

Aspects psychologiques de la fibromyalgie

Christine Cedraschi ^{a,b,*}, Jules Desmeules ^b, Christophe Luthy ^a, Anne-Françoise Allaz ^a

^a Clinique de médecine interne de réhabilitation, 26, avenue Beau-Séjour, 1211 Genève 14, Suisse

^b Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, division de pharmacologie et toxicologie cliniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1211 Genève 14, Suisse

Reçu le 2 janvier 2003 ; accepté le 2 janvier 2003

Mots clés : Fibromyalgie ; Psychopathologie ; Somatisation ; Catastrophisme ; Stigmatisation

Keywords: Fibromyalgia; Psychopathology; Somatization; Catastrophizing; Stigma

Syndrome complexe et multidimensionnel, la fibromyalgie se caractérise par la présence de points sensibles sélectifs dans le contexte de douleurs chroniques diffuses. Il est de plus en plus largement reconnu qu'elle s'inscrit dans le cadre des syndromes douloureux chroniques, où la recherche d'un modèle de causalité unique est remplacée par une réflexion sur l'interaction entre des facteurs qui prédisposeraient, précipiteraient ou perpétueraient la symptomatologie [1]. Parmi ces facteurs, les aspects psychologiques et psychosociaux tiennent une place importante, ce qui ne saurait surprendre dans la mesure où une douleur chronique s'inscrit dans un processus dynamique qui résulte d'une interaction constante entre aspects somatiques et psychologiques. En ce sens et dans une perspective multicausale [2,3], l'identification d'un facteur comme constituant un prédicteur à un moment donné de l'évolution de l'atteinte n'exclut pas la possibilité que ce facteur soit aussi une conséquence de l'expérience douloureuse. Aborder la dimension des facteurs psychologiques n'implique en aucun cas la négation de facteurs somatiques — ainsi la participation d'une sensibilisation du système nerveux central à l'abaissement du seuil de la douleur est évoquée [4] — dont la place est fréquemment soulignée dans le champ de la recherche sur le syndrome fibromyalgique [5].

De nombreux facteurs psychologiques et psychosociaux ont été associés à la fibromyalgie. La douleur s'insère dans un processus dynamique complexe qui rend malaisée et artificielle une description en termes de facteurs pris isolément. Leur organisation en dimensions permet d'approcher cette complexité, même si cette dernière s'avère souvent difficile à démêler et que l'enchevêtrement est la règle plus que l'ex-

ception dès lors qu'il est fait référence à un modèle biopsychosocial de la douleur chronique [6].

1. Dimension de la maladie et du comportement

Cette dimension comprend les aspects physiopathologiques, mais aussi les co-morbidités psychiques et les aspects du comportement. Si aucun profil psychopathologique commun n'a pu être mis en évidence dans la fibromyalgie [7], la place des aspects dépressifs a été maintes fois soulignée. D'aucuns ont parlé de « spectre des troubles de l'humeur » en considérant la proximité phénoménologique entre dépression majeure et fibromyalgie, mais aussi syndrome du colon irritable, céphalées de tension ou syndrome de fatigue chronique [8]. Cette proximité inclut aussi bien les symptômes spécifiques d'un épisode dépressif (thymie dépressive, troubles du sommeil, de la concentration, de l'appétit, fatigue) que des symptômes associés à des troubles de l'humeur (anxiété, irritabilité, maux de tête et troubles gastro-intestinaux). Conséquence des recouvrements de symptômes, de l'hétérogénéité des critères et/ou des caractéristiques des patientes/patients¹, les résultats des études portant sur la prévalence de la dépression dans la fibromyalgie ne sont pas univoques — les taux vont en effet de 10 à 90 % — pas plus que les données issues de la prévalence comparée de la dépression dans la fibromyalgie et la polyarthrite rhumatoïde par exemple. Ces résultats suggéreraient ainsi qu'une co-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christine.cedraschi@hcuge.ch (C. Cedraschi).

¹ Étant donnée la prévalence très majoritairement féminine de la fibromyalgie, la plupart des études citées dans cet article ont été conduites essentiellement auprès de femmes fibromyalgiques. Le féminin sera donc utilisé ici comme générique.

morbidité dépressive n'est pas spécifique à la fibromyalgie mais relativement commune aux problèmes de douleurs chroniques [9].

Une étude menée auprès de trois groupes de personnes, des patientes souffrant de fibromyalgie, des individus remplissant les critères de la fibromyalgie mais ne consultant pas pour ces symptômes et des sujets contrôles en bonne santé indique que troubles psychopathologiques et fibromyalgie ne sont pas intrinsèquement liés [10]. La fréquence de troubles psychopathologiques est en effet équivalente chez les « fibromyalgiques non-patientes » et chez les sujets contrôles en bonne santé, alors qu'elle est clairement plus élevée chez les patientes fibromyalgiques. Si les patientes présentent par ailleurs davantage de symptômes d'anxiété, de dépression et de fatigue que les deux autres groupes, les différences entre patientes fibromyalgiques et « fibromyalgiques non-patientes » sont essentiellement liées à l'intensité des douleurs. Ces résultats suggèrent que la présence de troubles psychopathologiques, d'une importante détresse psychique, associés à des symptômes fibromyalgiques, contribuent de manière essentielle au comportement de recherche de soins des patientes fibromyalgiques. Des données épidémiologiques indiquent que, si les individus souffrant de douleurs chroniques diffuses sont plus susceptibles d'éprouver également des troubles psychiques [11], la douleur chronique diffuse en elle-même n'est pas prédictive d'une détresse émotionnelle. Dans la fibromyalgie, l'interaction entre douleur chronique diffuse, présence de points sensibles et problèmes physiques et psychologiques concomitants constitue en revanche un prédicteur d'une détresse émotionnelle et d'une augmentation de la fréquence des consultations [12,13].

Cette interaction soulève la question de la somatisation. Définie comme l'expression d'une détresse intrapsychique et sociale dans un langage de plaintes corporelles et donnant lieu à une recherche accrue de soins [14], il s'agit d'un processus renvoyant à la recherche de soins comme manière de parler de la plainte et de la souffrance [15]. La question se pose néanmoins de savoir si ces aspects du processus de somatisation ne seraient pas en fait une conséquence d'une douleur chronique diffuse. Une étude prospective [16] dans une population ne souffrant pas de douleurs chroniques diffuses montre que les indicateurs de somatisation mesurés au début de l'étude prédisent le développement de douleurs chroniques diffuses dans l'année suivante. Les meilleurs prédicteurs se sont avérés être une recherche accrue de soins médicaux ainsi que le fait de signaler un nombre plus important de plaintes somatiques (avec un substrat anatomopathologique qui n'est pas toujours identifiable) que les individus qui ne développent pas ce type de douleurs. Si ces résultats étayaient l'hypothèse des douleurs chroniques diffuses comme étant une manifestation du processus de somatisation, les auteurs relèvent que la relation n'est pas de causalité stricte : tous les sujets présentant des caractéristiques se rapportant au processus de somatisation ne développent pas des douleurs chroniques diffuses et inversement. Il est inté-

ressant de noter que les plaintes multiples dans une population générale ont été associées aux états dépressifs, montrant ainsi le lien étroit entre dépression et somatisation [17]. Il est par ailleurs important de souligner que la notion de somatisation n'implique aucune remise en cause de la réalité de la douleur vécue par les patients; c'est au contraire à l'intérieur même de l'expérience douloureuse qu'elle devrait permettre de mieux appréhender ces patients chez lesquels les douleurs retentissent sur l'ensemble du fonctionnement biopsychosocial [18].

2. Dimension de l'histoire de la douleur

La question se pose des débuts et du déroulement des symptômes, ainsi que de la place du diagnostic. Si certaines patientes racontent une histoire d'installation progressive des symptômes, d'autres font état d'une survenue plus brutale, suite à un événement pouvant être qualifié de traumatique, physiquement ou psychologiquement. La présence d'un syndrome de stress post-traumatique ou de symptômes associés à ce type de syndrome a été évoquée chez les patients fibromyalgiques [19], tandis que d'autres suggèrent que les douleurs diffuses rencontrées dans le syndrome de stress post-traumatique correspondraient en fait à une fibromyalgie non diagnostiquée [20].

L'importance d'un événement déclenchant perçu comme traumatique est explicitée dans une étude qui a mis en évidence une association significative entre trauma physique et obtention d'une rente d'invalidité d'une part et entre trauma émotionnel et comportement de recherche de soins d'autre part. Aucun lien entre la présence d'un vécu traumatique et l'intensité de la douleur n'a cependant pu être identifié [21]. Il est à noter que cette étude s'attache à la perception d'un événement comme étant ou non traumatique et donc au vécu subjectif de l'histoire de la douleur. Or c'est précisément ce vécu subjectif qui est décrit comme un prédicteur du comportement de recherche de soins ou du comportement-maladie, qu'il s'agisse d'une hypervigilance aux signaux corporels [22], d'un sentiment de détresse émotionnelle [10] ou d'une évaluation très négative des événements de la vie [23].

Le contenu de ces événements est de divers ordres. Des antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels ont été décrits [24,25]. La survenue dans l'enfance d'événements tels que la perte d'un parent, la maladie d'un membre de la famille, une carence maternelle ou une impression de surprotection paternelle, présente des liens étroits avec la présence d'un nombre élevé de points sensibles [12]. Ces associations n'impliquent cependant pas forcément un rapport de causalité, à tout le moins pas un rapport de causalité directe [26].

Quelle que soit la manière dont les symptômes ont débuté se pose le problème du diagnostic, du point de vue biomédical certes, mais aussi du point de vue du patient. Il s'agit pour elle/lui de comprendre ce qui lui arrive et de trouver une explication aux différents changements auxquels elle/il a à

faire face, tant dans ses perceptions corporelles que dans le décours de son existence. Il s'agit donc non seulement de répondre à la question de l'identification de la douleur et de l'atteinte, mais aussi de trouver un sens et une cohérence à l'enchaînement des événements et aux répercussions de la douleur. Une série de recherches qualitatives montre que le fait de donner un nom à la maladie constitue une réponse à la perte de crédibilité et à l'invisibilité de l'atteinte [27]. Le diagnostic est alors perçu comme une validation de la douleur d'une part et de la personne en tant que patient d'autre part. Il permet de donner à l'extérieur une explication crédible et acceptable de la fatigue, de la diminution ou de l'arrêt des activités quotidiennes, entre autres [28], offrant ainsi une légitimation au vécu de douleur et de souffrance. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un diagnostic qui signe une atteinte pour laquelle il n'existe à l'heure actuelle pas de traitement spécifique et qui peut de ce fait être appréhendé de manière négative, susciter des inquiétudes spécifiques quant à l'avenir [29] ou s'avérer difficile à comprendre, voire à accepter [30]. L'inquiétude autour des incertitudes liées à ce diagnostic peut d'ailleurs jouer un rôle aussi important dans le handicap que les aspects physiopathologiques sous-jacents [22]. Il s'agit en effet de faire face à une atteinte dont l'étiologie demeure évasive et dont les conséquences peuvent bouleverser notablement l'existence de l'individu.

3. Dimension de l'individu

C'est en termes de bouleversement biographique que sont résumées les modifications de l'identité et de la vie quotidienne [31]. Il s'agit très souvent du passage d'un style de vie décrit comme très actif à une vie plus passive, marquée notamment par un retrait des activités, sociales entre autres. D'une stratégie d'évitement à un ajustement partiel ou total du mode de vie, ce retrait est souvent présenté comme lié au caractère imprévisible de la douleur et à une sensation d'épuisement [27,31]. La description très fréquente d'un style de vie actif, voire hyperactif, avant le début des symptômes soulève la question de savoir s'il s'agit d'une réalité ou d'une idéalisation de l'état antérieur. Partant de l'alternative de l'hyperactivité comme « facteur étiologique ou preuve de bonne citoyenneté ? », Van Houdenhove et al. [32] mettent en évidence non seulement une tendance à l'activité (« action-proneness ») significativement plus élevée chez ces patientes que chez des sujets contrôles, mais aussi une confirmation de cette tendance par les proches des patientes et ceci quelle que soit l'attitude — positive ou négative — de ces proches par rapport à la maladie. Il ne s'agirait donc pas d'une idéalisation d'un état antérieur visant à donner des gages de « bonne citoyenneté » et qui permettrait d'éviter d'être perçu comme une malade imaginaire ou hypocondriaque, mais bien d'une manière d'être. Cette manière d'être pourrait en revanche constituer un facteur de vulnérabilité contribuant à favoriser ou à perpétuer la symptomatologie lorsque l'hyperactivité sert de mode de défense pour maintenir l'estime de soi ou

éviter l'angoisse et la dépression par exemple ou lorsque des limitations fonctionnelles enclenchent un cercle vicieux de comportements et de sentiments d'impuissance et d'échec. L'importance d'une vulnérabilité psychosociale se dégage également d'entretiens en profondeur qui soulignent, à l'intérieur de cette problématique, le poids des attentes vis-à-vis de soi-même [28]. Les femmes fibromyalgiques interrogées se décrivent comme ayant toujours été extrêmement actives, tant sur le plan professionnel que familial, comportement qui apparaît comme sous-tendu par des attentes internes à l'individu, axées autour des notions d'efficacité, de compétence, d'activité ou encore de compassion et de sociabilité. Dans le même temps, ces femmes font état d'un sentiment de n'être jamais à la hauteur et d'un besoin difficilement assouvi de reconnaissance.

Le « catastrophisme » est un corrélant connu de la vulnérabilité psychologique. Il est caractérisé par des attentes et des croyances pessimistes vis-à-vis de soi-même, des autres et de l'avenir qui peuvent occasionner des sentiments d'impuissance quant à la capacité de faire face aux événements de la réalité, interne ou externe. Hassett et al. [33] ont montré l'importance du rôle du catastrophisme dans la symptomatologie douloureuse et dépressive chez des patientes souffrant de fibromyalgie. Comparées à des patientes souffrant de polyarthrite rhumatoïde, les fibromyalgiques sont plus enclines à la catastrophisation de leurs douleurs et ce catastrophisme s'avère être chez elles un prédicteur du score de douleur. Il est intéressant de relever que les unes et les autres font état d'intensités de douleur équivalentes et ne se différencient que sur une des sept sous-échelles du *coping strategies questionnaire* [34], celle ayant trait au catastrophisme. Si aucune stratégie de *coping* spécifique n'est associée aux scores de douleur les plus bas, le catastrophisme est en revanche fortement associé à des scores de douleur élevés tant chez les patientes souffrant de polyarthrite rhumatoïde que de fibromyalgie ; il est par ailleurs également fortement associé à la présence d'une symptomatologie dépressive chez les patientes souffrant de fibromyalgie, qui sont plus susceptibles de faire état de sentiments d'impuissance, d'échec, d'inutilité ou de culpabilité.

Ces sentiments ne sont pas indépendants des attributions causales des symptômes. Comme le soulignent Neerinckx et al. [35], la non-congruence entre les attributions des thérapeutes et celles des patients peut affecter la relation et l'observance thérapeutiques. Par ailleurs, l'attribution d'un caractère de risque d'augmentation de la douleur à l'activité physique par exemple peut occasionner des comportements d'évitement et entraîner un déconditionnement physique. Ces attributions peuvent être analysées sur trois axes — leur caractère interne ou externe, spécifique ou global, stable ou instable [36] — dont l'analyse permet de mettre en évidence en particulier le caractère contrôlable et potentiellement modifiable ou non de la cause évoquée. Ainsi, évoquer une « faible constitution » comme cause à la symptomatologie

renvoie à une attribution interne, globale et stable, qui présente un caractère d'irréversibilité et peut augmenter la vulnérabilité à la détresse psychique [36] ; dans le même sens, la mise en cause de « problèmes écologiques » ou de « problèmes dans l'enfance » n'offre pas non plus de possibilités de changements et suscite un sentiment d'impuissance [35].

Les résultats des études sur les attributions ne sont pas univoques : les unes indiquent une propension des patientes fibromyalgiques à attribuer leurs problèmes à des causes somatiques et à rejeter toute causalité psychosociale [37] alors que d'autres [35,38] montrent que ces patientes tendent à faire état d'une causalité à la fois physique et psychique. La durée des symptômes paraît jouer un rôle dans le sens où elle est associée à des attributions peu susceptibles de modifications, tout comme les contacts avec des groupes de patientes qui sont associés à des attributions en termes psychosociaux moins fréquentes ou encore la présence d'une dépression pré-morbide qui donne lieu à des attributions liées à cette dernière [35].

Après l'installation des symptômes, l'hyperactivité fait place à une diminution drastique de l'activité, accompagnée entre autres d'une fatigue intense et de problèmes de mémoire et de concentration. Il n'existe que peu de données objectives quant à la question de l'éventualité d'un déficit des fonctions cognitives, ce qui peut paraître surprenant, comme le relèvent Park et al. [39], étant donnée la fréquence des plaintes des patientes dans ce domaine et les handicaps qui en découlent. Des études récentes font état d'une vitesse de traitement de l'information conservée, mais d'une diminution des capacités mnésiques à court- et à long-terme [39,40]. Les patientes fibromyalgiques ont des performances inférieures à celles de sujets contrôles non seulement quant à la mémoire à court-terme, mais aussi quant à des tâches de rappel libre et de fluence verbale. Leurs résultats sont comparables à ceux de sujets contrôles de 20 ans plus âgés, si ce n'est que la vitesse de traitement de l'information est équivalente à celle de sujets contrôles de leur âge et que leurs performances lexicales sont inférieures à celles de sujets contrôles aussi bien de leur âge que plus âgés. Il est à noter que les patientes se plaignent davantage de problèmes de mémoire, qui s'avèrent associés aux symptômes douloureux mais pas à la symptomatologie anxieuse ou dépressive. Ces données valident ainsi les plaintes exprimées par les patientes fibromyalgiques au sujet de leurs capacités mnésiques, en décalage par rapport à leur âge [39].

4. Dimension sociale

Si la fibromyalgie donne lieu à des modifications dans le sentiment d'identité et la vie quotidienne des patientes, ces changements sont insérés dans le contexte dans lequel vit la personne. Située au carrefour de l'individu et du groupe, la douleur met en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques, mais elle s'inscrit aussi dans le contexte de la société à laquelle appartient l'individu, qui va moduler les

rapports au corps et à la douleur. En ce sens, elle est autant une construction sociale que le résultat de processus biologiques et psychologiques. Comme nous le relevons plus haut, le diagnostic de fibromyalgie pose autant de problèmes qu'il en résout. Il recouvre une étiologie incertaine et une absence de traitement spécifique. Par ailleurs, en dehors d'éventuels comportements douloureux, la fibromyalgie ne donne lieu à aucun signe visible.

C'est à l'interface de l'individu et du groupe que renvoie la notion de stigmatisation [41] qui met l'accent sur la question du rapport entre le visible et l'invisible, mais aussi de celui entre le visible et le discrédité d'une part et l'invisible et le discréditable d'autre part. Les maladies chroniques ont des potentiels de stigmatisation variables, dépendants du type d'atteinte et de la manière dont l'entourage social les considère, aspects qui vont déterminer si elles sont ou non socialement acceptables, porteuses d'un sentiment de honte, transmissibles ou associées à des signes immédiatement visibles, par exemple. Mais la stigmatisation commence avec l'acceptation d'une identité stigmatisée par la réaction de l'entourage et des soignants [42]. Cette stigmatisation peut en l'occurrence prendre la forme de la défiance et du doute lorsque les examens cliniques et paracliniques ne mettent en évidence aucun signe permettant de rendre compte de la douleur et des bouleversements dans la vie quotidienne, tant de la patiente que de son entourage.

La reconnaissance de la douleur et de la souffrance associées à la fibromyalgie est fréquemment décrite comme problématique par les patientes qui font face à des attitudes dépréciatives, plus ou moins explicites, de la part de leur entourage et des professionnels de la santé [28]. Ces doutes sont décrits comme renforcés par le fait que « ça ne se voit pas » et que l'apparence peut être en conflit avec le vécu interne de douleur et de handicap. À cette incertitude et à ces doutes sont attachés un discrédit dont Asbring et Närvänen [43] soulignent le potentiel de stigmatisation. Ce qui est décrit par les femmes interrogées dans cette étude comme stigmatisant renvoie non seulement à la remise en cause de la véracité de leurs plaintes, mais aussi à la psychologisation de leurs symptômes. En ce sens, le diagnostic constitue une réponse à ces remises en cause et une issue à la dichotomie « somatogène » vs. « psychogène ». Ceci n'est pas sans rappeler la stigmatisation des maladies psychiatriques et de la détresse émotionnelle et l'attrait d'un diagnostic « médical » dans ces contextes. Abbey et Garfinkel [44] soulignent l'importance de la culture ambiante dans le développement de nouveaux diagnostics, dont celui de syndrome de fatigue chronique par exemple, qui mettent l'accent sur une causalité plus « médicale » que « psychiatrique ».

Il n'en reste pas moins que si les conséquences positives du fait de recevoir un diagnostic sont perçues comme plus importantes que les effets négatifs, le diagnostic de fibromyalgie peut être à double tranchant dans la mesure où il peut à la fois réduire la stigmatisation qui précédait à son établis-

sement, mais aussi être stigmatisant [43]. En effet, une atteinte qui ne peut être circonscrite, qu'aucune mesure objective ne permet de vérifier, dont l'étiologie est incertaine et pour laquelle il n'existe pas de stratégie univoque de traitement ne peut manquer d'être source d'ambivalence, tant chez les patientes que dans l'entourage social et thérapeutique. Faire face à une atteinte de ce type donne lieu à l'établissement de stratégies de retrait ou d'approche, qui varient selon les individus et les circonstances : repli social ou dissimulation des difficultés, transmission ou rétention de l'information, participation à des groupes de patientes ou évitement des autres porteurs du stigmate.

5. Conclusion

Tout comme le diagnostic de fibromyalgie, ce survol des aspects psychologiques pose sans doute autant de problèmes qu'il en catalogue. Il met néanmoins aussi en évidence l'extrême difficulté, voire l'improductivité, qu'il y a à tenter de distinguer symptômes « somatogènes » et « psychogènes » dès lors qu'on entre dans le champ des syndromes douloureux chroniques où tant l'atteinte — si évasive qu'en soit l'étiologie — que la détresse psychique sont susceptibles de produire une symptomatologie physique. Il souligne également l'importance de la prise en compte et de la légitimation du vécu de douleur et de souffrance des patientes ainsi que de leurs représentations à propos des causes et des conséquences de l'atteinte, du traitement et d'une vision de l'avenir fréquemment marquée par une perte des repères aussi bien temporels qu'identitaires.

Références

- [1] Neerinx E, Van Houdenhove B, Lysens R, Vertommen H. What happens to the fibromyalgia concept? *Clin Rheumatol* 2000;19:1–5.
- [2] Melzack R, Wall PD. *The Challenge of Pain*. New-York: Penguin; 1982.
- [3] Wall PD. Introduction. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of Pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989.
- [4] Desmeules J., Cedraschi C., Baumgartner E., Rapiti E., Cohen P., Finckh A. et al., Central sensitization and clinical pain severity in fibromyalgia patients, *Arthritis Rheum* (sous presse).
- [5] Crofford LJ, Clauw DJ. Fibromyalgia: where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed? *Arthritis Rheum* 2002;46:1136–8.
- [6] Allaz AF. *Le messenger boiteux : approches pratiques de la douleur chronique*. Genève: Éditions Médecine & Hygiène; 2003.
- [7] Cathébras P, Lauwers A, Rousset H. La fibromyalgie, Une revue critique. *Ann Méd Interne* 1998;149:406–14.
- [8] Hudson JI, Pope HG. The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheum Dis Clin N Am* 1996;22:285–303.
- [9] Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *J Rheumatol* 2000;27:212–9.
- [10] Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Alexander RW, Triana-Alexander M, Martin MY, et al. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum* 1996;39:436–45.
- [11] Benjamin S, Morris S, McBeth J, Macfarlane GJ, Silman AJ. The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. *Arthritis Rheum* 2000;43:548–60.
- [12] McBeth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis Rheum* 1999;42:1397–404.
- [13] McBeth J, Macfarlane GJ, Silman AJ. Does chronic pain predict future psychological distress? *Pain* 2002;96:239–54.
- [14] Kleinman A, Kleinman J. Somatisation: the interconnectedness in Chinese society among cultural depressive experiences and meaning of pain. In: Kleinman A, Good BJ, editors. *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press; 1985.
- [15] Allaz AF, Piguet V, Desmeules J, Cedraschi C, Dayer P. Persistent somatoform pain disorder as a “complaint behavior” (Abstract). *Pain in Europe III. 3rd Congress of the European Federation of IASP Chapters, Nice. 2000*.
- [16] McBeth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Silman AJ. Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain. *Arthritis Rheum* 2001;44:940–6.
- [17] Dworkin SF, Von Korff M, Leresche L. Multiple pains and psychiatric disturbance: an epidemiological investigation. *Arch Gen Psychiat* 1990;47:239–44.
- [18] Winfield JB. Does pain in fibromyalgia reflect somatization? *Arthritis Rheum* 2001;44:751–3.
- [19] Sherman JJ, Turk DC, Okifuji A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain* 2000;16:127–34.
- [20] Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *J Psychosom Res* 1997;42:606–13.
- [21] Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Triana-Alexander M, Alexander RW, Martin MY, et al. Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997;40:453–60.
- [22] Robbins JM, Kirmayer LJ, Kapusta MA. Illness worry and disability in fibromyalgia syndrome. *Int J Psychiatry Med* 1990;20:49–63.
- [23] Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, Von Knorring L. The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry* 2000;15:295–301.
- [24] Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1995;38:229–34.
- [25] Boisset-Piolo MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1995;38:235–41.
- [26] Gardner GC. Fibromyalgia following trauma: psychology or biology? *Curr Rev Pain* 2000;4:295–300.
- [27] Söderberg S, Lundman B, Norberg A. Struggling for dignity: the meaning of women's experiences of living with fibromyalgia. *Qualit Health Research* 1999;9:575–87.
- [28] Hallberg LRM, Carlsson SG. Psychosocial vulnerability and maintaining forces related to fibromyalgia. *Scand J Caring Sci* 1998;12:95–103.
- [29] Cedraschi C, Allaz AF, Desmeules J, Vischer TL. Patients' views on the diagnosis of fibromyalgia (Abstract). *Pain in Europe III. 3rd Congress of the European Federation of IASP Chapters, Nice. 2000*.
- [30] Bennett RM. The rational management of fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin N Am* 2002;28:181–99.

- [31] Asbring P. Chronic illness — a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *J Adv Nursing* 2001;34:312–9.
- [32] Van Houdenhove B., Neerinckx E., Onghena P., Lysens R., Vertommen H., Premorbid “overactive” lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor of proof or good citizenship? *J Psychosom Res* 2001;51:571–6.
- [33] Hassett AL, Cone JD, Patella SJ, Sigal LH. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2000;43:2493–500.
- [34] Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationships to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983;17:33–40.
- [35] Neerinckx E, Van Houdenhove B, Lysens R, Vertommen H, Onghena P. Attributions in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome in tertiary care. *J Rheumatol* 2000;27:1051–5.
- [36] Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978;87:49–74.
- [37] Wessely S, Hotopf M, Sharpe M. *Chronic fatigue and its syndromes*. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- [38] Cedraschi C, Allaz AF, Desmeules J, Vischer TL. Traumatic perceptions in the patients’ narratives about the onset of fibromyalgia. Abstract. *Ann Rheum Dis* 2000;59(suppl. 1).
- [39] Park DC, Glass JM, Minear M, Crofford LJ. Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis Rheum* 2001;44:2125–33.
- [40] Grace GM, Nielson WR, Hopkins M, Berg MA. Concentration and memory deficits in patients with fibromyalgia syndrome. *J Clin Exp Neuropsychol* 1999;21:477–87.
- [41] Goffman E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Editions de Minuit; 1975.
- [42] Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New-York: Basic Books; 1988.
- [43] Asbring P, Närvänen AL. Women’s experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qualit Health Res* 2002;12:148–60.
- [44] Abbey SE, Garkinkel PE. Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: the role of culture in the making of a diagnosis. *Am J Psychiatry* 1991;148:1638–46.