

Le symptôme peut-il être un leurre ?

Dr Lucien GAMBA

Médecine interne et Immuno-Allergologie (FMH)
Médecine Psycho-somatico-sociale (ASMPP) - Sophro-bio-dynamique et Hypnose (SMSH)

*Du point de vue biologique, l'asthme de Noémie était parfaitement bien expliqué ; son histoire a montré que, durant des années, son bronchospasme a été thérapeutiquement investi en partie comme un leurre, ceci en raison de la complexité étiologique du symptôme et de notre subjectivité de thérapeute !
Au fil de mes consultations, l'histoire de l'asthme « trop bien expliqué » de Noémie.*

Cette patiente de 44 ans m'est adressée pour prise en charge d'un asthme par son physiothérapeute qui la suit depuis plusieurs semaines pour des contusions vertébrales et thoraciques, conséquence d'un accident de ski.

Juste avant sa première consultation, Noémie doit, comme c'est le cas pour tous mes patients, remplir un questionnaire écrit qui a pour but de dégager les grands axes étiologiques allergologiques dans une vision globale de la personne.

L'époque des consultations « self-service »

En analysant avec elle ses réponses, j'y apprendis que durant son enfance et adolescence à Lyon, elle souffrait déjà de difficultés respiratoires mais qu'aucune investigation n'a été effectuée à cette période. Dans sa famille, il semble que son père et son frère aient eu les mêmes problèmes et que, eux non plus, n'ont jamais été investigués.

Jeune adulte, sa formation en ressources humaines terminée, elle change complètement d'option professionnelle pour devenir animatrice d'un centre aéré ; dans cette activité, elle souffre d'une symptomatologie qui, rétrospectivement, évoque un asthme d'effort ; elle continue néanmoins à ne consulter qu'en situation d'urgence et n'effectue aucun bilan médical complet, se contentant de la seule prise de Ventolin-spray à la demande.

La symptomatologie ne va qu'empirer et malgré les recommandations des divers médecins qu'elle consulte occasionnellement en urgence, elle décline toute investigation pneumo-allergologique, continuant à ne se traiter que par Ventolin ; dès lors, et comme c'est souvent le cas, elle va finir par en abuser, ce qui l'amènera aux urgences de l'hôpital régional pour une sévère crise d'asthme.

Un asthme « si bien » expliqué

Les médecins hospitaliers arrivent, cette fois, à la convaincre d'effectuer une investigation en bonne et due forme qui confirme la nature allergique de son affection ; ils mettent en évidence une allergie aux acariens de la poussière et, malgré les réticences de Noémie, arrivent à l'inscrire dans un programme de désensibilisation.

La patiente décrit cette thérapie comme une vraie galère qui a duré 3 ans ½ au cours desquels elle aura beaucoup de difficulté à suivre régulièrement son traitement, qui par ailleurs générera de nombreux effets secondaires. Néanmoins la thérapie est menée à terme et les crises d'asthme diminuent... sans toutefois disparaître !

Elle a 40 ans lorsqu'elle déménage à Genève pour occuper un poste de responsable en ressources humaines dans une grande entreprise internationale. Très vite les crises d'asthme reprennent et les divers médecins qui la voient (à nouveau qu'en situations d'urgence), oscillent entre le diagnostic d'asthme et celui de crise d'angoisse !

Elle refuse de rebilanter la situation et va tenter diverses approches complémentaires telles qu'acupuncture, homéopathie qui chacune l'améliore transitoirement, mais avec des rechutes rapides. Quelques mois avant sa première consultation à mon cabinet, elle a un accident de ski qui entraîne d'importantes contusions vertébrales et thoraciques, d'où la mise en place d'un traitement physiothérapeutique.

Au cours de sa prise en charge, le physiothérapeute est frappé par les tensions corporelles de Noémie, tensions qui s'aggravent au fur et à mesure qu'il travaille sur la respiration diaphragmatique ; il constate que la mécanique respiratoire elle-même se crispe progressivement et il a l'impression que Noémie est alors oppressée, mais qu'elle n'en dit mot ; il sent beaucoup d'anxiété et de rébellion en elle.

Plusieurs fois, il lui en fait le constat et lui propose des noms de médecins formés à une approche globale, psycho-somatique, de la maladie ; au bout de quelques semaines, encouragée par une de ses amies, elle choisit de venir à ma consultation.

A noter que dans cette discussion sur le questionnaire, elle ne répond que de manière très évasive aux questions touchant à sa vie psycho-affective et émotionnelle.

Un cadre psychosomatique clairement défini

Après cette première étape de la consultation (où Noémie parle, à sa manière, de son symptôme) succède une phase qui est devenue pour moi un « passage obligé » dans la prise en charge de mes patients : elle consiste à clairement définir le concept global dans lequel s'inscrit mon action thérapeutique et à le répéter fréquemment dans mes consultations. Ma formulation qui peut se résumer ainsi : « nos symptômes, nommé « phénomène » (fig 1), sont toujours des intrications émotionnelles et somatiques » (même si le problème organique semble souvent constituer la seule dimension impliquée) ; je répète souvent que « notre passé influence constamment et de façon obligatoire psychiquement et somatiquement notre vécu présent (la partie émergée de ce que l'on symbolise volontiers par le schéma de l'« iceberg existentiel », que j'évoque souvent en consultation) (fig.2). L'émotion constitue pour chacun une sorte de « boussole intérieure » qui renseigne sur l'adéquation de ce qui est vécu et des réactions qui devraient être entreprises pour retrouver le « cap existentiel ».

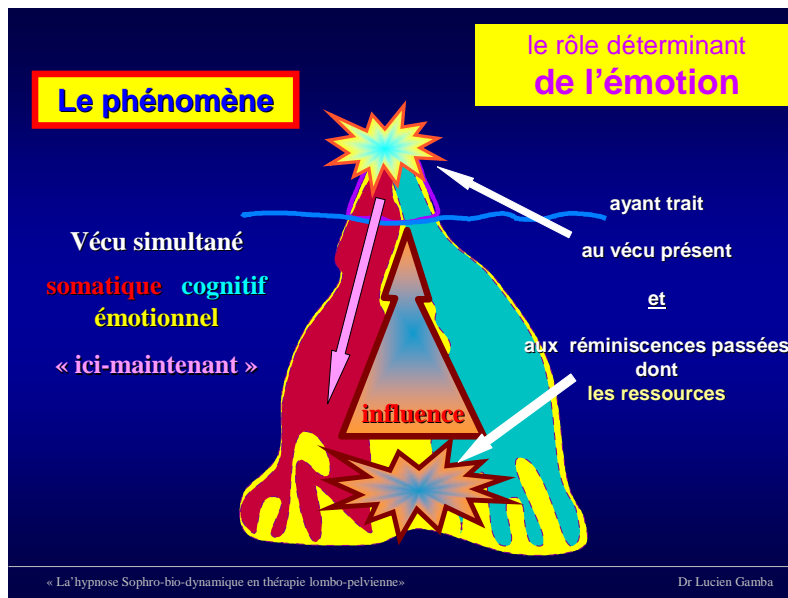


fig 1

Le patient apprend aussi que c'est l'aire cingulaire, une région de notre cerveau très proche de celle des émotions, qui nous renseigne de façon constante sur le degré de cette adéquation (fig 2).



fig 2

Cette étape, où j'annonce ouvertement la teneur de mon cadre thérapeutique, me permet de voir si mon patient adhère d'emblée à cette conception intégrative de la maladie, s'il la craint seulement (sans l'exclure) ou s'il la refuse totalement ; pour ce dernier groupe, deux issues adviennent le plus souvent : soit la consultation tourne court rapidement, soit au contraire elle se poursuit comme si, inconsciemment, le patient apprécie que cette dimension fasse partie de mon approche, sans qu'il lui soit pour autant imposé d'en parler...

En ce qui concerne Noémie, le déroulement de notre première consultation me donne l'impression qu'elle fait partie de la seconde catégorie : je la sens visiblement intéressée par mes propos, mais très craintive.

Un asthme « trop bien » expliqué

Survient ensuite l'examen clinique, qui chez Noémie ne révèle rien de particulier si ce n'est la rigidité musculaire déjà constatée par le physiothérapeute et une respiration étriquée, modérément spastique. Comme je le fais très souvent, je lui propose d'ausculter ses poumons en lui demandant d'adopter une ventilation diaphragmatique et de fermer ses yeux ; se confirme alors la rigidification progressive de sa mécanique ventilatoire observée par le physio, avec l'apparition d'une inquiétude visible aux traits crispés de son visage ; finalement elle ouvre les yeux, visiblement perturbée...

« Que s'est-il passé, qu'avez-vous ressenti ? » ... « je ne sais pas »...

puis devant mon silence ... « j'ai eu de plus en plus de peine à respirer, j'ai ressenti, sans raison, quelque chose de pesant, d'inquiétant ».

Je m'interroge avec elle sur le possible lien entre cette oppression et son histoire... sans succès ;

je poursuis : « Qu'est-ce que ça fait d'avoir de l'asthme pendant près de 40 ans ? ... Haussement d'épaules ! ... « et pourtant le simple fait de respirer vient de vous opprimer, vous obligeant à ouvrir les yeux ! »

Je lui rappelle que nos émotions peuvent se manifester par le seul vécu physique, mais qui n'en garde pas moins sa fonction de « boussole » ; sa dyspnée, inexplicable à cet instant, lui dit peut-être que quelque chose ne va pas en lien avec l'histoire de sa respiration la poussant à réagir ! (fig 2)

Au terme de cette première consultation, je propose à Noémie de refaire une investigation allergologique pour mettre en place un traitement adéquat et de poursuivre notre dialogue psychosomatique comme elle l'entendra.

Le bilan ne révélera pas d'autre problème qu'un asthme modéré, ponctué de poussées parfois assez sévères, surtout en exposition aux acariens de la poussière auxquels elle reste toujours sensible (tests cutanés, IgE, fonctions respiratoires et tests d'exposition le confirmant).

Je lui dis mon étonnement de constater une telle différence entre la relativement faible gravité biologique de son asthme et la sévérité occasionnelle de ses symptômes ; je mets en rapport cette fluctuation avec son vécu à mon auscultation pulmonaire de la première consultation.

Je lui parle d'études scientifiques qui ont montré que l'activité des mastocytes (qui en principe s'auto-limitent dans leur libération d'histamine), peut être déséquilibrée par des événements rappelant d'anciennes situations pénibles entraînant une augmentation considérable des symptômes... il paraît donc important de pouvoir aborder les problèmes émotionnelles de sa dyspnée au même titre que les dérégulations somatiques dont elle souffre.

Après ce long échange, je lui propose un premier contrat qu'elle négocie, mais accepte : mise en place d'un traitement somatique au long cours (avec mesures d'éviction anti-acariens, prise de bronchodilatateurs et de corticoïdes en spray réguliers, contrôlés par mesures du peak flow et des consultations régulières) ; par contre, elle refuse l'idée d'une nouvelle désensibilisation. Lorsque je lui propose de reprendre l'expérience de la respiration en écoute de soi (la « relaxation dynamique »), elle diffère sa décision...

Dès lors mon plan thérapeutique est établi : je vais en premier lieu prendre en charge l'asthme d'un point de vue somatique (puisque'il est l'objet de sa demande), mais simultanément, et chaque fois que cela sera possible, je lui rappellerai la dimension émotionnelle du symptôme (sans être contraignant dans ces rappels), tout en restant logique dans mon cadre annoncé.

De façon pratique, je reviens souvent avec cette question : « *qu'est-ce que ça vous fait de vivre ça ? qu'est-ce que vous en faites ?...* » et j'attends l'éventuelle ouverture.

Apprivoisement et dé-couverte

Lors des premières consultations, elle ne répond pas à l'invite psychosomatique et nos rendez-vous sont très techniques ; mais l'apprivoisement opère progressivement. A chaque consultation, je fais un examen clinique, réitérant l'auscultation pulmonaire diaphragmatique, les yeux fermés ; comme au premier rendez-vous, insensiblement je perçois l'augmentation des tensions et l'inquiétude... ; j'en fais à chaque fois le constat avec elle, mais elle continue à ne pas entrer en matière ; un jour néanmoins, elle donne l'impression d'être au contact de quelque chose de plus puissant (elle n'arrive d'ailleurs pas à fermer les yeux...), et cette fois, elle franchit une nouvelle étape : ... « *Y'en a marre ...* » *s'écrie-t-elle* ; s'ensuivent des pleurs abondants... où elle suffoque.

Elle parle alors de l'omniprésente violence dans sa vie d'enfant, d'adolescente et d'adulte ; je lui demande si, face à tant de souffrances, elle n'a jamais envisagé, d'être aidée par une psychothérapie ; elle me dit ne pas concevoir d'entreprendre une telle démarche.

Par contre, à la consultation suivante, elle choisit de réexpérimenter la respiration en relaxation dynamique qui semble lui convenir, puisque, depuis la dernière séance où « elle a craqué », elle a l'impression d'être moins « sous pression ».

Je lui précise qu'il s'agira d'éprouver, légitimement et avec le moins d'a priori possible, ce que son corps révélera en sensations, pensées et/ou émotions, lors de gestes qui, effectués en respiration diaphragmatique, impliqueront progressivement la totalité de son corps.

Dès ce moment, ma stratégie change : je poursuis les consultations somatiques intégratives (au rythme d'une fois par mois) et, parallèlement, je vois Noémie une fois par semaine pour des séances de relaxation dynamique (RD) de 45 minutes, au cours desquelles (fig 3), je vais chercher à lui faire apprivoiser son symptôme respiratoire en la confrontant à sa dyspnée (plutôt qu'elle ne la fuie), et à lui apprendre à exprimer ses ressentis physiques et émotionnels.

Je me propose aussi de défocaliser les activations de la seule région thoracique et, en mobilisant toutes les autres parties d'elle-même, l'aider à y retrouver des espaces de ressources inutilisés.



fig 3

M'appuyant essentiellement sur la dimension bioénergétique de l'approche sophro-bio-dynamique (SBD), mon accompagnement va consister à simplement accueillir ses réponses physiques, ses éventuelles réflexions et/ou émotions, et à l'aider à faire le lien entre ces vécus immédiats et les références à sa propre histoire, en lui confirmant le caractère rééquilibrateur de ces vécus, par effet cathartique.

Au travers des nombreuses activations physiques impliquant tout son corps, elle évoquera au cours des premiers mois de la thérapie, d'abord des sentiments douloureux liés à sa vie tumultueuse (impressions d'oppression, d'étouffement, de mort imminente ..., besoin de « gueuler », de « dégueuler », de pleurer..., sentiment de désespoir, de colère consécutive...) que Noémie pourra souvent associer à des événements précis de son histoire, dont nombreux raisonnaient avec « désespoir », « abandon », « violence... ».

C'est ainsi que j'ai pu progressivement reconstituer les principales étapes de sa vie : née à Lyon d'une famille aisée, elle décrit son père comme autoritaire, exigeant, sans tendresse, qui l'a fréquemment battue et sévèrement punie ; sa mère est dite soumise, manipulatrice, la trahissant souvent, en particulier lorsque Noémie était en conflits avec son père.

Vers 7 ans, pour des raisons « éducatives », elle est placée dans un pensionnat de bonnes sœurs durant 2 ans, période qu'elle a vécu comme désespérante, tentant à plusieurs reprises de s'enfuir, et se voyant sévèrement punie une fois reprise.

Seule lueur d'espoir pour elle durant toutes ces années : ses grands-parents maternels (et principalement le grand-père) qui ont suppléé à la défection affective des parents.

Malheureusement, à 12 ans, elle perdra son grand-père d'un cancer pulmonaire (elle l'accompagne dans ses derniers instants de vie), puis 3 ans plus tard, sa grand-mère meurt asphyxiée dans un incendie.

Si son activité dans son centre aéré lui apporte un sentiment de liberté, elle souffre des nombreux conflits qu'elle rencontrera au sein de l'équipe organisatrice.

Le lien « ventilatoire » entre ces importants évènements de sa vie ne sera fait par elle que tardivement durant son travail !

A 36 ans, elle épouse un homme qui rapidement se révèle très violent, dont elle aura 2 enfants ; les conflits sont répétés, les coups de plus en plus fréquents, jusqu'au moment où des menaces de mort sont clairement formulées envers elle et ses enfants. Elle demande une assistance policière, ce qui calme le jeu... momentanément.

A 40 ans, quand elle déménage à Genève, les périodes de dyspnées sont de plus en plus fréquentes, les crises d'asthmes deviennent plus sévères et elle abuse souvent de la prise de Ventolin ; elle se décrit en état d'alerte constante, même quand elle n'avait pas de raisons valables !

Actuellement, elle a 44 ans, elle est dans une impasse et dit avoir raté sa vie.

Malgré ces constats désespérés qui vont se répéter durant les premiers mois de la prise en charge SBD, elle donne néanmoins assez rapidement des signes d'amélioration clinique : non seulement elle peut diminuer sa médication, mais elle sera aussi capable de parsemer ses séances douloureuses d'un réel espoir à rebondir, qui deviendra rapidement une volonté agressive à le faire : elle se donnera aussi lentement le droit à lâcher-prise, à éprouver de la joie, à oser s'exprimer, à retrouver le plaisir affectif du contact physique ... ; malgré les revécus pénibles de ses séances, elle se décrit en renaissance, dira plus tard que c'était parce qu'elle retrouvait en elle une capacité à redécider sa vie, ce qu'elle considérait, à juste titre, comme sa « ressource fondamentale ».

La prise en charge thérapeutique a duré plus d'une année et demi, mais les progrès cliniques ont été rapides et spectaculaires, puisque après trois mois seulement, elle pouvait déjà cesser la prise de bronchodilatateurs de longue durée d'action, ne maintenant que les corticoïdes topiques (sprays) ; trois mois plus tard elle pouvait, sous contrôle, cesser la prise des corticoïdes sprays pour ne poursuivre qu'un traitement à la demande (principalement en milieux empoussiérés).

Dans les 6 mois suivants, elle s'organisa pour se séparer de son mari et parvint à le faire sans trop de drames.

Le déroulement des consultations va aussi progressivement changer : Noémie adoptera avec moi une relation beaucoup plus « adulte », venant m'exposer ses problèmes, et « collaborer » à retrouver sa santé ! A ce stade, les séances d'activation corporelles se font plus rares ; c'est alors souvent elle qui, selon ses états d'âme et ses constats physiques, propose des activations corporelles « de son cru » ; je ne fais que réceptionner ce qu'elle me relate, limitant mes propos aux seules légitimations et mises en sens avec elle de ses éprouvés, l'encourageant à élaborer des stratégies en accord avec ses nouvelles options de vie.

Le symptôme peut-il être un leurre ?

Le leurre a comme finalité de dériver l'attention sur une fausse piste afin de protéger tout ou partie d'un ensemble plus précieux, mais surtout perçu comme vulnérable.

Si j'associe leurre et symptôme, c'est que ce dernier est souvent inconsciemment utilisé par le patient pour dérouter l'action thérapeutique loin de la dimension psychique, tant crainte. C'est que la souffrance psychique continue à faire peur à la majorité des gens qui vont tout tenter pour éviter de l'aborder, ce qui, culturellement, a d'ailleurs entraîné un hyper développement de la médecine biologique et organique, au point que certains ont parlé de « médecine hémiplegique » ! Malgré les récents efforts de correction de cette vision de la santé, notre approche médicale (la formation comme la pratique) reste encore très hémiplegiante : la majorité des somaticiens évite toujours le plus possible d'aborder ce qui est perçu comme la médecine de la « folie », et il en va de même de la plupart des psychothérapeutes qui ne sont toujours pas à l'aise à faire vivre le corps.

Il n'est dès lors pas étonnant que, d'une façon générale, le patient brandisse inconsciemment son symptôme organique, tel un leurre, pour que son thérapeute évite d'aborder avec lui l'espace trop inquiétant de ses émotions.

Néanmoins, à interroger les patients dont le thérapeute s'appuyait sur un concept psychosomatique intégratif dans sa prise en charge, il semble bien que bien des années après leurs premières consultations, la plupart d'entre eux disent avoir apprécié que cet espace craint ait malgré tout fait partie intégrante de l'approche thérapeutique, du moment qu'ils se sont sentis, d'emblée, libres de l'aborder ou non avec leur thérapeute qui y était prêt !

Par ailleurs, le thérapeute est souvent peu à l'aise avec les émotions de son patient qui le ramènent aux siennes qui peuvent lui poser problèmes (ce d'autant que très peu d'entre eux ont sérieusement abordé leur propre espace émotionnel), de sorte qu'il se trouve souvent soulagé de ne traiter que le seul symptôme physique proposé. Il oublie ainsi la dimension émotionnelle de la plainte et se limite à ne traiter que le leurre qui ne tardera pas à rebondir d'une manière ou d'une autre.

La seule manière de se donner une chance d'éviter cet écueil qui n'est pas, au long cours, sans influencer sévèrement les coûts de la santé, est que le thérapeute effectue un travail émotionnel régulier sur lui et suive une supervision psychosomatique au long cours ; ce devrait même être une condition obligatoire auquel le droit de pratique devrait être subordonné !

En soi, le symptôme n'est jamais un leurre, mais à la seule condition qu'il soit systématiquement considéré dans sa double dimension (psycho-émotionnelle et somatique), quel que soit son mode de présentation.

Par contre, le symptôme devient leurre, quand une des 2 dimensions de la « mal-à-die » est oubliée !

L'histoire de Noémie, où son symptôme s'est vu si bien expliqué biologiquement que cette dimension a accaparé tout l'espace de la thérapie durant longtemps, est un exemple d'une situation médicale classique du « symptôme qui leurre ». Dans de tels cas, on a affaire à une véritable « schizoïdisation » de la maladie, donc du patient et en conséquence, au long cours, le symptôme ne peut que rebondir.

L'approche psychocorporelle est, de nature, intégrative

Les thérapies psychocorporelles, qui se réfèrent à la période préverbale de notre développement, permettent d'entrer en dialogue avec le symptôme par l'intermédiaire du corps (la seule dimension qui « parle » durant cette période sans mot), pour en faire progressivement émerger le monde émotionnel qui, selon la loi de l'homéostasie (fig 2), répond très schématiquement en terme de « OK », « non-OK ». En réponse adéquate, la situation éprouvée se confirme être une richesse, une ressource, elle doit perdurer ; par contre si elle s'avère inadéquate, la physiologie homéostatique doit entraîner un refus, un rejet du sujet (sa ressource de protection), voire une réaction active qui puisse rétablir l'équilibre ad hoc... !

Ces approches s'avèrent particulièrement efficaces dans l'abord thérapeutique global du symptôme.

Nos formations de thérapeutes sont, pour la plupart, incomplètes

Comme médecin de premier recours, mais aussi comme spécialiste, j'ai acquis la conviction que nos actions médicales (celles du médecin, comme celles de tout thérapeute) devraient être sous-tendues par 3 concepts fondamentaux, qui ne font malheureusement pas partie de nos formations :

1. Le symptôme, représentation d'une des facettes d'un problème complexe, devrait être systématiquement enseigné pour être compris comme une invite inconsciente du patient à une découverte de soi en profondeur, y compris de la dimension émotionnelle tant crainte, mais dont le patient a conscience qu'elle est incontournable, faisant partie intégrante de soi.
2. Le symptôme devrait donc être aussi considéré comme un appel au thérapeute à ce qu'il soit prêt à devenir un « tuteur de résilience » et à aider le patient à retrouver, par-delà ses blessures et ses blocages, l'espace de ses ressources, dont le moteur est l'homéostasie.
3. Le thérapeute devrait obligatoirement suivre un travail en profondeur sur ses émotions, condition sine qua non de la réussite thérapeutique, car « nul ne peut aider l'autre à approcher un espace que lui-même se refuse de découvrir » ; il devrait suivre une supervision psychosomatique au long cours.

Lucien GAMBA

BIBLIOGRAPHIE D'ORIENTATION

BIENENSTOCK J.

McMaster University, 1200 Main Street West, HSC-3N26, Hamilton, Ontario, L8N 3Z5, Canada
"Relationships between mast cells and the nervous system"
Rev. Fr Allergol Immunol Clin 2002; 42; 11-5
2002 Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS

MATSUMOTO I, INOUE Y, SHIMADA T, AIKAWA T.

"Brain mast cells act as an immune gate to the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in dogs".
J Exp Med 2001; 194; 71-8

ARIZONO N, MATSUDA H, HATTORI T, KOJIMA Y, MAEDA T, GALLI SJ.

"Anatomical variation in mast cell nerve associations in the rat small intestine, heart, lung and skin".
Lab Invest. 1990; 62: 626-34

SUZUKI R, FURUNO T, MCKAY DM, WOLVERS D, TESHIMA R, NAKANISHI M, ET AL.

"Direct neurite-mast cell communication in vitro occurs via the neuropeptide substance P".
J Immunol 1999. 163: 2410-5.

GAMBA L.

« La Sophro-bio-dynamique » :
une nouvelle méthode de relaxation à l'usage des somaticiens »
Médecine et Hygiène n°2247 - 17 3 1999 ; p 620-624

« Redéfinir la psychothérapie »
« de la sensibilisation subjective à l'acte spécifique »
Médecine et Hygiène n°2506 – 24 11 2004 ; p 2377-2 382

LOWEN A.

« Le corps bafoué » (Tchou, 1976)
« Pratique de la Bioénergie » (Tchou, 1978).
« La peur de vivre » (Epi, 1983)

SCHWARZ E.

« Towards a holistic cybernetics form science through epistemology to being » Cybernetics and human knowing—4 n°1, 1997

MÜLLER D.

"Les mécanismes neurophysiologiques de la mémoire: quel rôle dans la douleur ? » Aux Rencontres HUG de Genève (avril 2003 : « Mémoire de la douleur... Douleur de la Mémoire »

GUÉX P., MAGISTRETTI P.

« Neurobiologie de la conscience »
Au 2^{ème} Symposium « Emotions et Cerveau » CHUV (sept. 2000)

DAMASIO A.R.

« Spinoza avait raison / Joie et tristesse, le cerveau des émotions »
(Ed. Odile Jacob 2003)

MAGISTRETTI P, F. ANSERMET

« A chacun son cerveau » (Ed. Odile Jacob 2004)

DAYER P.

« Grandeur et misère de l'effet placebo »
L'art de soigner, rencontre humaine ou technique spécifique ?
Aux rencontres de Genève (HUG) 9-10 mars 2006.

PETROVIC P., KALSO E., MAGNUS PETERSSON K., INGVAR M.

"Placebo and Opioid Analgesia-Imaging a Shared Neuronal Network"
Science 1 March 2002: Vol. 295. no. 5560, pp. 1737 – 40

.....