes, la somatisation pose un problème épistémologique. On ne trouve que ce que l'on cherche. On ne cherche que ce qui présente un intérêt. Mais de quel intérêt s'agit-il ? Clinique, thérapeutique, commercial, théorique, scientifique ? Pourquoi la plupart des travaux portent-ils sur douleur et dépression ? L'anxiété n'est-elle pas sous-estimée quand certains auteurs la trouvent plus fréquemment associée à la douleur que ne l'est la dépression ? La somatisation et les Troubles somatoformes ne sont-ils pas aussi sous-estimés (Fishbain, 1986) ? Des études complémentaires sont nécessaires, si l'on pense que le trouble somatoforme douloureux est le mode de somatisation le plus fréquent dans le monde occidental. Mais avant tout, c'est notre attention soignante qui s'impose.

■ ABUS DE SUBSTANCES

Ce paragraphe n'a comme prétention que de souligner, de confirmer un constat réalisé dans la prise en charge de patients douloureux chroniques. L'abus de substance est parfois associé, beaucoup plus souvent redouté et toujours délicat à gérer.

Quand on travaille auprès de patients douloureux, on se demande si l'abus de substance n'est pas, d'abord, un problème éthique. La morale de notre société redoute la toxicomanie. Prendre un opioïde prescrit face à une douleur évaluée, c'est partager un produit commun avec le drogué. Il n'y a qu'un pas vers la stigmatisation qui fait des malheureux patients des toxicomanes en puissance et de leurs thérapeutes des dealers. Dans notre quotidien soignant, nous savons que le problème est surtout à la carence antalgique. L'OMS l'affirme depuis longtemps. L'insuffisance d'utilisation des antalgiques et, notamment, des opioïdes, est quantitative et qualitative. L'origine se révèle être un défaut de

connaissance sur les indications et les risques des médicaments antalgiques (Boureau, 1992 ; Ferrell, 1992 ; Cohen, 2002).

Les opioïdes ne sont pas les seuls en cause : les anti-inflammatoires, la chirurgie, les benzodiazépines et autres psychotropes, les examens répétés, la poursuite prolongée des médicaments, sont autant de problèmes qui interrogent la puissance thérapeutique de la médecine, le risque iatrogène, les demandes variables parfois contradictoires de l'individu malade et de la société. L'abus de substance est un aspect du problème. La littérature médicale semble se limiter aux opioïdes (Adriaensen, 2003). Il est vrai que l'impact social, médico-légal est le plus fort sur ces substances (Savage, 1996).

Une difficulté pratique est celle de traiter une douleur chez un patient toxicomane (Savage, 2002 ; Sees, 1993 ; Carpentier, 1997). Une autre est de s'adresser à des patients douloureux souffrant de troubles psychiatriques dépressifs, anxieux ou somatoformes (Radat, 2002 ; Wambach, 2001). Même si le problème est plus marqué pour la prescription de morphiniques en dehors du cancer, il apparaît aussi avec cette pathologie (Passik, 1998 ; Paice, 1998).

Reprenons quelques définitions (DSM IV, 1995). La tolérance est, soit le besoin de quantités accrues pour obtenir le même effet, soit l'effet diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance. Le sevrage est le cortège de troubles médicaux qui accompagne l'arrêt ou la réduction d'une substance. La dépendance à une substance associe tolérance et sevrage avec surconsommation, difficulté à réguler la consommation et/ou impact personnel ou social. Enfin, l'abus de substance - l'addiction - est défini par un mode d'utilisation inadéquat conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative et cela sur 12 mois. Le manuel DSM IV précise ensuite les Troubles liés aux opiacés et les Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Toutefois, cette approche psychiatrique est relativisée, discutée par de nombreux auteurs en ce qui concerne la tolérance et la dépendance des patients douloureux traités (Fishbain, 1992 ; Aronoff, 2000 ; Heit, 2001 ; Radat, 2002).

Les études épidémiologiques ont signalé la fréquence du phénomène. Par une revue critique, Fishbain établit la prévalence des diagnostics de dépendance, d'abus ou d'addiction entre 3,2 et 18,9 % des patients douloureux chroniques (1992). Si 4 % des patients migraineux sont

concernés par le mésusage médicamenteux, il s'élève à 20 % dans les Centres de céphalées (Radat, 2002).

Diverses propositions scientifiques peuvent être ici rapportées. Nous l'avons vu, nombreux sont les auteurs qui reprenant les définitions strictes du DSM IV souhaiteraient probablement les voir évoluer pour une meilleure adaptation à la réalité de nos patients traités. La perte de contrôle de la prise de médicaments antalgiques en dépit d'effets adverses est peut être le meilleur indicateur d'un comportement addictif chez un patient douloureux chronique traité (Radat, 2002). L'addiction concerne volontiers plusieurs substances en même temps dont les psychotropes. Un risque accru existerait en cas de co-morbidité dépressive ou anxieuse. L'antalgique viendrait apaiser certains symptômes d'anxiété ou de dépression ou entraînerait d'autres bénéfices, d'autant plus que l'anxiété ou la dépression n'auraient pas été correctement évaluées et traitées. Évaluer également le passé d'abus de substances, la consommation de substances addictives licites, la difficulté à respecter un contrat thérapeutique, réévaluer précisément en cas de prescription d'opioïdes surtout hors du cancer, en cas de tolérance, en cas d'échec, travailler en équipe, faire appel aux Consultations de la Douleur, aux Consultations de Toxicomanie, à la Psychiatrie de liaison : autant de propositions qui peuvent nous aider dans la situation difficile de la dépendance et de l'abus de substance (Boureau, 1992 ; Miotto, 1996 ; Heit, 2001 ; Kirsh, 2002). Ce champ nécessite des recherches cliniques, psychopathologiques, épidémiologiques et fondamentales (Compton, 1998 ; Le Bars, 2000 ; Radat, 2002).

■ TRAITEMENTS

Après avoir rappelé les principes thérapeutiques face aux quatre entités psychiatriques étudiées, en guise de conclusion, nous détaillerons certaines procédures thérapeutiques utilisables au quotidien chez les patients douloureux chroniques.

► Dépression, anxiété, somatisation, addiction

- Les thérapeutiques de la dépression sont les mieux codifiées. Il est important avant tout de préciser l'intensité du syndrome dépressif, le contexte nosographique, les possibilités personnelles ou contextuelles du sujet déprimé : cela déterminera les modalités de prise en charge. Le traitement de référence face à un syndrome dépressif caractérisé et sévère comporte une chimiothérapie par antidépresseur, à dose efficace, pendant plusieurs mois, associée à une psychothérapie cognitive ou psychanalytique selon la compétence du psychothérapeute et la demande du patient. Si le médecin est formé et/ou le syndrome dépressif moins intense, ce soignant référent peut assumer la prise en charge (Serra, 2000).

- Les thérapeutiques de l'anxiété associent également chimiothérapie et psychothérapie. Les anxiolytiques constituent un traitement de crise ou de fond. Mais le risque de dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, doit faire limiter la durée de prescription, en particulier avec les benzodiazépines. Le Trouble panique, en prévention des crises d'angoisse, bénéficie de certains antidépresseurs. Cela est également vrai pour les TOC, pour la Phobie sociale, pour l'Anxiété généralisée. La psychothérapie sera soit comportementale, soit psychanalytique.

- Les thérapeutiques de la somatisation dépendront encore une fois de la formation du clinicien. Si un diagnostic de Névrose hystérique peut constituer une indication royale de psychanalyse, un diagnostic de Trouble somatisation – chez un même patient bien sûr – répondrait à une prise en charge cognitive (Salkovskis, 1989 ; Serra, 1995). Notons que le Trouble somatoforme douloureux peut bénéficier de la prescription d'antidépresseur.

- Enfin les thérapeutiques des abus de substances sont constituées de : prévention lorsqu'apparaissent tolérance ou dépendance chez un sujet douloureux traité, respect des consignes évoquées précédemment, sevrage médicalement accompagné par la psychothérapie (soutien cognitivo-comportemental), par la chimiothérapie (substitution éventuelle, co-morbidité dépressive), par la sociothérapie (cure de sevrage et post-cure).

► Quels traitements chez le douloureux chronique ?

Les co-morbidités bénéficient donc de traitements spécifiques à la dépression, l'anxiété, la somatisation, l'abus de substance.

Mais quels que soient les mécanismes et les causes, quels que soient les diagnostics, la douleur peut être générée, aggravée ou simplement entretenue ou au contraire améliorée par des facteurs psychologiques (Boureau, 1988). Parmi ces facteurs, on retrouve des éléments cliniques ou des mécanismes de dépression et d'anxiété, voire de somatisation ou d'addiction, eux-mêmes composants affectifs, cognitifs et comportementaux de la douleur "expérience sensorielle et émotionnelle". Du coup les modes de compréhension et de prise en charge de la douleur se nourrissent de cette coexistence.

- Au niveau des médicaments, les anxiolytiques peuvent aider au traitement de l'anxiété associée à la douleur (Serra, 1999). Or, diminuer l'anxiété facilite l'adaptation du patient face à sa douleur (MC Cracken, 1999). Il faut choisir des substances non sédatives, avec moindre potentiel addictif. Ce qui semble le cas de molécules plus récentes. Nous avons vu aussi que la prescription des antidépresseurs dépasse aujourd'hui la simple association douleur-dépression. La façon de prescrire vaut autant que la substance pharmacologique, se plaît-on à dire. L'effet placebo en est une illustration troublante qui fait de la chaleur relationnelle et de l'assurance thérapeutique du soignant des déterminants essentiels du succès thérapeutique. Les modalités mêmes de la prescription sont à considérer.

- Que la réponse médicamenteuse psychotrope s'impose ou pas, l'accompagnement psychologique fait partie du programme thérapeutique plurimodal proposé à tout patient douloureux (Serra, 2000). Cet accompagnement peut s'inspirer de la psychothérapie psychanalytique. Quand une plainte douloureuse est l'expression d'une souffrance névrotique, hystérique, d'une insatisfaction existentielle, l'analyste et son patient ne se focalisent pas sur le symptôme mais remontent à l'origine de la souffrance. Un éloignement de la médecine, facteur de chronicisation, est habituel. C'est-à-dire, selon cette perspective, que l'équipe médicale doit renoncer à sa volonté de guérir, de supprimer le symptôme douleur. En pratique, un assouplissement de l'idéal soignant est obtenu par les groupes de paroles et autres réunions de synthèse en

présence d'un "psy" formé selon le modèle des groupes Balint (Balint, 1957). Ce renoncement soignant n'est pas incompatible avec le progrès thérapeutique. Bien au contraire, il combat la iatrogénéisation.

- L'accompagnement psychologique peut s'inspirer des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC). Accessible plus facilement au thérapeute et au patient, compatible avec les notions de douleur-maladie ou de syndrome douloureux chronique, ce courant pragmatique rencontre un succès grandissant (Boureau, 1988).

- La consultation initiale du patient douloureux permet l'analyse fonctionnelle de sa symptomatologie. L'approche comportementale vise à obtenir des changements précis, concrets dans la qualité de vie des patients, en traitant des symptômes comportementaux que l'on sait aborder en TCC. "Si une diminution de la douleur en résulte, c'est un supplément" (Salkovskis, 1989).

- Les réponses thérapeutiques aux modèles comportementaux de Pavlov ou Skinner empruntent aux domaines de l'anxiété et des phobies. Dans la désensibilisation systématique de Wolpe, si l'on oppose à la situation anxiogène ou douloureuse une réponse inhibitrice de celle-ci comme la relaxation, on évite l'apparition du comportement-cible. On renforce les comportements bien portants, on aide le patient douloureux, anxieux, dépressif, somatisant, à affronter les situations importantes.

- Quand douleur, dépression ou somatisation coexistent, la thérapie cognitive peut être indiquée selon le modèle développé par Beck dans la dépression. Les erreurs de croyance du patient douloureux seront rectifiées comme la tendance à généraliser ses difficultés, à dramatiser, à s'inquiéter de son corps, à perdre le contrôle, à espérer des solutions miracles (Boureau, 1988 ; Salkovskis, 1989 ; Serra, 1995 ; MC Cracken, 1999).

- Les approches corporelles font également partie de l'arsenal thérapeutique : kinésithérapie, massages, applications de chaleur, maintien puis développement des activités physiques, relaxation, hypnose. Certes, ces approches - au même titre que les approches psychologiques - souffrent de leur comparaison avec la chimiothérapie au sein de la médecine fondée sur les preuves. Néanmoins, dans notre quotidien soignant, nous nous accordons tous sur leur place également

importante. Ainsi la relaxation est un outil précieux dans le traitement de la douleur comme de l'anxiété voire de la somatisation.

- L'écoute du sujet et la prise en considération de la réalité de sa douleur réduisent l'écho perdu de son anxiété, de sa dépression, de ses plaintes somatiques, de ses dépendances. En cas de nécessité, chacune des entités cliniques bénéficiera d'un traitement particulier. L'amélioration de la symptomatologie douloureuse sera d'autant plus importante et rapide que, parallèlement au traitement antalgique, sera mise en route une prise en charge correcte de la pathologie associée (Merskey, 1989). Finalement, le traitement des co-morbidités réalise une cothérapie favorable à un programme thérapeutique plurimodal, à une prise en considération globale du patient douloureux.

Annexe

ÉPIDÉMIOLOGIE

Si tout le monde s'accorde sur la fréquence élevée des grandes comorbidités psychiatriques associées aux douleurs chroniques, il importe de se reporter aux études épidémiologiques à notre disposition.

La sémologie psychiatrique, culturellement déterminée, a été décrite minutieusement par des auteurs germanophones (Kraepelin, Freud, Kretschmer) et des auteurs francophones (Serieux et Capgras, Ballet, de Clerambault, Lacan, Ey, Israel). Cette nosographie psychiatrique est compatible avec la théorie psychanalytique mais aussi avec les thérapies psychologiques et médicamenteuses. La difficulté à affirmer certains diagnostics comme l'hystérie ou la schizophrénie, les travaux accrus dans le domaine de la dépression, l'opposition à la psychanalyse, ont fait reconsidérer le champ des maladies mentales, notamment, outre-atlantique. Cela a abouti aux classifications psychiatriques modernes développées par les épidémiologistes à des fins de recherche : la Classification Internationale des Maladies CIM-10 de 1992 ou le Manuel Diagnostique et Statistique américain des troubles mentaux le DSM III de 1980 devenu DSM IV (APA, 1995). Les études épidémiologiques concernant la co-morbidité douleur et troubles mentaux font référence aux versions successives du DSM.

Ainsi passant en revue les diagnostics psychiatriques de 43 patients

porteurs d'une douleur chronique qui n'avait pas bien répondu au traitement conventionnel, Reich et coll. trouvent au DSM III, prédécesseur du DSM IV, 6 "Troubles affectifs" (15 %), 13 "Troubles somatoformes" - somatisation, conversion hystérique, hypocondrie - (30 %), et 8 "Toxicomanies" (19 %). Un trouble de la personnalité est retrouvé chez 16 patients (37 %) avec 5 "personnalité histrionique" (30 %) et 4 "personnalité dépendante" (25 %) (Reich, 1983).

Fishbain et coll. (1986) évaluent de la même façon 283 patients consécutifs admis en Centre de la Douleur essentiellement pour des douleurs musculo-squelettiques notamment lombaires (75 %). Ils retrouvent 56 % de patients souffrant de "Dépression" avec 64 % de ce regroupement diagnostique chez les femmes contre 50 % chez les hommes ($p < 0.05$). Notons que le "Trouble dysthymique" représente 23 % et le "Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive" 28 %.

Les "Troubles anxieux" sont encore plus fréquents à 62,5 %, avec 66,5 % chez les femmes contre 59 % chez les hommes ($p < 0.01$). Notons 1 % de "Stress post-traumatique", 15 % de "Trouble anxiété généralisée" et 43 % de "Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse".

Les "Troubles somatoformes" sont retrouvés chez 43 % des patients, dominés par le "Trouble conversion" à 38 %, diagnostiqué avec soins, à côté du "Trouble somatisation" 4 %, de la "Douleur psychogène" (ancêtre du Trouble douloureux du DSM IV) 0,3 % et de "l'Hypocondrie" 0,7 %. Les "Dépendances à l'alcool et autres drogues" représentent 15 % des patients, avec prédominance masculine de 20 % contre 8 % chez les femmes ($p < 0.01$). Notons la co-morbidité de l'Alcoolisme 12 % avec la Dépendance aux drogues et médicaments 10,5 %, toujours avec une surreprésentation masculine. Enfin, le "Trouble explosif intermittent" ou psychopathie des auteurs franco-germaniques, est à 10 %, pour 17 % des hommes contre 1,6 % des femmes ($p < 0.0001$).

La même étude retrouve des troubles de la personnalité : 17 % de "dépendant", 15 % de "passif-agressif" soit 21 % chez les hommes contre 12,5 % chez les femmes, 11,5 % "d'histrionique" soit 20,5 % chez les femmes contre 4,5 % chez les hommes ($p < 0.0001$) et, enfin, 4,5 % de "narcissique", 5 % de "paranoïde" et 3 % de "schizoïde" chez les hommes contre 0 % chez les femmes.

Atkinson et coll. (1991) explorent la prévalence vie entière des troubles psychiatriques dans une population de 97 hommes lombalgiques

chroniques de la région de San Diego comparée à 49 volontaires sains. Ils retrouvent 32 % de “dépression majeure” ($p < 0.05$), 23 % “d’anxiété généralisée” (NS : non significatif sur l’échantillon étudié), 8 % de “trouble panique” (NS), 13,5 % de “trouble obsessionnel compulsif” TOC (NS), soit 31 % de “troubles anxieux” hors TOC ($p < 0.05$), 65 % de “dépendance alcoolique” $p < 0.01$, 11,5 % d’autres dépendances (NS), enfin, dans cette population masculine, on retrouve 21 % de “trouble antisocial” (NS) et aucun “trouble somatisation”.

Merikangas et coll. (1990), chez 457 sujets migraineux, trouvent selon le DSM III une prévalence annuelle de 15 % de “dépression majeure” ($p < 0.05$), de 31 % de “troubles anxieux” ($p < 0.05$) avec 10 % “d’anxiété généralisée” ($p < 0.001$).

Devlen (1994) chez 650 sujets migraineux, trouve via la HAD 50 % d’anxiété probable (score HAD ≥ 11) ou possible (score HAD 8 à 10) et 20 % de dépression (probable = 6 % et possible = 14 %). Ces prévalences élevées sont comparables à celles mesurées dans d’autres pathologies. Par ailleurs, aucune corrélation n’est retrouvée avec la fréquence des crises de migraine.

La corrélation élevée entre la douleur rapportée par les patients et leur niveau d’anxiété et de dépression a été établie notamment par Smedstad et coll. (1995) chez des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde. L’impact des troubles psychiques sur l’évolution douloureuse est pressenti par tous les soignants. Dans une étude cohorte de 75 patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux sur cinq années, Fowley et coll. (1992) ont confirmé cette impression quant à l’anxiété, facteur de maintien d’un syndrome colique rebelle et quant à la dépression, facteur de fluctuations négatives dans la détresse et le comportement malade.

Bibliographie

- Adriaensen H, Vissers K, Noorduin H, Meert T. Opioid tolerance and dependence : an inevitable consequence of chronic treatment ? *Acta Anaesthesiol Bel*, 2003, 54 : 37-47.
- Ahles TA, Cassens HL, Stalling RB. Private body consciousness, anxiety and the perception of pain. *J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat.*, 1987, 18 : 215-222.
- Allaz A-F Dimensions psychologiques de la douleur chronique. La lettre de l’IUD, n° 13, 1-6, septembre 2000.

- American Psychiatric Association. DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition, Masson, Paris, 1995.
- ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES, Paris, 1999.
- Aronoff GM. Opioids in chronic pain management : is there a significant risk of addiction ? *Curr. Rev. Pain*, 2000, 4 : 112-121.
- Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I and Garfin SR. Prevalence, onset and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain : a controlled study. *Pain*, 1991, 45 : 111-121.
- Balint M. Le médecin, son malade et la maladie (1997). Payot, Collection Science de L'Homme, Pain, 1998.
- Birket-Smith M, Mortensen EL. Pain in somatoform disorders : is somatoform pain disorder a valid diagnosis ? *Acta. Psychiatr Scand.*, 2002, 106 : 103-8.
- Boland RJ. How could the validity of the DSM-IV pain disorder be improved in reference to the concept that it is supposed to identify ? *Curr. Pain Headache Rep.*, 2002, 6 h 23-29
- Boureau F. Pratique du traitement de la douleur. Doin, Paris, 1988.
- Boureau F, Luu M, Koskas-Sergent AS, Doubrere JF. Need of risk reevaluation in morphine dependence in pain patients (en français). *Thérapie*, 1992, 47 : 513-8.
- Brandt J, Celentano D, Stewart W, Linet M, Folstein ME. Personality and emotional disorder in a community sample of migraine headache sufferers. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 303-308.
- Carpentier M. Pain, anesthesia and drug addiction (en français). *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.*, 1997, 98 : 120-2.
- Chaturvedi SK, Michael A. Chronic pain in a psychiatric clinic. *J. Psychosom. Res.*, 1986, 30: 347-354.
- Cohen MJ, Jasser S, Herron PD, Margolis CG. Ethical perspectives : opioid treatment of chronic pain in the context of addiction. *Clin. J. Pain*, 2002, 18 (4 suppl) : S99-107.
- Compton P, Darakjian J, Miotto K. Screening for addiction in patients with chronic pain and "problematic" substance use : evaluation of a pilot assessment tool. *J. Pain Symptom Manage*, 1998, 16 : 355-63.
- Craig KF. Emotional aspects of pain. In : Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 2nd ed, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1989.
- Delahousse J, Pedinielli JL. La médicalisation de la plainte. *Psychologie Médicale*, 1989, 21,3 : 325-328
- Ey H, Bernard P, Briset C. *Manuel de psychiatrie*. 5^e édition, Masson, Paris, 1978.
- Ferre BR, MC Caffery M, Rhiner M. Pain and addiction : an urgent need for change in nursing education. *J. Pain Symptom Manage*, 1992, 7 : 117-124 et 439-440.

- Fishbain D, Goldberg M, Meagher B, Steele R, Rosomoff H. Male and Female Chronic Pain Patients Categorized by DSM-III Psychiatric Diagnostic Criteria. *Pain*, 1986, 26 : 181-197
- Fishbain DA, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Drug abuse, dependence, and addiction in chronic pain patients. *Clin. J. Pain*, 1992, 8 : 77-85.
- Fowlie S, Eastwood MA, Ford MJ. Irritable bowel syndrome : the influence of psychological factors on the symptom complex. *J. Psychosom. Res.*, 1986, 30 : 347-354.
- Freud S. Du bien fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé en tant que "névrose d'angoisse", 1894. In *Œuvres Complètes. Psychanalyse. Vol III*, 1894-1899, PUF Paris, 1989.
- Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tomes I et II, Editions Médicales Pierre Fabre, 1996.
- Hallberg LRM, Carlsson SG. Anxiety and coping in patients with chronic work-related muscular pain and patients with fibromyalgia. *European J. Pain*, 1998, 2 : 309-319.
- Heit HA. The truth about pain management : the difference between a pain patient and an addicted patient. *Eur. J. Pain*, 2001, 5 (suppl A) : 27-9.
- Hiller W, Heuser J, Fichter MM. The DSM-IV nosology of chronic pain : a comparison of pain disorder and multiple somatization syndrome. *European J. Pain*, 2000, 4 : 45-55.
- Israel L. L'hystérique, le sexe et le médecin. Masson, Paris, 1985.
- Kellner R. Somatization and hypochondriasis. Praeger, New York, 1986.
- Kirsh KL, Whitcomb LA, Donaghy K, Passik SD. Abuse and addictions issues in medically ill patients with pain : attempts at clarification of terms and empirical study. *Clin. J. Pain*, 2002, 18 (suppl 4) : S52-60.
- Le Bars M, Glowinski J, Bannwarth B. Tolerance and dependence on opioid analgesics : experimental and clinical aspects (en français). *Thérapie*, 2000, 55 : 343-347.
- MC Cracken LM, Spertus IL, Janeck AS, Sinclair D, Wetzel FT. Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain : pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 1999, 80 : 283-289.
- Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and Psychopathology. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, 47 : 849-853.
- Merskey H. Pain and psychological medicine. In : Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 2nd ed, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1989.
- Miotto K, Compton P, Ling W, Conolly M. Diagnosing addictive disease in chronic pain patients. *Psychosomatics*, 1996, 37 : 223-35 et 38 : 158-9.
- Pablo D. Approche psychiatrique de la douleur chronique. Thèse Médecine n°90, Lyon Sud, 1990.
- Paice JA, Toy C, Shott S. Barriers to cancer pain relief : fear of tolerance and addiction. *J. Pain Symptom Manage*, 1998, 16 : 1-9.

- Passik SD, Portenoy RK, Ricketts PL. Substance abuse issues in cancer patients. Part 1 : prevalence and diagnosis. *Oncology*, 1998, 12 : 517-21.
- Radat F, Irachabal S, Swendsen J, Henry P. Analgesic abuse and psychiatric comorbidity in headache patients (en français). *Encephale*, 2002, 28 : 466-471.
- Reich J, Tupin JP, Abramowitz SI. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140 : 1495-1498.
- Routier CP, Serra E, Disma G. Le modèle comportemental et ses implications dans l'analyse de la douleur chronique. *J. Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2003, 13 : 24-33.
- Salkovskis P. Somatic Problems. In : Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford Medical Publications, 1989.
- Savage SR. Assessment for addiction in pain-treatment settings. *Clin. J. Pain*, 2002, 18 (4 suppl.) : S28-38
- Savage SR. Long-term opioid therapy : assessment of consequences and risks. *J. Pain Symptom Manage*, 1996, 11 : 274-86.
- Sees KL, Clark HW. Opioid use in the treatment of chronic pain : assessment of addiction. *J. Pain Symptom Manage*, 1993, 8 : 257-64 et 1994, 9 : 74.
- Serra E. Spécificité de la prise en charge psychologique du douloureux chronique. *Psychologie médicale*, 1995, 27 : 19-22.
- Serra E. Douleur et anxiété : une association sous-estimée. *Ann. Psychiatr.*, 1999, 14 : 240-245.
- Serra E. Quand, comment adresser vers le psychiatre ou le psychologue ? *Douleurs*, 2000, 1 : 20-23.
- Serra E. Douleur, angoisse et dépression. In Ferragut E. *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Masson, Paris, 2000.
- Serra E, Guedj Ph. La douleur post-traumatique. *Houdé Magazine Médical*, n°28 : 13-18, 1996.
- Serra E, Papavassilopoulou E. SPID, CFS, PTSD, tétanie, dépression ou le refuge dans la médecine. *Psychologie Médicale*, 1992, 24 (4) : 329-331.
- Serra E, Sahebjam M, Goran A. La plainte hypocondriaque. *Doul. et Analg.*, 2 : 127-131, 2001.
- Smedstad LV, Vaglum P, Kvien TK, Moum T. The Relationship Between Self-Reported Pain and Sociodemographic Variables, Anxiety and Depressive Symptoms in Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 1995, 22 : 514-520.
- Wambach S, Rohr P, Hauser W. Abuse of opioide therapy in somatoform pain disorder (en allemand). *Schmerz*, 2001, 15 : 254-64.
- Wittchen U. Epidemiology of anxiety. Lecture of the European Certificate in Anxiety Disorders. Erasmus Programme of the Commission of European Communities, Maastricht and Oxford, 1991.