

MAI 2019 – VOL. 9 N° 1

---

## **SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES DE LA FIBROMYALGIE : PRÉSENTATION D'UN MODÈLE THÉORIQUE SUR L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE**

Dave LAROCHE<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

\* [dave.laroche.2@ulaval.ca](mailto:dave.laroche.2@ulaval.ca)

### **Pour citer l'article**

Laroche, D. (2019). Symptômes psychologiques de la fibromyalgie : présentation d'un modèle théorique sur l'évolution de la maladie. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 9(1), 64-71.

### **Droits d'auteur**

© 2019 Laroche. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

ISSN: 2562-4385

# SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES DE LA FIBROMYALGIE : PRÉSENTATION D'UN MODÈLE THÉORIQUE SUR L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE

Dave LAROCHE

École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

## Résumé

Depuis l'établissement du diagnostic de fibromyalgie (FM) en 1990, de nombreuses études se sont consacrées à cette maladie. Il est démontré que de nombreux facteurs psychologiques y sont associés. L'objectif de cet article est de faire l'état des connaissances quant à ces facteurs et d'introduire un modèle théorique illustrant les relations existantes entre ces derniers et les symptômes de la FM. La présente recension des écrits indique que l'état psychologique du patient occupe une place importante dans l'évolution de la maladie. Il semble que des difficultés de sommeil, la présence d'affects négatifs ainsi que des difficultés cognitives telles que des troubles de la mémoire, un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information et une diminution de la flexibilité cognitive sont susceptibles d'interagir et d'influencer l'évolution de la maladie. La nécessité de développer et de valider un modèle intégratif est primordial pour mieux comprendre la FM et ainsi afin d'adapter les traitements psychologiques actuels.

**Mots-clés :** Fibromyalgie, dépression, anxiété, stress, difficultés cognitives, difficultés de sommeil

## Abstract

Since its appearance in 1990, the diagnostic of fibromyalgia (FM) has been the object of numerous studies. It has been shown that many factors could be linked to this illness. The aim of this article is to present the state of knowledge, then to introduce a hypothetical model illustrating the relations existing between these factors and the symptoms of fibromyalgia. This article shows that the patient's state of mind plays an important role in this illness. It seems that sleep disturbances, negative affects as well as cognitive difficulties such as memory impairments, a decreased speed of information processing and a decrease in cognitive flexibility have the potential of interacting and influencing the evolution of the illness. The necessity to develop and validate an integrative model should be a priority to understand FM better and to adapt psychological treatments.

**Keywords :** Fibromyalgia, depression, anxiety, stress, cognitive difficulties, sleep difficulties

Depuis les années 1990, le concept de fibromyalgie (FM) ou de syndrome de la fibromyalgie (SFM) se voit de plus en plus étudié (Crofford, 2005). Celui-ci est apparu à la suite du constat que de nombreuses personnes atteintes de douleurs musculo-squelettiques présentaient de la douleur chronique diffuse sans qu'il soit possible d'en identifier la cause exacte (Rahman & Holman, 2010). Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la FM appartient à la catégorie des rhumatismes non articulaires (Jain et coll., 2010). Ainsi, la fibromyalgie se caractérise par la présence de douleurs musculo-squelettiques sur l'ensemble du corps et de points de tension où la douleur est plus manifeste, également appelés « tender points ». Le syndrome peut être

comorbide avec d'autres maladies aussi caractérisées par la douleur chronique (Yunus, 2005). La fatigue est également un symptôme pouvant être observé chez les individus souffrant de FM. Au Canada, c'est environ 2% à 3% de la population générale qui en souffrent (Rusu, Gee, Lagacé et Parlor, 2015). La FM affecte des personnes de tous les âges sans égard à l'origine ethnique ou au statut socioéconomique. Cependant, les femmes sont plus susceptibles d'en être atteintes, et ce, particulièrement à partir de l'âge de 40 ans (Yunus, 2005; Jain et coll., 2010).

La présence de symptômes d'anxiété et de dépression, de difficultés de sommeil de même que des difficultés

cognitives sont des caractéristiques associées qui devraient être prises en considération lors du diagnostic de la FM (Crofford, 2005). L'objectif de cet article est de faire l'état des connaissances quant aux facteurs psychologiques impliqués dans l'évolution de la FM et d'introduire un modèle théorique susceptible d'illustrer les relations existantes entre ces facteurs et les symptômes de la FM.

## Présence d'affects négatifs : stress et humeur dépressive

Plusieurs études révèlent que la dépression est associée à une augmentation de la douleur. Il existerait une relation bidirectionnelle entre la dépression et la FM (Holloway, Santoro & Cronan 2017; Aparicio et coll., 2013; Galvez-Sánchez, Reytez del Paso & Duschek, 2018). Les personnes atteintes de FM sont 30 % plus à risque de faire une dépression majeure et présentent un risque suicidaire plus élevé (Ratcliffe, Enns, Murray & Belik, 2008; Arnold, Hudson, Keck Jr. et coll., 2006; Arnold, Hudson, Hess et al., 2004). Des travaux comme ceux de Chang et coll. (2015) appuient ces résultats et ajoutent, à l'aide d'une étude longitudinale, que les personnes atteintes de dépression sont aussi de 6 % à 8 % plus à risque de recevoir un diagnostic de FM dans l'avenir. En guise d'explication, Steiner, Bigatti, Slaven et Ang (2017) avancent que la dépression agirait à titre de médiatrice entre l'intensité de la douleur et le niveau de fonctionnement physique qui se voit ainsi diminué. Le fonctionnement physique se caractérise alors par le nombre d'activités et la capacité à accomplir les tâches ménagères du quotidien. En parallèle, la présence de traumatismes ou d'abus durant l'enfance pourrait contribuer à l'apparition de la FM (Waller, Scheidt, Endorf, Hartmann & Zimmermann, 2016; Afari & et coll., 2014), alors qu'une dépression majeure en accentuerait les symptômes (Walen, Oliver, Groessl, Cronan & Rodriguez, 2001). Filippou, Bassani, Wolf de Aguiar et Ceitlin (2013) ajoutent que la relation positive entre les traumatismes à l'enfance et la FM est reliée significativement à une diminution du fonctionnement quotidien. Les auteurs ont observé cet effet autant chez les personnes présentant une humeur dépressive que celles n'en présentant pas. Cependant, l'effet était plus marqué chez les personnes n'ayant pas de symptômes dépressifs. Ces résultats sont appuyés par ceux de Ciccone, Elliott, Chandler, Nayak, et Raphael (2005) qui n'ont

pu établir que la dépression majeure est médiatrice de la relation entre l'expérience de l'abus durant l'enfance et la FM.

De la même manière, le stress constitue l'un des facteurs aggravants de la maladie (Okifuji & Turk, 2002; Aparicio et coll., 2013; Galvez-Sánchez, Reytez del Paso & Duschek, 2018). Des travaux ont mis en évidence que le stress augmente au quotidien le niveau de douleur perçue. En effet, la douleur perçue augmente à des périodes de temps précises, soit lorsqu'elles sont précédées de mesures de stress plus élevées qu'à l'habitude. En revanche, la présence de pics de douleur n'augmente pas le stress chez les patientes. D'ailleurs, une augmentation moins accrue du niveau de cortisol à l'éveil serait un prédicteur de la fatigue quotidienne selon des données recueillies sur une période de deux semaines consécutives auprès de femmes atteintes de FM (N = 26; Doerr, Fischer, Nater & Strahler, 2017). Ciccone et coll. (2005) ont pu établir, à l'instar de ce qui a été observé pour la dépression, que le stress agit à titre de médiateur entre l'historique d'abus à l'enfance et la FM.

## Difficultés du sommeil et lien avec les affects négatifs

Il est maintenant bien établi que la FM a une incidence négative considérable sur le sommeil. En guise d'exemple, Wu, Chang, Lee, Fang et Tsai (2017) ont démontré, dans une méta-analyse comportant 25 études (N = 2086), que les gens atteints de FM présentent une faible qualité, efficacité et quantité de sommeil. En effet, ces personnes passent plus de temps éveillées, ce qui réduit leur sommeil léger ainsi que leur capacité à induire leur sommeil. Ces difficultés de sommeil sont perçues comme étant plus sévères lorsqu'elles sont rapportées subjectivement que lors d'évaluations objectives. Ces résultats se rapportent à ceux de Theadom et Cropley (2007) qui suggèrent que les patients atteints de FM présentent significativement plus d'attitudes et de croyances dysfonctionnelles quant à leur perception du stress ou à leur qualité de leur sommeil.

Outre l'efficacité, la quantité et l'attitude envers le sommeil, la FM altère le cycle veille-sommeil. Moldofsky (2008) suggère, par une revue critique d'études psychophysiologiques, qu'une privation

totale ou partielle du sommeil paradoxal augmenterait la fatigue déjà présente dans la FM. La fatigue réduirait ensuite le seuil de douleur (Smith, Edwards, McCann & Haythomthwaite, 2007). De plus, une réduction du sommeil à ondes courtes ainsi qu'un rythme d'ondes alpha atypique chez les patients ayant la FM ont été observés. Ces résultats suggèrent donc la présence d'éveils durant le sommeil non paradoxal. D'ailleurs, la privation de sommeil dans la FM, tout comme chez les individus n'ayant pas de diagnostic de FM, pourrait entraîner des symptômes tels que de la tension musculaire et de la sensibilité à la douleur (Choy, 2015).

La présence d'affects négatifs tels qu'une humeur dépressive et un haut taux de stress ou de symptômes d'anxiété serait liée aux difficultés du sommeil dans la FM. En effet, une corrélation significative existe entre le niveau d'intensité de la douleur perçue et une réduction de la qualité de sommeil subjective ( $r = 0,35, p < ,01$ ) de même qu'objective ( $r = 0,40, p < ,005$ ). De plus, l'efficacité et la qualité de sommeil agissent comme médiatrices entre l'intensité de la douleur et l'anxiété, de même qu'entre l'intensité de la douleur et le nombre de symptômes dépressifs. Ce modèle explique alors 34 % de la variance (Diaz-Piedra et al., 2014). Les résultats d'O'Brien et coll. (2010) démontrent également qu'une humeur négative pourrait être médiatrice de la relation entre l'intensité de la douleur et les difficultés de sommeil. Ces interactions sont susceptibles d'apparaître chez de nombreuses personnes, puisqu'il existe un grand taux de comorbidité entre l'anxiété, la dépression et les difficultés de sommeil. La présence de ces trois facteurs psychologiques influence la perception subjective de l'intensité de la douleur (Consoli et coll. (2012). Cependant, la présence de difficultés de sommeil ne dépend pas de la présence de dépression ou de stress, mais contribue au même titre à diminuer le niveau de qualité de vie et l'état de santé rapportés. En d'autres termes, les difficultés de sommeil reconnues dans la FM peuvent être accompagnées d'une humeur dépressive et d'un important stress ou pas. Toutefois, la présence commune de ces trois facteurs demeure susceptible d'influencer le développement de la maladie. De plus, Malin et Littlejohn (2013) ont établi une corrélation entre le stress perçu, l'humeur dépressive, les changements dans le sommeil et la présence de fatigue. La fatigue est un symptôme connu de la FM

qui est aussi associée aux difficultés de sommeil, à la dépression et au stress. Il existe également une forte comorbidité (0,3 % à 0,4 %) entre la FM et le syndrome de fatigue chronique, qui est aussi caractérisé par la présence de douleurs musculosquelettiques et de difficultés de sommeil (Rusu, Gee, Lagacé et Parlor, 2015; Fukada et coll., 1994). Il se pourrait donc que ces facteurs psychologiques agissent sur la douleur comme sur la fatigue causée par la FM.

## Difficultés cognitives et lien avec les affects négatifs

Les gens atteints de FM se plaignent en grande majorité de difficultés cognitives telles que des troubles de mémoire et de concentration et ceux-ci ont une incidence sur leur fonctionnement quotidien (Gelonch, Garolera, Valls, Rosselló & Pifarré, 2017). La FM s'accompagne fréquemment de difficultés cognitives, telles que des déficits au point de vue de l'attention sélective et de la capacité à inhiber des informations non pertinentes (Bell et coll., 2018). L'attention sélective réfère à « l'habileté à orienter ses ressources mentales vers un message en éliminant les messages simultanés non pertinents » (Fortin & Rousseau, 2012). Les personnes atteintes de FM auraient également de moindres performances aux tests de vitesse de traitement de l'information, de mémoire à court terme et de mémoire à long terme. De plus, une différence, bien que faible, a été observée en ce qui concerne la flexibilité cognitive. Ce concept correspond à la capacité de passer d'une tâche, d'une opération ou d'un état mental à l'autre (Bell et coll., 2018). Ces résultats impliquent que les personnes atteintes de FM pourraient avoir davantage de difficultés à retenir et à traiter l'information de même qu'à rester concentrées ou à orienter leur concentration. L'ensemble de ces difficultés cognitives sont parfois regroupées sous le concept de « fibrofog » sans qu'il existe une définition opérationnalisée. D'ailleurs, les individus ayant la FM se plaignent davantage des difficultés cognitives que de la douleur diffuse (Kravitz & Katz, 2015; Leavitt & Katz, 2011). Sur le plan subjectif, les personnes atteintes de FM se plaignent d'un ralentissement de la pensée, de difficultés mnésiques et d'une sensation de surcharge cognitive qui les amènent à avoir de la difficulté à réaliser plusieurs tâches à la fois. Deux hypothèses peuvent expliquer ces difficultés cognitives. D'une part, la douleur diffuse ressentie par les

personnes atteintes de la FM et qui en constitue un symptôme peut être à l'origine de ces perturbations cognitives. Cette hypothèse se trouve à être la plus répandue, mais les mécanismes sous-jacents pouvant l'expliquer sont à l'heure actuelle peu connus. D'autre part, ces difficultés cognitives pourraient plutôt contribuer au maintien ou encore à l'aggravation de la douleur diffuse (Bell et coll., 2018).

La présence d'affects négatifs chez les personnes atteintes de FM est également liée aux difficultés d'ordre cognitif. Les performances cognitives plus faibles chez les femmes ayant le diagnostic de FM seraient corrélées avec de plus hauts scores de dépression et d'anxiété, une plus faible estime personnelle, une hausse de l'intensité de la douleur perçue ainsi que de la catastrophisation de la douleur (Galvez-Sánchez, Reyez del Paso & Duschek, 2018). Les analyses de régression ont révélé que la majorité de la variance individuelle est expliquée par la faible estime personnelle, la hausse de l'intensité de la douleur perçue et l'intensité de la catastrophisation de la douleur (Galvez-Sánchez, Reyez del Paso & Duschek, 2018; Wu, Huang, Fang, Ko & Tsai, 2018; Stiges, González-Roldán, Duschek & Montoya, 2018). La catastrophisation de la douleur réfère ici à l'exagération négative de stimuli néfastes ou encore à l'ensemble des pensées négatives durant l'expérience actuelle ou anticipée de la douleur (Alda et coll., 2011; Sullivan et coll., 2005). Ainsi, les personnes atteintes de FM éprouvant des difficultés cognitives auraient tendance à percevoir leur douleur comme étant plus néfaste qu'elle ne l'est en réalité (Gelonch et coll., 2017). De plus, une corrélation positive ( $r = 0,59$ ,  $p < ,001$ ) entre l'anxiété et des difficultés cognitives a déjà été rapportée (Malin & Littlejohn, 2013). Un effet entre la qualité du sommeil et les plaintes d'ordre cognitif a également été observé, bien que celui-ci ne disparaisse que lorsque les scores de dépression et d'anxiété sont pris en considération. Concrètement, une diminution de la qualité du sommeil est associée à l'apparition de difficultés cognitives (Gelonch et coll., 2017). Il apparaît donc que la présence d'une humeur dépressive et d'anxiété de même qu'une faible qualité de sommeil pourraient être liées à la présence de difficultés cognitives. Considérant que ces facteurs sont aussi associés directement à la FM, il se pourrait qu'ils influencent l'évolution et le maintien de la maladie de façon aussi indirecte. Dans cette optique, ces facteurs

pourraient agir chacun à titre de médiateur par rapport aux autres. L'évaluation à la hausse de la douleur, la catastrophisation de cette dernière et la faible estime personnelle rapportées doivent alors être considérées comme des conséquences de l'état de stress et de vulnérabilité émotionnelle de la personne.

## Discussion

Cette recension des écrits avait d'abord pour but de faire l'état des connaissances quant aux facteurs psychologiques impliqués dans la FM. Le second objectif était d'introduire un modèle théorique avançant que la présence d'une humeur dépressive, la grande quantité de stress ou de symptômes anxieux de même que la qualité du sommeil ainsi que la présence de difficultés cognitives puissent interagir avec les principaux symptômes de la FM, soit la douleur musculo-squelettique et la fatigue chronique.

Tel que rapporté dans le présent article, la FM présente plusieurs associations directes avec la présence de symptômes dépressifs, de stress, de difficultés cognitives ainsi que de difficultés de sommeil. Quelques relations médiatrices apparaissent également ce qui appuie l'idée que l'évolution de la FM pourrait être en partie influencée par ces facteurs psychologiques. Toutefois, il est difficile d'établir des relations de cause à effet entre ces facteurs et la maladie, ce qui a pour conséquence d'être un important obstacle à davantage de présomptions. De plus, les connaissances entourant l'humeur dépressive, le stress ainsi que les difficultés cognitives et de sommeil associées à la FM sont insuffisantes pour comprendre leur apport dans l'évolution et le maintien de la FM. Les études s'y consacrant se concentrent sur un ou quelques facteurs à la fois. Ainsi, l'état des connaissances actuel ne serait représenter le phénomène dans sa globalité et plusieurs interactions possibles demeurent inexplorées. Les difficultés de sommeil, les difficultés cognitives, la dépression et l'anxiété sont des éléments susceptibles d'interagir dans la population en générale. Il est donc possible de croire que ces mêmes interactions se retrouvent aussi chez les gens atteints de FM en plus de la souffrance et des difficultés occasionnées par la maladie. Un modèle théorique permettrait de regrouper l'ensemble de ces interactions et de considérer l'évolution et le maintien de la FM comme un phénomène multifactoriel.

Il n'existe pas de modèle considérant tous les facteurs psychologiques étudiés. Par conséquent, le présent article propose donc celui des facteurs psychologiques de la fibromyalgie (modèle FPFM). Le but de ce modèle est d'illustrer l'ensemble des interactions possibles entre les quatre principaux facteurs psychologiques associés à la FM soit, l'humeur dépressive, le stress, la présence de difficultés cognitives ainsi que de difficultés de sommeil. Le modèle est représenté à la Figure 1. Il se compose de cinq dimensions dont quatre correspondent aux facteurs psychologiques énoncés ci-dessus et une correspond à la FM, représentant la dimension centrale du modèle. Chaque dimension possède ses propres indicateurs en rapport avec le nombre et la variété de ses symptômes. Ainsi, le modèle propose que la dépression, le stress, les difficultés cognitives et les difficultés de sommeil influencent directement l'évolution de la FM en augmentant la sévérité de ses symptômes. Il propose également que la FM augmente, à l'inverse, la sévérité de ces quatre facteurs. Ainsi, chacun d'eux se voit dans une relation bidirectionnelle avec la maladie. Ensuite, le modèle propose la présence de relation médiatrice entre les facteurs pour influencer l'évolution de la FM. Par exemple, une humeur dépressive pourrait contribuer à accroître la sévérité des symptômes de la FM. Toutefois, l'humeur dépressive pourrait aussi contribuer à l'aggravation de la maladie en augmentant le stress de la personne qui, à son tour, augmente la sévérité des symptômes. Le stress apparaîtrait alors comme un médiateur. À l'inverse, la sévérité des symptômes de la FM pourrait amener la personne à avoir une humeur dépressive ou encore à augmenter son stress, la conduisant à avoir une humeur dépressive par l'entremise d'une relation médiatrice. Il serait également possible de présenter des interactions semblables en y incluant les difficultés cognitives et de sommeil. Un modèle ainsi construit permettrait donc de considérer toutes les interactions possibles entre l'humeur dépressive, le stress, les difficultés cognitives, les difficultés de sommeil et les symptômes de la FM.

Les écrits recensés comportent néanmoins certaines limites. D'abord, la majorité des études font état de corrélations et de devis transversaux ne permettant pas d'établir des liens de cause à effet. Les présomptions sur l'effet des facteurs psychologiques impliqués se voient donc limitées. Ensuite, il est connu que la

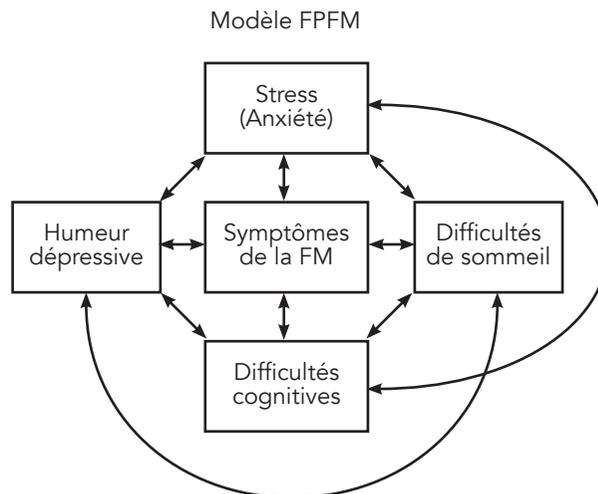


Figure 1. Le modèle des facteurs psychologiques de la fibromyalgie (FPFM) présente cinq dimensions et leurs interactions possibles.

FM touche particulièrement les femmes. De ce fait, peu d'études s'intéressent aux hommes ayant le diagnostic et rien ne permet d'affirmer que la maladie se manifeste et est influencée de la même manière chez les deux sexes. De plus, aucune étude présentée ne fait de distinction quant au niveau de la sévérité des symptômes physiques de la maladie et peu se penchent sur la fatigue, qui est pourtant reconnue comme un symptôme physique important. Finalement, les caractéristiques sociodémographiques ne sont pas prises en considération dans les articles recensés, bien qu'elles puissent possiblement influencer les différents facteurs psychologiques abordés. En effet, il serait bien d'envisager que des caractéristiques individuelles telles que la situation socioéconomique et l'origine ethnique par exemple entraînent de la variabilité dans le développement de la maladie.

## Conclusion

En conclusion, la FM comporte une dimension psychologique importante se rapportant à des symptômes de dépression, la présence de stress, de difficultés de sommeil et de difficultés cognitives. Les études sur le sujet établissent des liens qui illustrent sa contribution au maintien et à l'évolution de la maladie. Toutefois, les études révèlent peu sur l'influence que pourrait avoir l'interaction mutuelle de ces facteurs sur les symptômes physiques de la maladie tels que la douleur et la fatigue. Si le modèle présenté dans la discussion s'avérait valide, il

permettrait de mieux cerner la manière dont les facteurs psychologiques impliqués dans la FM peuvent contribuer au maintien et à l'évolution des symptômes de la maladie. Des études qualitatives portant sur le vécu des personnes aux prises avec la FM permettraient d'explorer la dynamique entre ces différents facteurs psychologiques et ainsi, valider ou perfectionner le modèle présenté. Une compréhension modélisée et contextuelle de la maladie pourrait représenter une richesse pour le travail clinique. En effet, considérer les symptômes de la FM comme faisant partie d'un réseau complexe d'interactions entre des facteurs psychologiques qui y sont associés aiderait à cerner les besoins des personnes atteintes de la maladie lors de l'évaluation clinique. Adopter le présent modèle reviendrait à admettre qu'il est nécessaire d'offrir des traitements psychologiques en complément aux traitements médicaux administrés pour soigner la FM. De la même manière, une telle compréhension encouragerait la prise de mesures préventives, puisqu'elle amènerait les professionnels de la santé à considérer la maladie comme un facteur de risque pour développer des difficultés d'ordres psychologiques nécessitant aussi un traitement.

## Références

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V. & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2-11. doi:10.1097/PSY.000000000000010.
- Alda, M., Luciano, J. V., Andrés, E., Serrano-Blanco, A., Rodero, B., López del Hoyo, Y., Roca, M., Moreno, S., Magallón, R. & García-Campayo, J. (2011). Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Arthritis Research & Therapy*, 13(R173), 1-13. doi:10.1186/ar3496
- Aparicio, V. A., Ortega F. B., Carbonnell-Beaza, A., Cuevas, A. M., Delgado-Fernández, M. & Jonatan R. (2013). Anxiety, Depression and Fibromyalgia Pain and Severity. *Psicología Conductual*, 21(2), 381-392. Récupéré de <https://www.researchgate.net/publication/256374602>
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E.V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., Starck, L. O. & Keck Jr. (2004). Family Study of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50(3), 944-952. doi:10.1002/art.20042
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck Jr, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N. & Hess, E. V. (2006). Comorbidity of Fibromyalgia and Psychiatric Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1219-1225. doi:10.1016/j.psych.2017.04.010
- Bell, T., Trost, Z., Buelow, T. B., Clay, O., Younger, J., Moore, D. & Crowe, M. (2018). Meta-analysis of cognitive performance in fibromyalgia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 40(7), 698-714. doi:10.1080/13803395.2017.1422699
- Jain, A. K., Carruthers, B. M., van de Sande, M., Barron A. R., Donaldson, C. C. S., Dunne J. V., Gingrich, E., Heffez D. S., Leung, F. Y., Malone, D. G., Romano, T. J., Russell, I. J., Saul, D. & Seibel, D. G. (2010). Fibromyalgia syndrome: Canadian clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols—A consensus document. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11(4), 3-107. doi:10.1300/J094v11n04\_02
- Chang, M., Hsu, J., Huang, K., Su, T., Bai, Y., Li, C., Yang, A.C., Chang, W., Chen, T., Tsai, S. & Chen, M. (2015). Bidirectional Association Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: A Nationwide Longitudinal Study. *The Journal of Pain*, 16(9), 895-902. doi:10.1016/j.jpain.2015.06.004
- Choy, E. H. S. (2015). The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology*, 11(9), 513-520. doi:10.1038/nrrhum.2015.56
- Ciccone, D., Elliott, D. K., Chandler, H. K., Nayak, S. & Raphael, K. (2005). Sexual and Physical Abuse in Women With Fibromyalgia Syndrome: A Test of the Trauma Hypothesis. *The Clinical Journal of Pain*, 21(5), 37-386. doi:10.1097/01.ajp.0000149796.08746.ea
- Consoli, G., Marazziti, D., Ciappaerelli, A., Bazzichi, L., Massimetti, G., Giacomelli, C., Rossi, A., Bombardieri & Dell'Osso, L. (2012). The impact of mood, anxiety and sleep disorders on fibromyalgia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 962-967. doi:10.1016/j.comppsy.2012.03.008
- Crofford, L. J. (2005). Future Research Directions. Dans D. J. Wallace & D. J. Clauw (dir.), *Fibromyalgia & Other Central Pain Syndromes* (1<sup>re</sup> éd., p. 405-411). Philadelphie, États-Unis: Lippincott Williams Wilkins.

- Diaz-Piedra, C., Catena, A., Miro, E., Martinez, M. P., Sanchez, A. I. & Buela-Casal, G. (2014). The Impact of Pain on Anxiety and Depression is Mediated by Objective and Subjective Sleep Characteristics in Fibromyalgia Patients. *The Clinical Journal of Pain*, 30(10), 852-862. doi:10.1097/AJP.0000000000000040
- Doerr, J. M., Fischer, S., Nater, U. M. & Strahler, J., (2017). Influence of stress systems and physical activity on different dimensions of fatigue in female fibromyalgia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 93, 55-61. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.12.005
- Filippon, A. P. M., Bassani, D. G., Wolf de Aguiar, R. & Ceitlin L. F. C. (2013). Association between childhood trauma and loss of functionality in adult women with fibromyalgia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(1), 46-54. doi:10.1590/S223760892013000100006
- Fortin, C. & Rousseau, R. (2012). *Psychologie cognitive: une approche de traitement de l'information*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Fukada, K., Straus, S. E., Hickie, I., Sharpe, M. C., Dobbins, J. G. & Komaroff A. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Annals of Internal Medicine*, 121(12), Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7978722>
- Galvez-Sánchez, C. M., Reyerez del Paso, S. & Duschek, S. (2018). Cognitive impairments in fibromyalgia syndrome: Associations with positive and negative affect, alexithymia, pain catastrophizing and self-esteem. *Frontiers in Psychology*, 9(377), 1-14. doi:10.3389/fpsyg.2018.00377
- Gelonch, O., Garolera, M., Valls, J., Rosselló, L. & Pifarré, J. (2017). Cognitive complaints in women with fibromyalgia: Are they due to depression or to objective cognitive dysfunction?. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39(10), 1013-1025. doi:10.1080/13803395.2017.1301391
- Holloway, B. M., Santoro, M. S. & Cronan, T. A. (2017). Smoking, depression & stress: Predictors of fibromyalgia health status. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 87-93. doi:10.1080/13548506.2016.1238493
- Kravitz, M. H. & Katz, R. S. (2015). Fibrofog and fibromyalgia: a narrative review and implications for clinical practice. *Rheumatology International*, 35(1), 115-1125. doi:10.1007/s00296-014-3208-7
- Leavitt, F. & Katz, R. (2011). Development of the Mental Clutter Scale. *Psychological Reports*, 109(2), 445-452. doi:10.2466/02.07.14.22.PR0.109.5.445-452
- Malin, K. & Littlejohn, G. O. (2013). Stress modulates key psychological processes and characteristic symptoms in females with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 31(79), S64-S71. Récupéré de <https://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=7064>.
- Moldofsky, H. (2008). The Assessment and Significance of the Sleep/Waking Brain in Patients with Chronic Widespread Musculoskeletal Pain and Fatigue Syndromes. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 16(1-2), 37-48. doi:10.1080/10582450801960255
- O'Brien, E. M., Waxenberg, L. B., Atchison, J. W., Gremillion, H. A., Staud, R. M., McCrae, C. S. & Robinson, M. E. (2010). Negative Mood Mediates the Effect of Poor Sleep on Pain Among Chronic Pain Patients. *The Clinical Journal of Pain*, 26(4), 310-319. doi:10.1097/AJP.0b013e3181c328e9
- Okifuji, A. & Turk, D. C. (2002). Stress and Psychophysiological Dysregulation in Patients With Fibromyalgia Syndrome. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(2), 129-141. doi:1090-0586/02/0600-0129/0
- Ratcliffe, G. E., Enns, M. W., Murray, W. & Belik, S. L. (2008). Chronic Pain Conditions and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: An Epidemiologic Perspective. *The Clinical Journal of Pain*, 24(3), 204-10 doi:10.1097/AJP.0b013e31815ca2a3
- Rahman, A. & Holman, A. J. (2010). Fibromyalgia and hypermobility. Dans A. J. Hakim, R. Keer & R. Grahame (dir.), *Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain* (1<sup>re</sup> éd., 61-68). Londres, Royaume-Uni: Churchill Livingstone.
- Rusu, C., Gee, M. E., Lagacé, C. & Parlor, M. (2015). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in Canada: prevalence and associations with six health status indicators. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 35(1), 3-11. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939456/>

- Smith, M. T., Edwards, R. R., McCann, U. D. & Haythomthwaite, J. A. (2007). The effects of sleep deprivation on pain inhibition and spontaneous pain in women. *Sleep*, 30(4), 494-505. doi:10.1093/sleep/30.4.494
- Steiner, J. L., Bigatti, S. M., Slaven, J. E. & Ang, D. C. (2017). The complex relationship between pain intensity and physical functioning in fibromyalgia: the mediating role of depression. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 22(4), 1-12. doi:10.1111/jabr.12079
- Stiges, C., González-Roldán, A., Duschek, S. & Montoya, P. (2018). Emotional Influences on Cognitive Processing in Fibromyalgia Patients With Different Depression Levels: An Event-related Potential Study. *The Clinical Journal of Pain*, 34(12), 1106-1113. doi:10.1097/AJP.0000000000000637
- Sullivan, M. J. L., Gauthier, N., Lalongo Lambin, D., Adams H. & Catchlove, R. (2005). Où en est la recherche sur le traitement de la dépression chez les patients souffrant de douleur chronique?. *Douleur et Analgésie*, 18(2), 61-66. doi:10.1007/BF03007558
- Theadom, A. & Cropley, M. (2007). Dysfunctional beliefs, stress and sleep disturbance in fibromyalgia. *Sleep Medicine*, 9(4), 376-381. doi:10.1016/j.sleep.2007.06.005
- Walen, H. R., Oliver, K., Groessl, E., Cronan T. A. & Rodriguez, V. M. (2001). Traumatic Events, Health Outcomes, and Health Care Use in Patients with Fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(2), 19-38. doi:10.1300/J094v09n02\_03
- Waller, E., Scheidt, C. E., Endorf, C., Hartmann, A. & Zimmermann, P. (2016). Unresolved trauma in fibromyalgia: A cross-sectional study. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2457-2465. doi:10.1177/1359105315580460
- Wu, Y. L., Huang, C. J., Fang, S. C., Ko, L. H. & Tsai, P. S. (2018). Cognitive impairment in fibromyalgia: A meta-analysis of case-control studies. *Psychosomatic Medicine*, 80(5):432-438. doi:10.1097/PSY.0000000000000575
- Wu, Y. L., Chang, L. Y., Lee, H. C., Fang, S. C. & Tsai, P. S. (2017). Sleep disturbances in fibromyalgia: A meta-analysis of case-control studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 96, 89-97. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.03.011
- Yunus, M. B. (2005). Symptoms and signs of fibromyalgia syndrome: An overview. Dans D.J Wallace & D.J. Clauw (dir.), *Fibromyalgia & Other Central Pain Syndromes* (1<sup>re</sup> éd., p. 125-132). Philadelphie, États-Unis: Lippincott Williams & Wilkins.

## Pour citer l'article

Laroche, D. (2019). Symptômes psychologiques de la fibromyalgie: présentation d'un modèle théorique sur l'évolution de la maladie. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 9(1), 64-71.

## Droits d'auteur

© 2019 Laroche. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.