

Les effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer : une revue systématique de la littérature

Effects of emotional expression on adjustment to cancer: a systematic review of research

D. Boinon · C. Charles · S. Dauchy · S. Sultan

Reçu le 23 octobre 2010 ; accepté le 25 mars 2011
© Springer-Verlag France 2011

Résumé La confrontation au diagnostic de cancer et à ses traitements peut constituer un événement de stress majeur dans la vie d'un individu non sans impact psychologique et social à plus ou moins long terme. Le traitement cognitif et émotionnel de cette épreuve s'avère nécessaire dans le processus d'ajustement au cancer. Ce traitement serait facilité par l'expression des pensées et des émotions au sujet de l'expérience de la maladie dans un contexte social soutenant. Le présent article vise à procéder à un état des lieux des données de la littérature, évaluant l'impact de l'expression émotionnelle sur l'ajustement psychologique des patients atteints de cancer. Le recensement systématique des recherches publiées entre 1999 et 2009 à partir de Pubmed et de PsycInfo a permis d'identifier 39 études empiriques et quatre modes d'approches distincts : 1) effets directs de l'expression des émotions par écrit ; 2) effets des ressources individuelles (caractéristiques de personnalité, stratégies de *coping*) associées à l'expression émotionnelle ; 3) effets de la répression émotionnelle ; 4) rôle du contexte social dans l'expression émotionnelle. La synthèse des études révèle l'existence de liens complexes entre expression émotionnelle et ajustement à la maladie. Cette synthèse met également en évidence de nombreuses limites conceptuelles et méthodologiques qui appellent à nuancer les résultats ici rassemblés.

La prise en considération de nouvelles variables individuelles et sociales en tant que facteurs modérateurs du lien entre expression émotionnelle et ajustement psychologique semble incontournable parmi les efforts de recherche à poursuivre en vue de mieux comprendre la complexité des effets de l'expression émotionnelle. *Pour citer cette revue : Psycho-Oncol. 5 (2011).*

Mots clés Cancer · Ajustement psychologique · Expression émotionnelle · Répression émotionnelle · Contexte social

Abstract Facing cancer diagnosis and treatment can be a stressful and traumatic experience with long-term consequences. Cognitive and emotional processing is considered critical in successful adjustment to cancer. The clinical literature supposes that this process would be facilitated by expression of thoughts and emotions regarding the event. The aim of this article is to systematically review available data in the literature (1999–2009) regarding the impact of emotional expression on the psychological adjustment of cancer patients. The systematic search in Pubmed and PsycInfo identified 39 empirical studies which could be classified within 4 different types of data in cancer patients: (1) direct effects of written emotional disclosure, (2) effects of individual resources (personality characteristics, *coping* strategies) associated with emotional expression, (3) effects of repression, and (4) role of social context in emotional expression. Studies revealed complex links between emotional expression and adjustment to illness. Results also highlight limitations of empirical research on this topic. Major improvements in applied research on expression could be expected provided that future research studies moderators of the beneficial effect of expression in patients. *To cite this journal: Psycho-Oncol. 5 (2011).*

Keywords Cancer · Psychological adjustment · Emotional expression · Emotional repression · Social context

D. Boinon (✉) · C. Charles · S. Dauchy
Unité de psycho-oncologie,
institut de cancérologie Gustave-Roussy,
39, rue Camille-Desmoulins,
F-94805 Villejuif cedex, France
e-mail : boinon@igr.fr

D. Boinon · C. Charles
Université Paris-Descartes–LPPS EA 4057,
F-92774 Boulogne-Billancourt cedex, France

S. Sultan
Institut de psychologie,
Université Paris-Descartes–LPPS EA 4057,
71, avenue Édouard-Vaillant,
F-92774 Boulogne-Billancourt cedex, France

Introduction

« *Ne vous inquiétez pas ce n'est qu'un cancer* » pouvait-on récemment lire sur les affichages d'appels à donation de l'Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) en France en 2009... Les dernières estimations du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) rappellent que si la mortalité due au cancer diminue depuis deux décennies, son incidence globale au niveau mondial augmente et augmentera encore dans les 20 prochaines années : les projections font état de près de 21,4 millions de nouveaux cas par an et de plus de 13,2 millions de décès [18].

Sous l'effet des progrès thérapeutiques, l'association entre cancer et mort aurait tendance à se distendre en Occident. À titre d'exemple, 86,2 % des Français interrogés par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) en 2005 estiment qu'on sait « guérir » de nombreux cancers aujourd'hui [20]. Dans les faits, selon le rapport de l'Institut national du cancer [26], le taux de survie relative à cinq ans, toutes localisations de cancer confondues, est supérieur à 50 % (de 52 à 68 % en fonction des sources des données). Cependant, les progrès en termes d'espérance de vie se conquièrent bien souvent encore au prix de traitements lourds et prolongés, dont les effets secondaires et les séquelles peuvent majorer le poids de la maladie et avoir des retentissements émotionnels, mais aussi cognitifs et socioprofessionnels à long terme [3,68].

Ainsi, la prévalence des troubles anxieux ou dépressifs varie de 10 à 30 % (selon le type d'outil utilisé et la définition des seuils diagnostiques) chez les femmes traitées pour un cancer du sein dans un délai d'un à deux ans après l'annonce diagnostique [5,14,45]. À cette étape, l'anxiété se traduit souvent par une peur de la récurrence [3,44].

Face à ces difficultés émotionnelles, le sens commun invite à penser que « parler du cancer soulage », à l'exemple de l'intitulé du forum de discussion de la Fondation belge contre le cancer, et « à ne pas garder pour soi » ses émotions. Indirectement, les résultats des nombreuses études sur les effets délétères de la répression émotionnelle et la personnalité de type C (définie par Temoshok en 1987 [69] par l'inhibition de l'expression des besoins et des émotions, le manque d'affirmation de soi, la tendance à s'effacer et à se soumettre au désir des autres) sur la survenue d'un cancer et son évolution [6,13,17,56] participeraient à renforcer dans le discours sociétal les injonctions à parler de ses émotions au sujet de la maladie.

La mise en évidence du rôle joué par certains traits de personnalité [58] et les réactions de l'entourage au partage des émotions [39] montrent que cette question des effets de l'expression ou de la répression émotionnelle sur l'ajustement psychologique au cancer est complexe. Cette question implique donc de prendre en considération l'existence de possibles facteurs tiers modulant les effets supposés cathar-

tiques de la verbalisation émotionnelle ou à l'inverse des effets néfastes attribués à la répression émotionnelle sur l'ajustement psychologique au cancer.

Le présent article vise à procéder à un état des lieux des données de la littérature, évaluant l'impact de l'expression émotionnelle sur l'ajustement psychologique des patients atteints de cancer dans la dernière décennie. Son organisation en quatre points rend compte des quatre approches à partir desquelles cette évaluation a été menée :

- effets directs de l'expression des émotions par écrit ;
- effets des ressources individuelles (caractéristiques de personnalité, stratégies de *coping*) associées à l'expression émotionnelle ;
- effets de la répression émotionnelle ;
- rôle du contexte social dans l'expression émotionnelle.

Méthode de recherche

Le recensement systématique des articles a été réalisé à l'aide des moteurs de recherche Pubmed et PsycInfo et des mots clés « (cancer* or oncol*[Title]) and (emot*[Title]) and (express* or disclos* or shar* or repress* or suppress* [Abstract]) » en tenant uniquement compte des articles publiés dans les dix dernières années afin de disposer des données les plus actuelles. Une première sélection à partir de la date de publication (du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2009), de la langue (anglais et français), de la population d'étude (patients adultes atteints de cancer) et des revues à comité de lecture a permis le référencement de 56 articles pour Pubmed et de 45 articles pour PsycInfo (dont 32 études qui se recoupent entre ces deux bases de données).

Dans un premier temps, seules ont été retenues les études empiriques mettant en lien l'expression ou la répression émotionnelle avec l'ajustement au cancer dans un cadre naturaliste. Les études évaluant de manière explicite les effets des interventions psychothérapeutiques via l'expression émotionnelle ont été écartées, parce qu'elles mobilisent d'autres processus que l'expression émotionnelle comme par exemple la relation au thérapeute, la motivation au changement ou encore le travail d'élaboration psychique. En revanche, les études expérimentales ont été conservées parce que ciblant plus directement et de manière circonscrite les liens entre expression émotionnelle et critères d'ajustement à la maladie.

Une recherche manuelle a enfin été effectuée à partir des listes de références des études sélectionnées afin d'intégrer les études empiriques non recensées à partir des moteurs de recherche et correspondant aux critères cités ci-dessus. La synthèse de ces études est ici présentée en fin d'article (Tableaux 1 à 4).

Au final, 39 études traitant effectivement des effets de l'expression et de la répression émotionnelle sur l'ajustement

psychologique dans le cancer ont été identifiées. Parmi ces recherches, 14 étudient l'expression émotionnelle sous sa forme écrite, 7 évaluent les traits de personnalité liés à l'expression émotionnelle, 7 traitent de la répression émotionnelle et 19 explorent les caractéristiques du contexte social dans lequel intervient l'expression des émotions.

Résultats

Quatre modes d'approche ressortent du recensement des études s'intéressant aux effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement psychologique au cancer :

- approche « directe », à travers un dispositif expérimental inspiré du paradigme de Pennebaker et Beall (1986) qui évalue l'impact de l'expression des émotions liées à la maladie sous sa forme écrite ;
- approche « indirecte », qui étudie non pas l'impact de l'expression effective des émotions, mais qui tente plutôt de cerner les effets des ressources individuelles qui sous-tendent cette expression (caractéristiques de personnalité, stratégies de *coping*) selon une perspective adaptative ;
- approche « inversée », qui apprécie les effets de la répression émotionnelle ;
- approche « interactionnelle », qui tient compte de l'impact du contexte social sur l'expression ou la répression émotionnelle.

Approche directe : les effets de l'expression écrite des émotions sur l'ajustement au cancer

Effets de l'expression écrite sur la santé psychique dans un contexte expérimental

Selon Pennebaker [53,54], la confrontation au traumatisme par l'écriture faciliterait le traitement de l'information émotionnelle et aurait un effet bénéfique à long terme sur la santé physique, dans la mesure où traduire l'événement traumatique en mots, lui attribuer du sens (déterminer ses causes et ses conséquences) et identifier les émotions associées favoriseraient la compréhension et l'intégration psychique de l'événement. Ces phénomènes participeraient à une diminution des effets néfastes du stress sur la santé.

S'inspirant du paradigme de Pennebaker et Beall [55], dix des études recensées explorent les effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer (Tableau 1). Les mesures réalisées s'effectuent à partir d'une tâche prescrite, invitant les participants du groupe expérimental à écrire au sujet des pensées et des émotions profondes liées à la maladie sur trois à quatre séances (20 à 30 minutes). Il ne s'agit donc pas d'évaluer l'impact de l'expression spontanée des émotions liées au cancer en milieu naturel (tout au long

des traitements par exemple), mais plutôt de reconstruire artificiellement les conditions de leur formulation.

Les dix études longitudinales randomisées montrent très peu d'effets de l'expression écrite des émotions liées à la maladie sur l'ajustement psychologique évalué à partir d'échelles standardisées, sur les variables suivantes : l'état émotionnel [7,11,12,37,61,66,71], la détresse [13,73], les pensées intrusives et l'évitement [12,71,73], les ruminations [61], les préoccupations liées au cancer [21,64], le stress perçu [12,13], le sentiment de bien-être général [8] et la qualité de vie [61,66].

Deux études, à défaut de montrer un impact significatif de la mise par écrit du vécu émotionnel lié à la maladie sur l'état psychologique (à partir d'échelles standardisées), rapportent les effets subjectifs associés par les patients à cette procédure [66,71]. Interrogées dans l'après traitement d'un cancer du sein, certaines femmes perçoivent la mise par écrit de leur vécu émotionnel comme un moyen d'exprimer librement leurs préoccupations, à l'exemple de la peur de la récurrence, sans avoir le sentiment d'être un « poids » pour leurs proches [71]. Cette tâche écrite est également ressentie comme aidante pour mieux comprendre et intégrer l'expérience de la maladie [66,71] et mieux définir ses priorités futures [71].

Effets de l'expression écrite sur la santé psychique dans le cadre des forums de discussion sur Internet

Quatre recherches non randomisées s'intéressent aux messages échangés sur les forums de discussion destinés aux patients atteints de cancer et analysent donc un matériel issu d'interactions spontanées et non guidées : les participantes ont d'elles-mêmes fait la démarche de s'exprimer sur leur maladie et de partager leur expérience du cancer avec d'autres [21,35,36,64]. La nature et la quantité des émotions exprimées ont dans ce cadre fait l'objet d'un décompte précis à partir de l'analyse informatique du contenu des écrits des patients (logiciel LIWC, [52]).

Parmi ces quatre études, deux d'entre elles montrent un effet significatif de l'expression émotionnelle écrite sur l'humeur, le bien-être émotionnel [64] et les préoccupations liées au cancer [36] dans un sens mélioratif. Cet effet serait d'autant plus important que les patients :

- rendent compte dans leurs écrits d'un travail de réflexion sur l'expérience traumatique et d'identification des émotions associées (*insightful disclosure*) [64] ;
- expriment fréquemment leur colère et leur tristesse, plutôt que leur anxiété, dans le cadre des échanges entre patients sur les forums de discussion Internet [36].

La force de cet effet sur les composantes thymiques et émotionnelles ressort cependant uniquement des analyses réalisées à partir des questionnaires construits pour les besoins expérimentaux et non d'échelles validées.

Tableau 1 Effets de l'expression écrite des émotions sur l'ajustement au cancer (14 études)

Étude	Design	Échantillon	Dispositif	Mesures des émotions exprimées	Mesures des critères d'ajustement	Résultats
Walker et al., 1999 États-Unis	Longitudinale Quantitative Randomisée	$n = 44$ F Âge $\pm 53,6$ Cancer du sein Fin de traitement par radiothérapie	PPB 1986 2GE/1GC Suivis à 1/4-6/16/28 semaines	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	PANAS, IES	Absence d'effet sur PANAS et IES Tâche écrite perçue comme aidante pour intégrer l'expérience du cancer, exprimer librement ses préoccupations et identifier les priorités futures
Stanton et al., 2002 États-Unis	Longitudinale Quantitative Randomisée	$n = 60$ F Âge : $49,5 \pm 12,6$ Cancer du sein Diagnostic $28,37 \pm 9,95$ semaines	PPB 1986 2GE/1GC Suivis à 1/3 mois	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	POMS, IES, COPE, FACT, PH-RO (+CSM, autoévaluation des effets positifs et négatifs de l'expression écrite à T2 et T3)	Absence d'effet sur POMS et FACT Effet significatif sur PH-RO et CSM Tâche écrite perçue comme favorisant la compréhension de l'expérience du cancer et source de bénéfices à long terme
Rosenberg et al., 2002 Royaume-Uni	Longitudinale Quantitative Randomisée	$n = 30$ H Âge : $70,4 \pm 5,4$ Cancer prostate Diagnostic ± 4 ans	PPB 1986 1GE/1GC Suivis à 3/6 mois	Non évaluées	Brief POMS, SCL-90-R, RS, WC-CV, FACT, MOS-SF-36, BPI, FI, marqueurs du cancer, prise de médicaments, CSM	Absence d'effet sur Brief POMS, SCL-90-R, RS, FACT, MOS-SF-36, FI et marqueurs du cancer Effet significatif sur BPI, prise de médicaments et CSM (diminution)
De Moor et al., 2002 États-Unis	Longitudinale Quantitative Randomisée	$n = 42$ (14,3 % F) Âge $\pm 56,4$ Cancer du rein métastatique Essai thérapeutique	PPB 1986 1GE/1GC Suivis à la 4 ^e séance d'écriture et à 4/6/8/10 semaines	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	POMS, PSS, IES, PSQI	Absence d'effet sur la POMS, l'IES et le PSS Effet significatif sur sous-échelle POMS Énergie et PSQI
Zakowski et al., 2004 États-Unis	Longitudinale Quantitative Randomisée	$n = 103$ (51,9 % F) Âge : $59,8 \pm 11,1$ Cancers Délai diagnostic $1,4 \pm 1,2$ an	PPB 1990 1GE/1GC Suivi à 6 mois	Non évaluées	IES, BSI, SCS ^a	Absence d'effet sur BSI et IES
Lieberman et al., 2006 États-Unis	Longitudinale Quantitative	$n = 52$ F Âge : $45,5 \pm 7,8$ Cancer du sein	Échanges écrits Forum de discussion Internet Suivi à 6 mois	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	CES-D, TOI-PFB	Colère et tristesse négativement associées aux scores CES-D et positivement aux scores TOI-PFB Anxiété positivement associée aux scores CES-D et négativement aux scores TOI-PFB (Suite page suivante)

Tableau 1 (suite)

Étude	Design	Échantillon	Dispositif	Mesures des émotions exprimées	Mesures des critères d'ajustement	Résultats
Low et al., 2006 États-Unis	Longitudinale Quantitative Randomisée	n = 60 F Cancer du sein Âge : 49,5 ± 12,6 Diagnostic 28,4 ± 9,9 semaines	Reprise étude Stanton et al. (2002) PPB 1986 2GE/1GC Suivi à 3 mois	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	Fréquence cardiaque avant, pendant, après chaque séance, POMS, PH-RO (+CSM à T2)	Utilisation de mots émotionnels négatifs associée négativement aux scores PH-RO Régulation cardiaque médiateur du lien entre émotions exprimées et PH-RO
Shaw et al., 2006 États-Unis	Longitudinale Quantitative	n = 66 F Âge ± 44,5 Cancer du sein	Échanges écrits Forum de discussion Internet Suivis à 2/5 mois	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	BC-RC, Questionnaires ad hoc : bien-être émotionnel (5 items) et physique (7 items) ; humeur négative (5 items)	Effet significatif sur le bien-être émotionnel et l'humeur négative (amélioration) Absence d'effet sur le bien-être physique et BC-RC
Creswell et al., 2007 États-Unis	Longitudinale Quantitative Randomisée	n = 60 F Âge ± 49,5 Cancer du sein Après traitement	Reprise étude Stanton et al. (2002) PPB 1986 2GE/1GC Suivi à 3 mois	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	Fréquence cardiaque pendant chaque séance POMS, SWLS, PH-RO (+CSM à T2)	Absence d'effet sur la POMS et la SWLS Effet significatif sur PH-RO et CSM (diminution) Affirmation de soi médiateur du lien entre émotions exprimées et PH-RO
Lieberman et al., 2007 États-Unis	Longitudinale Quantitative	n = 77 F Âge : 45,1 ± 8,4 Cancer du sein	Échanges écrits Forum de discussion Internet Suivi à 6 mois	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	CES-D, FACT-B (FB, PFB, BCC)	Absence d'effet sur CES-D Effet significatif sur FB, PFB (amélioration) et BCC (diminution)
Bruera et al., 2008 États-Unis	Longitudinale Quantitative Randomisée	n = 24 (75 % F) Âge ± 55,4 Cancers avancés Soins palliatifs	Tâche d'expression écrite IGE/1GC Suivi à 3 semaines	Non évaluées	HADS, BSI 18, PSS, STAI, FACIT-F, PSQI, ESAS	Absence d'effet sur PSS et STAI
De Moor et al., 2008 États-Unis	Longitudinale Quantitative Randomisée	n = 49 F Âge : 56,9 ± 10,8 Cancer du sein Chirurgie	Tâche d'expression écrite IGE/1GC Suivi à 2 semaines	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	BSI 18, PSS, IES, EACS, PSQI, BPI, SCS ^a	Absence d'effet sur BSI 18, PSS, PSQI et BPI
Cepeda et al., 2008 États-Unis	Longitudinale Quantitative Randomisée	n = 234 Cancers avancés Patients douloureux	Tâche d'expression écrite IGE/2GC Suivi à 8 semaines	Intensité émotionnelle évaluée par 2 cotateurs indépendants sur une échelle en 6 points	Bien-être global (échelle en 7 points), douleur (EN) et la douleur	Absence d'effet sur le bien-être global et la douleur

(Suite page suivante)

Étude	Design	Échantillon	Dispositif	Mesures des émotions exprimées	Mesures des critères d'ajustement	Résultats
Han et al., 2008 États-Unis	Longitudinale Quantitative	n = 96 F Cancer du sein Après traitement	Échanges écrits Forum de discussion Internet Suivi à 4 mois	LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	BC-RC	Absence d'effet sur BC-RC
<p>BC-RC : <i>breast cancer-related concerns</i> (Cella et al., 1993) ; BPI : <i>brief pain inventory</i> (Cleeland et Ryan, 1994) ; Brief POMS : Brief Profile of Mood States (Cella et al., 1987) ; BSI : <i>brief symptoms inventory</i> (Derogatis et Melisaratos, 1983) ; CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977) ; COPE (Carver et al., 1989) ; CSM : nombre de consultations médicales ; EACS : The Emotional Approach Coping Scale (Stanton et al., 2000) ; EN : échelle numérique ; ESAS : Edmonton Symptom Assessment (Bruera et al., 1991) ; FACT : <i>functional assessment of cancer therapy</i> (Cella, 1994) ; FB : <i>functional well being</i> ; PFB : <i>physical well being</i> ; BCC : <i>breast cancer concerns</i> du FACT-B (Brady et al., 1997) ; FI : fonctionnement immunitaire ; HADS : Hospital Anxiety and Depression (Zigmond et Snaith, 1983) ; IES : Impact of Events Scale (Horowitz et al., 1979) ; LIWC : Linguistic Inquiry and Word Count (Francis et Pennebaker, 1997, 1999) ; MOS-SF-36 : Medical Outcomes Study-Short Form-36 (Ware et Sherbourne, 1992) ; PANAS : The Positive and Negative Affect Scale (Watson et al., 1988) ; PH-RO : <i>physical health-related outcomes</i> ; POMS : Profil of Mood States (McNair et al., 1971) ; PPB : paradigme de Pennebaker et Beall ; PSQI : Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989) ; PSS : Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1985) ; RS : Rumination Scale (McIntosh et al., 1995) ; SCL-90-R : The Symptom Checklist-90 Revised (Derogatis, 1993) ; SCS : Social Constraints Scale (Lepore et Ituarte, 1999) ; STAI : State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983) ; SWLS : Satisfaction With Life Scale (Diener et al., 1985) ; TOI-PFB (dimension physique) du FACT-B (Brady et al., 1997) ; WC-CV : Ways of Coping-Cancer Version (Dunkel-Schetter et al., 1992).</p> <p>^a Études évaluant également l'impact du contexte social sur l'expression et la répression émotionnelles.</p>						

Effets de l'expression écrite sur la santé physique dans un contexte expérimental

Les effets de l'expression écrite ressortent en revanche plus nettement associés aux variables physiques et médicales dans six études : diminution des symptômes physiques [11,37,66], diminution des perceptions douloureuses [61], augmentation de l'énergie ressentie [12], diminution des troubles du sommeil [12], mieux-être fonctionnel et physique [36] et diminution des consultations médicales à trois mois pour des symptômes liés au cancer [11,66].

Deux de ces études rendent compte de l'existence de médiateurs pour expliquer les mécanismes sous-jacents à la relation entre expression émotionnelle par écrit et variables physiques :

- médiation physique : Low et al. [37] montrent que la régulation de l'activité physiologique (régulation du rythme cardiaque) constitue un médiateur du lien entre expression écrite des émotions et diminution des symptômes physiques rapportés [37]. L'utilisation de mots émotionnels négatifs, mais aussi l'emploi de mots qui traduisent la présence de processus d'introspection et de mise en lien causale seraient associés à une diminution de l'état de vigilance et du niveau de stress, favorisant ainsi une meilleure régulation des réponses physiologiques. Soumis à un niveau moindre de stress, les patients se percevaient en meilleur état de santé ;
- médiation psychologique : Creswell et al. [11] observent que l'affirmation de soi exprimée dans les écrits des femmes traitées pour un cancer du sein médiatise le lien entre l'expression des émotions liées au cancer et la diminution des symptômes physiques rapportés à trois mois. L'affirmation de soi favoriserait une meilleure estime de soi et un sentiment de confiance en sa propre efficacité pour faire face à la maladie [11].

Les bénéfices sur des variables physiques demeurent toutefois non systématiques, notamment pour ce qui concerne la diminution des troubles du sommeil (non retrouvée en 2008 par De Moor et al. [13] lors d'une seconde étude avec le même instrument), le mieux-être physique [64] et la perception douloureuse [8] (absence d'effet pour De Moor et al. [13]).

En résumé, les résultats de ces 14 études quantitatives et longitudinales témoignent de la présence d'effets de l'expression écrite des émotions sur l'ajustement psychologique qui restent néanmoins difficilement qualifiables en termes par exemple d'intensité et d'étendue. À ce titre, les études expérimentales mettent plus en avant des effets subjectifs, comme le caractère aidant de l'écriture pour élaborer et intégrer l'expérience de la maladie, plutôt que des effets objectivés par des outils standardisés. Des effets significatifs ressortent en revanche plus nettement

de l'étude des variables physiques et médicales (diminution des symptômes physiques et du nombre de consultations médicales).

Approche indirecte : les effets des ressources individuelles associées à l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer

La question du lien entre expression des émotions et ajustement psychologique a parallèlement fait l'objet d'une autre forme d'approche : abordée non plus à travers l'effet de l'acte (exprimer ses émotions), mais plutôt à partir de l'étude de facteurs individuels (pré)-disposant à l'acte. Parmi ces facteurs se distinguent : ceux relevant de caractéristiques de personnalité comme l'expressivité émotionnelle ou l'intelligence émotionnelle et ceux définis par les réactions de l'individu face aux situations de stress (stratégies de *coping*) (Tableau 2). Sept études quantitatives et non randomisées, dont cinq transversales [1,25,58,62,72] et deux longitudinales [59,67] adoptent cette approche indirecte.

Cinq des études recensées portent sur le premier aspect « caractéristiques de personnalité ». Trois concluent à une absence d'association entre expressivité émotionnelle, définie comme une disposition stable à exprimer ouvertement ses émotions, et détresse psychologique, aussi bien dans sa composante anxieuse que dépressive [1,59,72]. Il n'y a que lorsque la valence des émotions exprimées est distinguée (positives vs négatives) que les auteurs repèrent une association entre disposition à exprimer des émotions négatives et diminution de la détresse émotionnelle associée aux pensées intrusives [58]. Seule l'étude de Schmidt et Andrykowski [62] montre la valeur prédictive de l'intelligence émotionnelle, définie comme la capacité à appréhender, exprimer et réguler ses émotions [43], par rapport aux niveaux de dépression et d'anxiété, tout autant que de pensées intrusives chez des femmes traitées pour un cancer du sein. Moins développée serait l'intelligence émotionnelle, plus importantes seraient la détresse émotionnelle et les pensées intrusives liées à la maladie pour ces patientes.

Les études qui se sont davantage intéressées aux stratégies de *coping* montrent que le recours privilégié à l'expression émotionnelle (*emotional approach coping*) a des effets minorants sur la détresse psychologique, mais démentent l'idée selon laquelle la focalisation sur l'identification des émotions (reconnaissance et compréhension) en situation de stress est associée à un meilleur ajustement psychologique à long terme dans l'après traitement d'un cancer du sein [67]. Dans le sens de ce démenti, l'étude de Hoyt [25], menée auprès d'hommes atteints de différents types de cancer, montre que cette stratégie d'identification et de compréhension des émotions est corrélée à des niveaux plus élevés

de détresse, surtout chez les sujets les plus jeunes. D'une part, la focalisation de l'attention sur les émotions liées à l'expérience du cancer pourrait refléter la présence de ruminations en lien avec la perception d'une menace. Identifier ses émotions ne serait d'autre part bénéfique que dans la mesure où cette identification aboutit à l'expression de ces émotions.

Approche inversée : les effets de la répression émotionnelle sur l'ajustement au cancer

La présence simultanée d'attitudes contradictoires quant au fait d'exprimer ou non ses émotions expliquerait dans certains cas que l'identification et la compréhension des émotions ne puissent nécessairement amener à un soulagement émotionnel. Ainsi, l'ambivalence dans l'expression émotionnelle (AEE)¹ a été récemment associée à des niveaux très faibles de bien-être émotionnel, d'énergie et de santé en général [57].

Or, les femmes atteintes d'un cancer du sein apparaissent significativement plus ambivalentes dans l'expression émotionnelle que les femmes indemnes, avec une répression de leurs affects et des niveaux d'anxiété plus importants [63]. La répression émotionnelle est abordée dans la littérature sous les termes d'inhibition ou de suppression émotionnelle, et plus généralement tenue pour équivalent de « non-expression émotionnelle ». Pour plus de clarté, le terme de répression émotionnelle sera retenu dans cet article. Son impact sur l'ajustement au cancer a reçu l'attention de sept des études recensées (Tableau 3).

Dans ces études, la répression émotionnelle chez les femmes diagnostiquées pour un cancer du sein apparaît associée à une plus grande détresse émotionnelle (anxiété, dépression, colère) [27,28] par rapport aux femmes exprimant leurs émotions négatives, particulièrement après l'annonce diagnostique [28] et trois mois après la chirurgie [29]. À plus long terme, soit cinq ans après le diagnostic, la répression émotionnelle (non-expression des affects négatifs pour les auteurs de cette étude) est également associée au stress perçu, à l'anxiété, à la dépression et aux émotions négatives (désespoir, préoccupations anxieuses) dans l'ajustement au cancer [24]. De même, Owen et al. [49] retrouvent une association significative entre des niveaux élevés de répression émotionnelle et des troubles émotionnels à distance du diagnostic.

En résumé, à court comme à long terme, la répression émotionnelle est de manière consensuelle identifiée dans les études sur le cancer comme facteur associé à des difficultés d'ajustement à la maladie.

¹ L'ambivalence dans l'expression émotionnelle (AEE) est définie comme un conflit psychique qui résulte de l'expérience d'émotions de valence opposées [31].

Tableau 2 Effets des ressources individuelles associées à l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer (7 études)

Étude	Design	Échantillon	Dispositif	Mesures des ressources individuelles	Mesures des critères d'ajustement	Résultats
Stanton et al., 2000 États-Unis	Longitudinale Quantitative	$n = 92$ F Âge : $51,6 \pm 10,3$ Cancer du sein Diagnostic $28,5 \pm 13,4$ semaines	Questionnaires par mail Suivi à 3 mois	COPE	POMS, FACT, HS, état de santé perçu (1 item ad hoc), CSM, réceptivité perçue environnement social (3 items ad hoc) ^a	<i>Coping</i> centré sur l'expression des émotions prédicteur POMS (diminution détresse, majoration énergie), état de santé perçu (amélioration) et CSM (diminution) <i>Coping</i> uniquement centré sur l'identification des émotions prédicteur POMS (majoration détresse) Médiation partielle du <i>coping</i> centré sur l'expression émotionnelle sur la relation entre Hope Scale et POMS énergie/état de santé perçu (prédiction d'une amélioration) Absence d'effet sur POMS et IES
Zakowski et al., 2003 États-Unis	Transversale Quantitative Comparative	$n = 82$ (50 % F) Âge : $59 \pm 10,8$ Cancers gynécologiques et de la prostate Diagnostic $1,3 \pm 1,1$ ans	Questionnaires par mail	EES	POMS, IES, SCS ^a	
Schmidt et al., 2004 États-Unis	Transversale Quantitative	$n = 210$ F Âge : $47,4 \pm 8,4$ Cancer du sein Diagnostic $22,6 \pm 15,2$ mois	Questionnaires par mail adressés aux participantes de groupes d'entraide Internet	TMMS	HADS, IES, DUKE-SSQ ^a , SCS ^a	Association significative entre TMMS et HADS/IES (négative)
Quartana et al., 2005 États-Unis	Longitudinale Quantitative	$n = 195$ (38,5 % F) Âge : $60,9 \pm 10,3$ Cancers gynécologiques et de la prostate Diagnostic $1,5 \pm 1,3$ ans	Questionnaires par mail Suivi à 1 mois	EES	BSI, SCS ^a	Absence d'effet sur BSI
Quartana et al., 2006 États-Unis	Transversale Quantitative	$n = 93$ (68,8 % F) Âge : $58,5 \pm 10,8$ Cancers Diagnostic < 5 ans	Questionnaires par mail	BEQ	IES, BSI	Moderation par BEQ négatif du lien entre IES et BSI : association positive entre IES et BSI plus importante pour des scores BEQ négatif faibles <i>Coping</i> centré sur l'expression des émotions prédicteur CES-D, IES et PANAS-NA (diminution) <i>Coping</i> uniquement centré sur l'identification des émotions prédicteur CES-D, IES et PANAS-NA (majoration)
Hoyt, 2009 États-Unis	Transversale Quantitative	$n = 183$ H Âge : $67,5 \pm 10,7$ Cancers Diagnostic 67 % < 5 ans	Questionnaires en consultation	EAC	CES-D, IES, PANAS-NA, SCS ^a	

(Suite page suivante)

Tableau 2 (suite)

Étude	Design	Échantillon	Dispositif	Mesures des ressources individuelles	Mesures des critères d'ajustement	Résultats
Agustsdottir et al., 2010 Islande	Transversale Quantitative	n = 184 H Âge : 68,5 % > 70 Cancer de la prostate Diagnostic 83,6 % > 25 mois	Questionnaires par mail	EES	HADS, IES, SCS ^a	Absence d'effet sur HADS et IES
BEQ : Berkeley Expressivity Questionnaire (Gross et John, 1995) ; BSI : <i>brief symptom inventory</i> (Derogatis et Melisaratos, 1983) ; CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Andresen et al., 1994) ; COPE (Carver et al., 1989) ; CSM : nombre de consultations médicales ; DUKE-SSQ : Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (Broadhead et al., 1988) ; EAC : <i>emotional-approach coping</i> (Stanton et al., 2000) ; EES : Emotional Expressivity Scale (Kring et al., 1994) ; FACT : <i>functional assessment of cancer therapy</i> (Cella, 1994) ; HADS : Hospital Anxiety and Depression (Zigmond et Snaith, 1983) ; HS : Hope Scale (Snyder et al., 1991) ; IES : Impact of Events Scale (Horowitz et al., 1979) ; NEO : Five-Factor Inventory (Costa et McCrae, 1992) ; PANAS-NA : sous-échelle affectifs négatifs de Positive and Negative Affect Schedule (Watson et al., 1988) ; POMS : Profil of Mood States (McNair et al., 1971) ; SCS : Social Constraints Scale (Lepore et Iuarte, 1999) ; TMMS : Trait Meta-Mood Scale (Salovey et al., 1995). ^a Études évaluant également l'impact du contexte social sur l'expression et la répression émotionnelles.						

Approche interactionnelle : impact du contexte social sur l'expression et la répression émotionnelles

La littérature repère une seconde forme de limitation à l'expression des émotions : celle propre au contexte social. L'impact de ce dernier tant sur les conditions de survenue de l'expression émotionnelle, que sur les effets de l'expression émotionnelle, est évalué par 19 des études recensées (Tableau 4) : 13 études longitudinales, dont seulement trois randomisées. L'évaluation y a été majoritairement réalisée à l'appui de questionnaires validés (11 études) ou créés pour les besoins de la recherche (5 études) ; seules 3 études ont eu recours à des méthodes qualitatives (entretiens semi-structurés pour 2 études, analyse d'interactions patient-partenaire filmées pour 1 étude).

Présence d'un confident et qualité de la relation

L'importance d'un confident présent est tout d'abord soulignée. Les hommes traités pour un cancer de la prostate qui n'ont personne à qui confier leurs peurs et leur sentiment de désespoir rapportent ainsi davantage d'affects dépressifs et de fatigue que ceux qui partagent leurs préoccupations émotionnelles avec leur conjointe [22]. Il est toutefois nécessaire pour que ce partage émotionnel soit bénéfique aux patients que la relation instaurée avec ce confident, le plus souvent le partenaire, soit de qualité [15]. Ainsi, parmi les patientes soignées pour un cancer du sein métastatique, celles qui rapportent le moins de troubles émotionnels sont également celles qui caractérisent la relation à leur conjoint par des niveaux élevés de cohésion, d'expression émotionnelle et de conflits constructifs (signe d'engagement et de compréhension des besoins de la dyade) [16]. En somme, la qualité de la relation avec le partenaire modèrerait l'impact des pensées intrusives sur les troubles de l'humeur : plus la qualité de la relation maritale serait perturbée, plus les pensées intrusives associées à l'annonce diagnostique seraient associées à la détresse psychologique (anxiété, dépression) des patients trois mois après [40].

Forme et contenu des échanges

Si, ni les critiques ni l'évitement du conjoint ne prédisent de changement dans la quantité de partage des préoccupations des patients au cours du temps, il n'en demeure pas moins que les critiques du partenaire semblent avoir des effets délétères sur le traitement cognitif de l'expérience du cancer. Les critiques du conjoint pourraient être perçues comme un manque de sensibilité, alors que l'évitement serait attribué à un manque de savoir-faire pour répondre aux besoins émotionnels de l'autre [40].

L'estimation par les patients de la qualité de la relation et des échanges reposerait avant tout sur la satisfaction retirée,

Tableau 3 Effets de la non-expression des émotions sur l'ajustement au cancer (7 études)

Étude	Design	Échantillon	Dispositif	Mesures de la répression émotionnelle	Mesures des critères d'ajustement	Résultats
Servaes et al., 1999 Pays-Bas	Transversale Quantitative	$n = 48$ F Âge : $52,4 \pm 10,7$ Cancer du sein Après traitement	Groupe témoin $n = 49$ F saines Âge : $54,2 \pm 9,6$ Questionnaires par courrier	ESDS, TAS-20, WAI EEQ, AEEQ	WAI	Absence de différence significative entre groupes pour ESDS, TAS-20, EEQ et WAI détresse Différence significative entre groupes pour AEEQ, WAI anxiété et WAI répression (majoration groupe cancer)
Iwamitsu et al., 2003 Japon	Longitudinale Quantitative	$n = 87$ F Cancer du sein Âge : $45,3 \pm 9,6$	Questionnaires à la biopsie et après annonce diagnostique 16 F diagnostic de cancer	CECS	POMS	Association significative entre CECS et score POMS de perturbation émotionnelle après annonce diagnostique
Ho et al., 2004 Chine	Transversale Quantitative	$n = 139$ F Âge : $49,3 \pm 8,4$ Cancers Diagnostic < 5 ans	Questionnaires par courrier	CECS, CMMAC	HADS, PSS	Association significative entre CECS et HADS/ PSS/CMMAC désespoir-préoccupations anxieuses (positive)
Iwamitsu et al., 2005a Japon	Longitudinale Quantitative	$n = 93$ F Âge : $45,5 \pm 9,6$ Cancer du sein	Questionnaires à la biopsie et après annonce diagnostique 21 F diagnostic de cancer	CECS	POMS, MAS	Association significative entre CECS et score POMS de perturbation émotionnelle (positive) avant et après l'annonce diagnostique
Iwamitsu et al., 2005b Japon	Longitudinale Quantitative	$n = 91$ F Âge : $45,8$ Cancer du sein	Questionnaires à la biopsie, après annonce diagnostique et chirurgie 14 F diagnostic de cancer	CECS	POMS	Association significative entre CECS et score POMS de perturbation émotionnelle (positive) avant, après l'annonce diagnostique et après la chirurgie
Owen et al., 2006 États-Unis	Quantitative Transversale	$n = 71$ (71,8 % F) Âge : $56,3 \pm 10,7$ Cancers Diagnostic 34 ± 44,7 mois	Questionnaires remis à l'issue d'une réunion de groupe d'entraide Récit écrit de l'expérience du cancer joint aux questionnaires	CECS ; LIWC (analyse du contenu émotionnel des écrits)	POMS	Association significative entre CECS et score POMS de perturbation émotionnelle (positive)
Porter et al., 2005 États-Unis	Transversale Quantitative	$n = 79$ (34,1 % F) Âge : $61,1 \pm 11,1$ Cancers digestifs	Questionnaires au cours CSM	AEEQ	SF-36, PCS, douleur (EVA), PBC, DSSI ^a	Association significative entre AEEQ et PCS (positive)/PBC (positive)/SF-36 (négative)

AEEQ : Ambivalence Over Emotion Expression Questionnaire (King et Emmons, 1990) ; CECS : Courtauld Emotional Control Scale (Watson et Greer, 1983) ; CMMAC : version chinoise Mimi-MAC (Ho et al., 2003) ; DSSI : Duke Social Support Index (Landerman et al., 1989) ; EEQ : Emotional Expressiveness Questionnaire (King et Emmons, 1990) ; ESDS : The Emotion Self Disclosure Scale (Snell et al., 1998) ; EVA : échelle visuelle analogique ; HADS : Hospital Anxiety and Depression (Zigmond et Snaith, 1983) ; LIWC : Linguistic Inquiry and Word Count (Pennebaker et Francis, 1999) ; MAS : Manifest Anxiety Scale (Taylor, 1953) ; PBC : Pain Behavior Checklist (Turk et al., 1985) ; PCS : Pain Catastrophizing Scale (Sullivan et al., 1995) ; POMS : Profil of Mood States (McNair et al., 1971) ; PSS : The Perceived Stress Scale (Cohen et Williamson, 1988) ; SF-36 : Health Survey (Ware et Sherbourne, 1992) ; TAS-20 (Bagby et al., 1994) ; WAI : The Weinberger Adjustment Inventory (Weinberger, 1989).

^a Études évaluant également l'impact du contexte social sur l'expression et la répression émotionnelles.

Tableau 4 Impact du contexte social sur l'expression et la répression émotionnelles (11 études)

Étude	Design	Échantillon	Dispositif	Mesures du partage émotionnel	Mesures de l'état psychologique	Résultats
Manne et al., 1999 États-Unis	Longitudinale Quantitative	n = 129 (67,4 % F) Âge ±54 Patients mariés En cours de traitement	Questionnaires par mail Suivi à 3 mois	PNSBS, quantité de partage des préoccupations et des sentiments liés au cancer avec conjoint (1 item ad hoc)	MHI, IES	Absence d'effet des réponses négatives du conjoint (PNSBS) sur quantité de partage des préoccupations des patients au cours du temps Absence d'effet de la quantité de partage des préoccupations sur le lien entre IES initial et MHI à 3 mois Qualité de la relation conjugale prédicteur des scores POMS
Giese-Davis et al., 2000 États-Unis	Transversale Quantitative	n = 48 F Âge : 52,9 ± 9,8 Patients mariés Cancer du sein métastatique	Questionnaires patients et conjoints	Patients : FRI Conjoints : FRI, WOC	POMS	Faible détresse émotionnelle associée à une relation conjugale caractérisée par des niveaux élevés de cohésion, d'expression émotionnelle, de conflits constructifs
Gray et al., 2000 Canada	Longitudinale Qualitative	n = 17 H Cancer de la prostate Chirurgie Âge ± 60,6 Patients mariés	Entretiens semi-structurés individuels et de couple Avant chirurgie et 8-10 semaines, puis 11-13 mois après	NUD*IST	Analyse par TA	Facteurs sociaux expliquant restriction des échanges : peur de la stigmatisation ; besoin de pas se sentir un poids pour les autres et de les protéger ; moindre intérêt des proches pour la santé du patient au cours du temps
Cordova et al., 2001 États-Unis	Transversale Quantitative	n = 70 F Âge : 54,7 ± 12,1 Cancer du sein Fin traitements 23,6 ± 16,2 mois	Tâche d'écriture au sujet de l'expérience du cancer (WDT)	SCS, fréquence des discussions au sujet du cancer (1 item ad hoc)	CES-D, WBS, IES, LIWC	Association significative entre SCS et CES-D (positive), médiation partielle de ce lien par IES Association significative entre fréquence discussions et CES-D (négative)/WBS (positive)
Helgason et al., 2001 Suède	Transversale Quantitative Randomisée	n = 342 H Âge médian 72 Cancer de la prostate Diagnostic ± 1,5 ans	Questionnaires par mail IGCE/IGC (H sains)	Partage des préoccupations émotionnelles (2 items ad hoc)	Bien-être psychologique et global 12 mois/7 jours passés (4 items ad hoc) ; état émotionnel (9 items ad hoc)	70 % des H vivant en couple se confient auprès de leur partenaire. H qui partagent leurs préoccupations émotionnelles rapportent un meilleur bien-être. H qui n'ont aucun confident se sentent plus déprimés, tristes, fatigués, épuisés et rapportent peu de bien-être

(Suite page suivante)

Tableau 4 (suite)						
Étude	Design	Échantillon	Dispositif	Mesures du partage émotionnel	Mesures de l'état psychologique	Résultats
Henderson et al., 2002 États-Unis	Transversale Quantitative	n = 299 F Cancer du sein Âge : 59,2 ± 11,7 Surveillance	Questionnaires au cours CSM	PPQ	CES-D	Prédicteurs du partage du vécu associé au cancer : jeune âge, cancer de stade avancé, optimisme, perception de changements positifs à l'issue d'une expérience de vie stressante et attitudes de l'individu face au partage
Figuiere et al., 2004 États-Unis	Transversale Quantitative	n = 66 F Âge : 55,2 ± 10,5 Cancer du sein Diagnostic 17,1 ± 11,8 semaines	Questionnaires au cours CSM ou à domicile	DOC (adapté en questionnaire écrit), USII, SSQ6	RAND 36-Item Health Survey	Association significative négative entre défaut de partage et bien-être émotionnel/SSQ Association significative positive entre défaut de partage et USII Association significative négative entre USII et bien-être émotionnel/fonctionnement social
Manne et al., 2004 États-Unis	Transversale Quantitative	n = 74 F Âge : 50 ± 9,6 Cancer du sein Diagnostic 141 ± 66 jours	2 types d'échanges filmés (thème lié/non lié au cancer) entre patiente et conjoint en laboratoire	RMICS, DAS	HSCL-25, IES,	Association négative entre détresse patiente et attitude du conjoint dans l'échange caractérisée par : révélation de soi, humour et faible proposition de solutions
Normand et al., 2004 Canada	Transversale Quantitative	n = 120 F Âge : 52,7 ± 8,4 Cancer du sein (1 mois de la chirurgie)	Patients et conjoints (109) interrogés lors d'une CSM ou à domicile	PCI, 2 questionnaires ad hoc (communication à propos du cancer, satisfaction face à la communication maritale)	CES-D	Association négative entre fréquence communication conjugale générale/au sujet du cancer et CES-D Association significative entre les 3 échelles de communication (générale, spécifique du cancer, satisfaction maritale)
Badr et al., 2006 États-Unis	Transversale Qualitative	n = 13 (61,5 % F) Âge ± 62,9 Cancer de la langue Diagnostic ± 7,2 mois	Entretiens semi-structurés individuels patients et conjoints (12)	Analyse par TA	Analyse par TA	30 % des patients rapportent un état de détresse par rapport au déni de leur partenaire qui minimise la gravité de la maladie ; 68 % évoquent des difficultés à échanger autour du pronostic, de l'angoisse de mort, des arrangements funéraires par crainte des conséquences émotionnelles et par souhait d'épargner le conjoint (Suite page suivante)

Étude	Design	Échantillon	Dispositif	Mesures du partage émotionnel	Mesures de l'état psychologique	Résultats
Ullrich et al., 2008 États-Unis	Quantitative Transversale	n = 176 (50 % F) Cancers du sein et de la prostate Chirurgie ± 3,58 ans		Questionnaire ad hoc	CED-S, FACT	Association significative positive entre fréquence des discussions au sujet du cancer et CES-D, et négative entre fréquence des discussions au sujet du cancer et FACT à long terme chez les F (absence de significativité pour H)
<p>CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977) ; DAS : Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) ; DOC : <i>disclosure of concerns</i> (Pistrang et Barker, 1992, 1995) ; FACT : <i>functional assessment of cancer therapy</i> (Cella, 1994) ; FRI provenant du Family Environment Scale (FES) ; Moos et Moos, 1986) ; HSCL-25 : Hopkins Symptom Checklist (Hesbacher et al., 1978) ; IES : Impact of Events Scale (Horowitz et al., 1979) ; LIWC : Linguistic Inquiry and Word Count (Pennebaker et Francis, 1996, 1997) ; MHI : <i>mental health inventory</i> (Veit et Ware, 1983) ; NUD*IST : Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorizing (Richards et Richards, 1994) ; PCI : <i>primary communication inventory</i> (Navran, 1967) ; PNSBS : Perceived Negative Spouse Behaviors Scale (Manne et al., 1997) ; POMS : Profile of Mood States (McNair, 1971) ; PPQ : Patient Profile Questionnaire (Henderson et al., 2002) ; RAND 36-Item Health Survey (Hays et al., 1993) ; RMICS : <i>rapid marital interaction coding system</i> (Heyman & Vivian, 1997) ; SCS : Social Constraints Scale (Lepore et Ituarte, 1999) ; SSQ6 (Sarason et al., 1987) ; TA : théorie ancrée (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1994) ; USII : <i>the unsupportive social interactions inventory</i> (Ingram et al., 2001) ; WBS : Well-Being Scales (Ryff's, 1989) ; WDT : <i>written disclosure task</i> (Pennebaker et al., 1988) ; WOC : Ways Of Coping Scale (Folkman et Lazarus, 1998).</p>						

satisfaction elle-même basée sur des critères de forme et de contenu des interactions [15].

L'exploration des liens entre le type d'échanges, la satisfaction maritale et la détresse psychologique auprès de femmes en cours de traitement d'un cancer du sein (après la chirurgie) met à jour qu'au décours des discussions touchant au cancer (peurs, inquiétudes, perturbations causées dans la vie par la survenue du cancer, changements dans l'apparence physique et préoccupations liées à la mort), les femmes présentent moins de pensées intrusives associées au cancer et moins de détresse psychologique lorsque leurs conjoints répondent à cet échange d'une manière réciproque par une révélation de soi, l'humour et lorsqu'ils ont peu tendance à proposer ou à trouver des solutions [39]. Plus les patientes se disent satisfaites du soutien social reçu, moins elles rapportent de limitations au niveau du fonctionnement physique et meilleur est perçu leur état de santé général.

Parfois, quand les patients se risquent à parler de leur souffrance physique et psychologique ou encore de thèmes mal acceptés socialement, comme les pensées associées à la mort, des résistances (évitement, minimisation de la gravité de la maladie, limitation ou refus des échanges à ce sujet) peuvent aussi se manifester chez les proches. Or, cette limitation des échanges par l'entourage est associée à une détresse émotionnelle chez les patients en attente de pouvoir partager leur vécu émotionnel [2,40], d'autant plus s'ils ont une personnalité qui les porte à exprimer ouvertement leurs émotions [1]. Ces interactions sociales perçues comme non soutenantes favoriseraient au cours, comme à distance des traitements pour un cancer du sein, l'apparition de perturbations d'ordre émotionnel et social. À dix-sept semaines environ du diagnostic, la répression des émotions s'accompagne d'une diminution du sentiment de bien-être et d'une majoration des difficultés sociales [15]. En phase de rémission, des niveaux élevés de pensées intrusives et d'affects dépressifs apparaissent chez les patientes qui tentent d'éviter de penser à leur vécu du cancer, parce qu'elles ne peuvent en parler à leur entourage [10].

Influence du regard social sur le contenu et la forme des échanges

La perception de contraintes sociales n'explique toutefois pas à elle seule le phénomène de la répression émotionnelle en oncologie. D'après la littérature, au moins deux autres types de facteurs sociaux participeraient à l'apparition de cette inhibition dans l'expression des émotions aux proches :

- le désir d'une part de sauvegarder la relation à l'autre : en réprimant leurs émotions, les patients cacheraient leur désarroi et ménageraient leurs proches, en souhaitant éviter d'être « un poids » ou de « les blesser » [19]. Une moindre expression des émotions négatives a

d'ailleurs été identifiée comme un moyen efficace pour maintenir en surface des relations sociales agréables, en permettant notamment aux patientes approchées de conserver une image positive d'elles-mêmes auprès de leur entourage [63] ;

- le souhait d'autre part d'éviter la stigmatisation sociale : un an après la chirurgie, la plupart des hommes interviewés par Gray et al. [19] disent avoir tendance à limiter les échanges au sujet de la maladie avec l'ensemble de leur réseau social. Ces patients soignés pour un cancer de la prostate souhaitent ainsi minimiser l'impact de la maladie sur leur vie quotidienne et ne pas être réduits au statut de « malade ». Ils craignent l'impact des représentations sociales associées au cancer (peur d'être jugé négativement, peur d'être perçu comme vulnérable et de susciter la pitié, peur des réactions d'autrui au sujet des conséquences de la chirurgie sur leur sexualité).

Selon que ces facteurs sont plus ou moins présents, la fréquence des échanges ne sera par conséquent pas la même. Ses variations sont tenues dans la littérature comme essentielles dans l'étude de l'impact de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer.

Déterminants sociaux et effets de la fréquence des échanges

Moins la communication conjugale au sujet du cancer est fréquente pendant la phase active des traitements (dans le mois suivant la chirurgie du sein), plus la symptomatologie dépressive est élevée chez les patientes et leurs conjoints [46]. À plus long terme cependant (quatre ans après la chirurgie du sein), une fréquence élevée des discussions liées à la maladie est associée à un niveau plus élevé de dépression et à une qualité de vie moins satisfaisante chez les femmes en rémission d'un cancer du sein [70]. Cette fréquence de partage élevée serait prédite par le jeune âge de la patiente, le stade avancé de la maladie, un optimisme marqué (anticipation d'une bonne réceptivité dans l'environnement social), la recherche d'aspects positifs dans les changements associés à la maladie et les attitudes d'ouverture au partage social [23].

Les différences constatées à court et à long termes indiqueraient que l'expression des préoccupations et la recherche de soutien social pourraient constituer des stratégies bénéfiques pour les patients à proximité des événements stressants ou traumatisants, mais qu'elles seraient un signe de désarroi et de difficultés d'ajustement à la maladie au long cours [46,70]. Néanmoins, ce constat n'est fait que dans des échantillons féminins.

En outre, la fréquence des échanges varierait selon le genre des patients. Dans l'étude d'Ullrich et al. [70], la fréquence des discussions au sujet de la maladie est à long

terme plus importante chez les femmes traitées pour un cancer du sein que chez les hommes traités pour un cancer de la prostate. Par ailleurs, les femmes auraient davantage tendance que les hommes à se confier et à rechercher du soutien auprès de plusieurs personnes (famille, amis), même si elles considèrent comme eux que leur partenaire reste la principale source de soutien [15,19,22]. À ce titre, elles éprouveraient moins de détresse émotionnelle que les hommes lorsque souhaitant partager leurs émotions avec leur partenaire, elles perçoivent des barrières à cet échange [72]. Ces différences entre hommes et femmes pourraient signifier l'influence des normes sociales, expliquant en partie cette moindre expression chez les hommes (expression habituellement plus réduite des besoins de soutien, moindre implication émotionnelle lors des échanges), a fortiori lorsque les séquelles des traitements invasifs altèrent leur fonctionnement sexuel [19,70].

En résumé, qu'il s'agisse d'une limitation interne (répression émotionnelle) ou externe (contraintes sociales) à l'expression des émotions associées à la maladie, les données empiriques témoignent des effets délétères de cette limitation sur l'ajustement et l'équilibre psychologique global au cours comme à distance des traitements du cancer. À l'inverse, la présence d'un confident, l'existence avec ce partenaire d'une relation jugée de qualité et satisfaisante, c'est-à-dire soutenante et facilitante par rapport à l'expression des émotions, favoriseraient une diminution des pensées intrusives et des symptômes physiques perçus.

Discussion

Le recensement systématique des recherches publiées entre 1999 et 2009 qui explorent les effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer a permis d'identifier 39 études empiriques. La présente revue de question distingue quatre modes d'approche parmi ces études : direct (effets de l'expression écrite des émotions), indirect (effets des ressources individuelles impliquées dans la régulation émotionnelle), inverse (effets de la répression émotionnelle), interactionnel (effets des particularités du contexte social) et retient pour principaux résultats de ces quatre points les conclusions suivantes :

- l'étude de l'expression émotionnelle sous sa forme écrite (14 études recensées) montre peu d'effet significatif sur les variables psychologiques (état émotionnel, préoccupations anxieuses) évaluées à partir d'échelles standardisées, bien que les patients approchés rapportent des effets subjectifs, comme la perception de l'aspect aidant pour mieux comprendre et intégrer l'expérience de la maladie. Les bénéfices associés à l'expression émotionnelle écrite apparaissent essentiellement aux plans physique

- et médical (diminution des symptômes physiques et du nombre de consultations médicales) ;
- la prise en considération de caractéristiques de personnalité associées à l'expression des émotions (7 études recensées) suggère que la présence chez les patients d'une disposition stable à exprimer ses émotions (*expressivité émotionnelle*) n'est pas systématiquement associée à un meilleur ajustement psychologique au cancer. Considérée en revanche non plus comme trait de personnalité, mais comme une stratégie de *coping* (*emotional approach coping*), l'expression des émotions se révèle être la condition sine qua non pour que la séquence identification-compréhension des émotions ne soit pas suivie d'effets néfastes pour le patient tels que la survenue de pensées intrusives sources de détresse psychologique ;
 - l'ensemble des sept études explorant la répression émotionnelle au cours ou à distance des traitements observent des difficultés d'ajustement et une plus grande détresse émotionnelle lorsque les patients privilégient ce type de stratégie ;
 - la prise en compte de la composante sociale par 19 études souligne l'importance de la présence d'un confident, de la satisfaction liée à la qualité de la relation et au soutien reçu auprès de ce confident, de la forme, autant que du contenu et de la fréquence du partage émotionnel sur l'ajustement psychologique à la maladie. À l'inverse, la perception de contraintes sociales (critiques, minimisation de la gravité de la maladie, conseils non sollicités) constituerait un frein à l'expression émotionnelle et serait associée à une détresse psychologique.

Ces résultats appellent quelques remarques :

- ils confirment, d'une part, dans le domaine du cancer, les conclusions des précédents travaux menés dans d'autres domaines sur l'expression émotionnelle par écrit, d'une part, et sur la répression émotionnelle, d'autre part. Le paradigme de Pennebaker et Beall [55] fut l'un des premiers à montrer une action bénéfique à moyen terme de la mise par écrit des émotions attachées à un événement stressant sur les indicateurs de santé physique (diminution significative des symptômes perçus, diminution du nombre de visites médicales) auprès de populations saines, sans pouvoir toutefois montrer de manière aussi systématique des effets comparables concernant les indicateurs de santé psychique. Seize ans plus tard, une méta-analyse a confirmé dans le champ des maladies chroniques l'absence de lien significatif entre expression émotionnelle et détresse psychologique, en soulignant à l'inverse la significativité de l'association entre non-expression émotionnelle et majoration de la détresse psychologique [50] ;
- ils soutiennent, d'autre part, les récentes théorisations des modèles sociocognitifs sur le rôle de l'environnement

- social dans l'ajustement psychologique au cancer. À savoir que le partage des pensées, des émotions et des significations attribuées à l'expérience du cancer serait favorisé par un environnement social qui facilite, accueille et comprend cette expression [32]. Les discussions dans un contexte social soutenant aideraient à la construction de nouvelles représentations au sujet de l'événement de stress [9,65] et faciliteraient ainsi l'intégration des nouveaux modèles de soi et du monde dans les schémas mentaux de l'individu [30]. Ce processus socio-cognitif serait au contraire inhibé et l'adaptation altérée dans un environnement social non réceptif et critique à l'égard de l'individu touché par la maladie [32-34]. L'impact délétère des interactions sociales dites négatives (critiques, conseils non sollicités, forcer la récupération émotionnelle, minimiser l'impact de l'événement, évitement, retrait) serait par ailleurs plus important que l'impact bénéfique des interactions dites positives (acceptation, compréhension, sympathie) sur l'adaptation psychologique [4,41,42,47] ;
- ils ne confirment en revanche que partiellement l'effet supposé bénéfique de l'expression verbale des émotions sur la santé psychique, en suggérant que les effets de l'expression émotionnelle sont sans doute dépendants de facteurs tiers : caractéristiques de personnalité, stratégies de *coping* ou encore contexte social. La prise en compte de ces modérateurs du lien entre expression émotionnelle et ajustement psychologique au cancer reste toutefois encore peu répandue.

Cette revue systématique pointe ainsi certaines limites de la littérature actuelle.

Tout d'abord d'ordre méthodologique. Plus des deux tiers des études recensées (28) portent sur des échantillons de moins de 100 personnes, presque un tiers (11) sur des échantillons de moins de 50 participants. Une grande majorité (61 %) conduit une évaluation exclusivement quantitative à l'appui de questionnaires, non systématiquement validés. Cette relative faiblesse des échantillons, associée à une méthodologie essentiellement quantitative et encore très souvent transversale (46 %), pose plusieurs limites à la validité des résultats ici rassemblés et obligent par conséquent à nuancer la portée des conclusions établies en synthèse. De plus, les recherches considèrent avant tout l'expression émotionnelle sous sa forme écrite et non orale, à travers un dispositif expérimental. Seules de très récentes études se sont intéressées aux échanges entre patients sur les forums Internet, s'approchant alors de l'observation « en milieu naturel ». Trop rares sont les recherches comme celle de Manne et al. [39] qui éprouvent directement en situation d'échange la réalité du lien entre verbalisation des émotions au sujet du cancer (« parler... ») et mieux-être psychologique (« ...soulage »).

Concernant ensuite l'opérationnalisation des concepts [50] : en outre, les concepts d'expression ou de répression émotionnelle sont opérationnalisés de manière très différente selon les études, rendant complexe la comparaison des résultats. La suppression des émotions, l'inhibition, la répression émotionnelle et l'évitement, impliquant certes tous une expression émotionnelle limitée, sont par exemple souvent employés sans distinction et tenus pour équivalents. Les recherches demeurent par ailleurs essentiellement focalisées sur la répression des émotions négatives, laissant ainsi de côté les émotions positives pourtant également impliquées dans la régulation émotionnelle, le bien-être et la qualité de vie [48]. D'autres types de partage qui ne seraient pas uniquement centrés sur les échanges au sujet de la maladie, qui prendraient aussi en compte les échanges suscitant des émotions positives mériteraient à ce titre d'être explorés.

Concernant enfin les facteurs modérateurs évoqués plus haut dans l'analyse des effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer, le manque de données sur certains aspects individuels (alexithymie) et contextuels du partage des émotions (réactions de l'interlocuteur, contenu et modalités des échanges centrés sur le cancer, etc.) appelle à élargir les cibles de recherche et à davantage considérer en simultané ces différentes variables. Il s'agirait par exemple de mieux comprendre la diversité des modes d'ajustement émotionnel des dyades patient-proche ou encore de questionner l'influence des schémas de communication entre patient et proches sur la construction des représentations associées à la maladie et de fait sur l'ajustement émotionnel au cancer. Les relations entre expression émotionnelle, réactions du confident et représentations du cancer demeurent peu étudiées, alors même que les théories suggèrent que l'expression émotionnelle favoriserait l'intégration progressive des aspects menaçants de l'événement stressant, en soutenant le processus de transformation et de réorganisation des représentations [32,51]. Le « partage social des émotions » participerait ainsi à la reconstruction de l'univers symbolique, c'est-à-dire à la restauration des croyances de base ébranlées par la survenue du cancer [30,38,60].

Du point de vue de la pratique clinique, la prise en compte de ces caractéristiques personnelles et sociales pour expliquer les effets de l'expression émotionnelle viserait à pouvoir définir des axes et des outils thérapeutiques qui orienteront et soutiendront le travail avec les patients témoignant d'une détresse émotionnelle associée à l'expérience du cancer. Dans quelle mesure cibler par exemple la relation patient-proche en souffrance dans son ensemble pourrait-il aider le patient à mieux se faire comprendre de son proche (clarification des besoins en termes de soutien émotionnel) ou encore à aider le proche dans le soutien émotionnel apporté au patient (meilleure acceptation des émotions négatives) afin de limiter l'épuisement sur le long terme ?

Conclusion

Alors que la tradition et l'intuition psychologique affirment sans beaucoup douter qu'exprimer son ressenti émotionnel est bénéfique, la synthèse des études publiées sur ce thème dans le domaine du cancer au cours des dix dernières années révèle l'existence de liens plus complexes entre expression émotionnelle et ajustement à la maladie. La présente revue de questions cite à ce titre l'influence de facteurs tiers tels que certaines caractéristiques du contexte social. La prise en considération progressive de nouvelles variables individuelles et sociales ouvre à des considérations plus nuancées qui nous écartent, à l'heure de la « verbalisation à tout prix », du systématisme véhiculé par le sens commun. Cette revue de questions invite donc le psychologue à poursuivre les efforts engagés pour mieux saisir la complexité des effets de l'expression émotionnelle en recherche, comme en pratique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Agustsdottir S, Kristinsdottir A, Jonsdotti K, et al (2010) The impact of dispositional emotional expressivity and social constraints on distress among prostate cancer patients in Iceland. *Br J Health Psychol* 15:51–61
2. Badr H, Camarck Taylor CL (2006) Social constraints and spousal communication in lung cancer. *Psychooncology* 15:673–83
3. Baker F, Denniston F, Smith T, et al (2005) Adult cancer survivors: How are they faring? *Cancer* 104:2565–76
4. Berkman LF, Glass T, Brissette I, et al (2000) From social interaction to health: Durkheim in the new millenium. *Soc Sci Med* 51:843–57
5. Bleiker EMA, Pouwer F, Van der Ploeg HM, et al (2000) Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Educ Couns* 40:209–17
6. Butow PN, Hiller JE, Price MA, et al (2000) Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *J Psychosomatic Res* 49:169–81
7. Bruera E, Willey J, Cohen M, et al (2008) Expressive writing in patients receiving palliative care: a feasibility study. *J Palliat Med* 11:15–9
8. Cepeda MS, Chapman R, Miranda N, et al (2008) Emotional disclosure through patient narrative may improve pain and well-being: results of a randomized controlled trial in patients with cancer pain. *J Pain Sympt Manag* 35:623–31
9. Clark LF (1993) Stress and the cognitive-conversational benefits of social interaction. *J Social Clin Psychol* 12:25–55
10. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, et al (2001) Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. *J Consulting Clin Psychol* 69:706–11
11. Creswell JD, Lam S, Stanton AL, et al (2007) Does self-affirmation, cognitive processing, or discovery of meaning explain cancer-related health benefits of expressive writing? *Personality Soc Psychol Bull* 33:238–50

12. De Moor C, Sterner J, Hall M, et al (2002). A pilot study of the effects of expressive writing on psychological and behavioural adjustment in patients enrolled in a phase II trial of vaccine therapy for metastatic renal cell carcinoma. *Health Psychol* 21:615–9
13. De Moor J, Moyé L, Low MD, et al (2008). Expressive writing as a presurgical stress management intervention for breast cancer patients. *J Soc Integrative Oncol* 6:59–66
14. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, et al (2008) Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 30:112–26
15. Figueiredo M, Fries E, Ingram M (2004) The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psychooncology* 13:99–105
16. Giese-Davis J, Hermanson K, Koopman C, et al (2000) Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *J Fam Psychol* 14:251–66
17. Giese-Davis J, Spiegel D (2003) Emotional expression and cancer progression. In: Davison RJ, Scherer KR, Goldsmith HH (eds) *Handbook of affective sciences* Oxford. Oxford University, pp 1053–82
18. Globocan (2008) <http://globocan.iarc.fr/>
19. Gray RE, Fitch M, Phillips C, et al (2000) To tell or not tell: patterns of disclosure among men with men with prostate cancer. *Psychooncology* 9:273–82
20. Guilbert P, Perreti-Watel P, Beck F, et al (2005) Baromètre cancer 2005. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
21. Han JY, Shaw BR, Hawkins RP, et al (2008) Expressing positive emotions within online support groups by women with breast cancer. *J Health Psychol* 13:1002–7
22. Helgason AR, Dickman PW, Adolfsson J, et al (2001) Emotional isolation: prevalence and the effect on well-being among 50–80-year-old prostate cancer patients. *Scandinavian J Urol Nephrol* 35:97–101
23. Henderson BN, Davison, KP, Pennebaker JW, et al (2002) Disease disclosure patterns. *Psychol Health* 17:51–62
24. Ho RTH, Chan CLW, Ho SMY (2004) Emotional control in chinese female cancer survivors. *Psychooncology* 13:808–17
25. Hoyt A (2009) Gender role conflict and emotional approach coping in men with cancer. *Psychol Health* 24:981–96
26. INCa (2010) *Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux*. www.e-cancer.fr
27. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, et al (2003) Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry Clin Neurosci* 57:289–94
28. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, et al (2005) Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics* 46:19–24
29. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, et al (2005) The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. *Health Communication* 18:201–15
30. Janoff-Bulman R (1992) *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. Free Press, New York
31. King LA, Emmons RA (1990) Conflict over emotional expression: psychological and physical correlated. *J Pers Soc Psychol* 58:864–77
32. Lepore SJ (2001) A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In: Baum A, Anderson BL (eds) *Psychosocial interventions for cancer*. American Psychological Association. Washington, pp 99–116
33. Lepore SJ, Silver RC, Wortman CB, et al (1996) Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *J Personality Soc Psychol* 70:271–82
34. Lepore SJ (1992) Social conflict, social support, and psychological distress: evidence of cross-domain buffering effects. *J Personality Soc Psychol* 63:857–67
35. Lieberman M, Goldstein A (2006) Not all negative emotions are equal: the role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psychooncology* 15:160–8
36. Lieberman M (2007) The role of insight disclosure in outcomes for women in peer-directed breast cancer groups: a replication study. *Psychooncology* 16:961–4
37. Low CA, Stanton AL, Danoff-Burg S (2006) Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: mechanisms for positive health effects. *Health Psychol* 25:181–9
38. Luminet O (2003) *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*. De Boeck & Larcier, Bruxelles
39. Manne S, Ostroff J, Sherman M, et al (2004) Couples' support-related communication, psychological distress, and relationship satisfaction among women with early stage breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 72:660–70
40. Manne SL (1999) Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: The role of spouse avoidance and criticism. *J Consulting Clin Psychol* 67:539–46
41. Manne SL, Alfieri T, Taylor KL, et al (1999) Spousal negative responses to cancer patients: the role of social restriction, spouse mood, and relationship satisfaction. *J Consult Clin Psychol* 67:352–61
42. Manne S (1998) Cancer in the marital context: a review of the literature. *Cancer Investigation* 16:188–202
43. Mayer JD, Salovey P (1997) What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter D (eds) *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators*. Basic Books, New York, pp 3–31
44. Mehnert A, Berg P, Henrich G, et al (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psychooncology* 18:1273–80
45. Millar K, Purushothan AD, McLatchie E, et al (2005) A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *J Psychosom Res* 58:335–42
46. Normand J, Lasry JC, Margolese RG, et al (2004) Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein. *Bulletin du Cancer* 91:193–9
47. Nweson JT, Nishishiba M, Morgan DL, et al (2003) The relative importance of three domains of positive and negative social exchanges: a longitudinal model with comparable measures. *Psychological and aging* 18:746–54
48. Nyklíček I, Vingerhoets A, Denollet J (2002) Emotional (non-) expression and health: data, questions, and challenges. *Psychology and Health* 17:517–28
49. Owen JE, Giese-Davis J, Cordova M, et al (2006) Self-report and linguistic indicators of emotional expression in narratives as predictors of adjustment to cancer. *J Behav Med* 29:335–45
50. Panagopoulou E, Kersbergen B, Maes S (2002) The effects of emotional (non)expression in (chronic) disease: a meta-analytic review. *Psychology and Health* 17:529–45
51. Pennebaker JW (1997) Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science* 8:162–6
52. Pennebaker JW, Francis ME, Booth RJ (2001) *Linguistic Inquiry and Word Count: (LIWC 2001)*. Mahwah (NJ): Earlbaum Publishers
53. Pennebaker JW (1993) Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behav Res Ther* 31:539–48
54. Pennebaker JW (1989) Confession, inhibition and disease. In: Berkowitz L (ed) *Advances in Experimental Social Psychology*, vol 22. Academic Press, New York, pp 211–44

55. Pennebaker JW, Beall SK (1986) Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *J Abnorm Psychol* 95:274–81
56. Petticrew M, Bell R, Hunter D (2002) Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ* 325:1066–9
57. Porter LS, Keefe FJ, Lipkus I, et al (2005) Ambivalence over emotional expression in patients with gastrointestinal cancer and their caregivers: associations with patient pain and quality of life. *Pain* 117:340–8
58. Quartana PJ, Kimberly KL, Zakowski SG (2006) Psychological adjustment following diagnosis and treatment of cancer: an examination of the moderating role of positive and negative emotional expressivity. *J Behav Med* 29:487–98
59. Quartana PJ, Schmaus BJ, Zakowski SG (2005) Gender, neuroticism, and emotional expressivity: effects on spousal constraints among individuals with cancer. *J Consult Clin Psychol* 73:769–76
60. Rimé B (2005) *Le partage social des émotions*. PUF, Paris
61. Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Ernstoff MS, et al (2002) Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *Int J Psychiatry Med* 32:37–53
62. Schmidt JE, Andrykowski MA (2004) The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: an Internet-based study. *Health Psychology* 23(3):259–66
63. Servaes P, Tilburg U, Vingerhoets AJJM, et al (1999) Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behav Med* 25:23–8
64. Shaw BR, Hawkins R, McTavish F, et al (2006) Effects of insightful disclosure within computer mediated support groups on women with breast cancer. *Health Communication* 19:133–42
65. Silver RL, Boon C, Stones MH (1983) Searching for meaning in misfortune: making sense of incest. *J Soc Issues* 39:81–102
66. Stanton AL, Danoff-Burg S, Sworowski L, et al (2002) Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *J Clin Oncol* 20:4160–8
67. Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, et al (2000) Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 68:875–82
68. Stewart DE, Cheung AM, Duff S, et al (2001) Long-term breast cancer survivors: confidentiality, disclosure, effects on work and insurance. *Psychooncology* 10:259–63
69. Temoshok L (1987) Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys* 6:545–67
70. Ullrich PM, Rothrock NE, Lutgendorf SK, et al (2008) Adjustment and discussion of cancer: a comparison of breast and prostate cancer survivors. *Psychology and Health* 23:391–406
71. Walker BL, Nail LM, Croyle RT (1999) Does emotional expression make a difference in reactions to breast cancer? *Oncol Nurs Forum* 26:1025–32
72. Zakowski SG, Haris C, Krueger N, et al (2003) Social barriers to emotional expression and their relation to distress in male and female cancer patients. *Br J Health Psychol* 8:271–86
73. Zakowski SG, Ramati A, Morton C, et al (2004) Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychology* 23:555–63