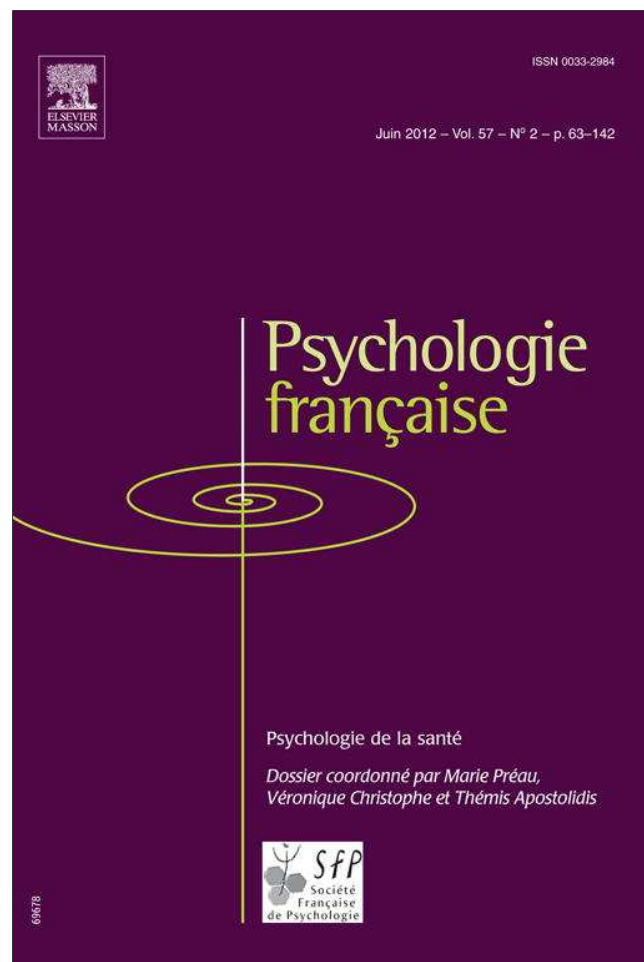




This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Article original

Psychologie de la santé et cancers : quels apports et quelles perspectives ?

Health psychology and cancer: What contribution and promise?

F. Cousson-Gélie^{a,*,1}, F. Sordes-Ader^{b,2}

^a Laboratoire Epsilon EA 4556, dynamique des capacités humaines et des conduites de santé, université Montpellier III, site Saint-Charles, route de Mende, 34199 Montpellier cedex 5, France

^b Laboratoire Octogone-CERPP, université de Toulouse Le-Mirail, 5, allées Antonio-Machado, 31000 Toulouse, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 mars 2012

Accepté le 20 mars 2012

Mots clés :

Cancer

Modèle transactionnel du stress

Health belief model

Facteurs de risque

Facteurs salutogènes

R É S U M É

La façon de s'ajuster à la pathologie cancéreuse est un domaine qui est largement exploré par les chercheurs en psychologie de la santé depuis plus de 35 ans. Un certain nombre de concepts et de théories ont été développés dans l'espoir d'aider les individus à mieux faire face à cet événement de vie particulièrement stressant. Deux approches théoriques sont brièvement présentées : le modèle transactionnel du stress et le *health belief model*. Puis, nous discutons de l'intérêt de plusieurs concepts issus de ces modèles (traits de personnalité, soutien social, contrôle perçu, et *coping*) en illustrant de recherches récentes. Enfin, des perspectives tant théoriques et pratiques sont abordées, avec des propositions de prises en charge à développer pour aider les patients.

© 2012 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail florence.cousson-gelie@univ-montp3.fr (F. Cousson-Gélie), sordes@univ-tlse2.fr (F. Sordes-Ader).

¹ Professeur de psychologie. Thèmes de recherche : qualité de vie, stratégies d'ajustement, soutien social et perception de contrôle des patients cancéreux et leur famille.

² Maître de conférences. Thèmes de recherche : représentation de la maladie, stratégies de coping, qualité de vie des patients atteints de maladie chronique ou aiguë et des proches (conjoint, fratrie).

A B S T R A C T

Keywords:

Cancer
Transactional model of stress
Health belief model
Risk factors
Protective factors

How to adjust to the malignancy is an area that is widely explored by researchers in health psychology for over 35 years. A number of concepts and theories have been developed in an attempt to help people better cope with this particularly stressful life event. Two theoretical approaches are briefly presented: the transactional model of stress and the health belief model. Then, we discuss the interest of several concepts from these models (personality traits, social support, perceived control and coping), illustrating recent research. Finally, both theoretical and practical perspectives are discussed, with proposals that are supported to develop to help patients.

© 2012 Société française de psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Du fait du vieillissement de la population, le cancer est devenu un véritable enjeu de santé publique. On dénombre, en effet, 319 380 nouveaux cas de cancers diagnostiqués en 2005 comparativement à 170 228 cas en 1980, soit une augmentation de 63 %. Les projections pour l'année 2010 confirment cette augmentation puisqu'on estime à près de 357 500 nouveaux cas de cancers ([©La situation du cancer en France, 2010](#)). De même, le taux de décès par cancer a augmenté de 20 % sur cette même période. Toutefois, si l'on contrôle le facteur « âge », l'augmentation du nombre de cancer n'est plus estimée qu'à 35 % et le taux de décès a diminué de 9 % ([Bloch et Dumond, 2004](#)). Pour autant, le cancer est devenu la première cause de décès devant les maladies cardiovasculaires, en 1988 chez l'homme, et en 2002 chez la femme. Ainsi, le nombre de patients vivant avec la maladie, subissant les effets secondaires liés aux traitements ne cesse d'augmenter. Les études de prévalence montrent qu'entre 10 et 50 % des patients expérimentent une détresse psychologique significative sur le plan clinique qui persiste dans le temps ([Chochinov, 2001](#) ; [Zabora et al., 2001](#)) et qu'environ un tiers d'entre eux n'ont pas reçu un soutien adéquat pendant cette période ([Girgis et al., 2000](#)). En outre, de nombreux patients atteints d'un cancer présentent à long terme des difficultés d'ordre physique, relationnel, sexuel, financier et de réinsertion socioprofessionnelle qui peuvent également conduire à une détérioration de leur qualité de vie et à une détresse émotionnelle accrue ([Foster et al., 2009](#)). Il est dès lors primordial que les chercheurs, les professionnels et acteurs de terrain en psychologie de la santé se mobilisent pour tenter d'analyser, comprendre et agir afin de proposer des interventions thérapeutiques et de santé publique adéquates et bénéfiques au bien-être de ces patients et de leurs proches.

1. Différentes approches théoriques utilisées en psychologie de la santé dans le cas du cancer

La façon de s'ajuster ou de faire face à la pathologie cancéreuse est un domaine qui est largement exploré par les chercheurs en psychologie depuis plus de 35 ans. En effet, un certain nombre de concepts et de théories ont été développés dans l'espoir d'aider les individus à mieux faire face à cet événement de vie particulièrement stressant. Plusieurs approches théoriques peuvent expliquer les différences individuelles et ont été éprouvées chez des patients atteints de cancer. Nous ne présenterons ici que deux modèles princeps : le modèle transactionnel du stress et le modèle des croyances relatives à la santé. En effet, ces deux modèles sous-tendent la plupart des variables qui ont été fortement étudiées dans le domaine de l'oncologie et correspondent à deux approches théoriques différentes, mais complémentaires. Le premier se centre sur les efforts cognitifs, comportementaux et émotionnels déployés par le sujet pour faire face aux situations stressantes et le second s'intéresse au rôle des croyances dans l'adoption de comportements sains ou à risque, donc davantage aux représentations que les sujets élaborent dans un contexte social donné.

1.1. Le modèle transactionnel du stress

L'approche transactionnelle du stress, développée par Lazarus et Folkman (1984), a guidé un certain nombre d'études entreprises en psychologie de la santé dans le champ de l'oncologie. Deux processus sont centraux dans ce modèle : l'évaluation cognitive et le *coping*. L'évaluation cognitive se déroule en deux temps : l'évaluation primaire et secondaire. L'évaluation primaire correspond à la phase initiale où l'événement est apprécié en fonction de l'enjeu personnel que représente la situation. Si l'événement est évalué comme grave, alors l'évaluation se fera en termes de perte, menace ou défi, alors que s'il est évalué comme bénin ou que la situation n'est pas perçue comme stressante alors le processus de *coping* ne se mettra pas en place. L'évaluation secondaire consiste à l'identification par le sujet de ses capacités ou ressources pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir le bénéfice. Il s'agit de déterminer quelles sont les stratégies de *coping* qu'il peut mettre en place pour faire face à la situation. Par exemple, si le sujet évalue l'issue de la situation comme contrôlable, il envisagera davantage de mettre en place des stratégies visant la résolution du problème que si l'issue de la situation lui semble peu contrôlable. Les processus d'évaluation sont influencés, d'une part, par certaines caractéristiques personnelles comme les croyances, les traits de personnalité et, d'autre part, par des variables contextuelles telles que la nature et l'imminence du danger, l'ambiguïté et la durée de la situation ainsi que l'existence et la qualité du soutien social (Folkman et Lazarus, 1988). De cette phase d'évaluation découleront les stratégies de *coping* effectives. Le choix de l'une de ces stratégies est donc la résultante d'un traitement préalable de l'information relative aux relations perçues entre l'individu et la situation. Trois stratégies de *coping* vont être empiriquement utiles : le *coping* centré sur le problème, le *coping* centré sur l'émotion et la recherche de sens auxquelles on peut ajouter la recherche de soutien social (Folkman et Moskowitz, 2004). Le *coping* a initialement été envisagé comme une réaction aux événements stressants et a surtout été relié aux émotions négatives comme l'anxiété, la dépression, l'angoisse, la colère. Depuis une dizaine d'années, l'idée selon laquelle le *coping* est lié aux émotions positives est de plus en plus prégnante. L'hypothèse développée est que le *coping* ne désignerait pas seulement les stratégies mises en place en réaction à un événement stressant mais qu'il peut précéder celui-ci. Ainsi, le *coping* dit proactif devient un concept tout à fait intéressant au niveau de la promotion pour la santé et le bien-être de l'individu (Taylor et al., 2000).

1.2. Le modèle des croyances en santé ou *health belief model*

Les chercheurs se sont aussi intéressés aux comportements de santé et leurs prédicteurs. En effet, les maladies contemporaines sont causées « par des raisons . . . que les individus déterminent par leur propre comportement [fumer, faire de l'exercice, . . .] » (McKeown, 1979). Des modèles ont été développés, mettant en exergue la théorie de l'attribution causale (Heider, 1944) dans laquelle les personnes sont motivées à prédire et contrôler leur environnement social, le concept de locus de contrôle de la santé (Wallston et Wallston, 1982) dans lequel une personne pense que sa santé est contrôlable par elle ou incontrôlable, et l'optimisme irréaliste (Weinstein, 1983) dans lequel les raisons pour lesquelles un individu continue d'adopter des comportements dangereux pour sa santé est la résultante d'une mauvaise évaluation des risques et de sa propre vulnérabilité. Ces différents modèles cognitifs mettent surtout l'accent sur les croyances en matière de santé comme principal prédicteur des comportements de santé.

Le modèle des croyances relatives à la santé ou *health belief model*, initialement élaboré pour tenter de comprendre les causes du faible taux de participation du grand public aux programmes de prévention ou de détection des maladies (Rosenstock, 1966, 1974), a par la suite été étendu à l'explication des comportements des individus face au diagnostic médical et, en particulier à leur acquiescement et à leur compliance aux thérapeutiques. L'hypothèse sous-jacente consiste à dire qu'une personne met en œuvre un comportement préventif si elle dispose d'un minimum d'éléments pour comprendre ce qui lui arrive et si sa santé est importante pour elle-même (Fischer et Tarquinio, 2006). Selon ce modèle de type purement corrélationnel, les comportements sont prédits par un ensemble de croyances portant sur la perception de :

- la vulnérabilité à une maladie (ex. : chances importantes d'avoir un cancer des poumons) ;
- la gravité des maladies (ex. : le cancer des poumons est une maladie grave) ;
- les coûts associés à l'adoption du comportement (ex. : arrêt du tabac et irritation) ;
- les bénéfices associés à l'adoption du comportement (ex. : arrêt du tabac et économie financière) ;
- les incitations à agir pouvant être internes (ex. : souffle court) ou externes (ex. : informations reçues via les brochures).

Ainsi, ces croyances permettraient de prédire la probabilité qu'un comportement apparaisse. Dans le prolongement de ce modèle, ont été ajoutés la motivation reflétant la tendance de la personne à être concernée par les questions de santé et le contrôle perçu (Becker et Rosentock, 1984). Ainsi, une femme aura davantage tendance à réaliser un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus si elle se sent vulnérable, si elle pense que ce cancer est grave, si les bénéfices perçus d'un examen régulier lui semblent élevés et les coûts faibles, si elle est incitée par son environnement social/sociétal ou par la présence d'un symptôme inattendu. La probabilité qu'elle réalise cet examen sera d'autant plus élevée qu'elle a un fort sentiment de contrôle, et qu'elle est motivée à rester en bonne santé (Ogden, 2008). De nombreuses recherches ont également montré que la vulnérabilité perçue et les obstacles perçus sont les meilleurs prédicteurs du comportement d'autoexamen des seins chez les femmes (Lashley, 1987 ; Rimer et al., 1991 ; Wyper, 1990). Cependant, si ce modèle a été fréquemment utilisé, il présente des résultats contradictoires, propose une approche réductrice des croyances et fait abstraction des facteurs contextuels.

2. Facteurs de risque et de protection : comment améliorer la qualité de vie et l'ajustement émotionnel de patients atteints d'un cancer ?

2.1. La personnalité

L'hypothèse selon laquelle la personnalité peut être un facteur protecteur ou un facteur de risque de l'ajustement émotionnel et de la qualité de vie a fait l'objet d'un certain nombre de travaux en psycho-oncologie. Deux traits de personnalité ont reçu une attention particulière des chercheurs : le névrosisme et l'optimisme.

La prédisposition aux affects négatifs (névrosisme) est un trait de personnalité pouvant expliquer de manière conjointe les troubles émotionnels et les douleurs chroniques. Le névrosisme se définit comme une sensibilité aux affects négatifs et apparaît comme un trait de personnalité qui regroupe notamment des dimensions telles que l'anxiété, la colère, l'impulsivité et la vulnérabilité au stress (Adler et Matthews, 1994). Confrontés à une situation stressante, les sujets se caractérisant par ce type de personnalité auraient tendance à faire l'expérience d'un stress particulièrement intense, accompagné d'une incapacité à faire face qui pourraient engendrer des troubles dépressifs. Les études menées auprès de patientes atteintes d'un cancer montrent que le névrosisme est associé à des niveaux élevés de dépression et d'anxiété plusieurs années après le traitement (Jamison et al., 1978 ; Morris et al., 1977). Une étude plus récente confirme ces résultats (Millar et al., 2005). En effet, les auteurs ont suivi 371 patientes atteintes d'un cancer du sein l'année suivant l'intervention chirurgicale. L'analyse des résultats révèle que les patientes présentant des niveaux élevés de détresse tout au long de cette année se caractérisaient au départ par des scores élevés de névrosisme (mesuré avec l'EPI d'Eysenck et Eysenck, 1971). L'anxiété-trait, évaluée chez des femmes subissant une chirurgie pour cancer du sein prédit également les troubles anxieux évalués six mois après l'intervention chirurgicale et l'utilisation d'une stratégie d'autoaccusation concernant la maladie et la chirurgie (Bonnaud et al., 2002). Dans cette étude, la personnalité anxieuse était associée significativement à un niveau élevé d'anxiété préopératoire. Cette dernière s'avère être un facteur de risque de développement d'un syndrome douloureux postmastectomie (Jung et al., 2002 ; Tasmuth et al., 1996). Il a également été montré qu'un niveau élevé d'anxiété et de stress perçu, mesuré trois semaines après l'annonce du diagnostic, médiatise la relation entre l'anxiété-trait et la qualité de vie (Cousson-Gélie, 2000).

Scheier et al. (1994) ont fait l'hypothèse que le névrosisme pouvait être considéré comme faisant partie du pessimisme. Les résultats avec le pessimisme sont effectivement très proches de ceux obtenus avec le névrosisme. Par exemple, l'étude de Schou et al. (2004) montre que le pessimisme est un très

bon prédicteur du niveau d'anxiété et de dépression ressentie un an après l'intervention chirurgicale pour un premier cancer du sein ($n = 165$). Ces résultats confirment ceux obtenus par [Epping-Jordan et al. \(1999\)](#) auprès de 80 patientes atteintes d'un cancer du sein. Le pessimisme prédit également un mauvais ajustement à long terme. Ainsi, [Carver et al. \(2005, 2006\)](#) montrent que le pessimisme, évalué l'année qui suit la chirurgie, est associé à un mauvais ajustement émotionnel et à une mauvaise qualité de vie, cinq à 13 ans après. [Wong-Kim et Bloom \(2005\)](#) ont montré que les femmes, ayant une détresse émotionnelle au début de leur prise en charge pour un cancer du sein, connaîtraient non seulement une augmentation du niveau de l'anxiété, une augmentation des pensées intrusives, du nombre de plaintes concernant l'état de santé et des difficultés de sommeil mais, les pessimistes auraient un risque trois fois plus élevé d'éprouver des symptômes dépressifs, un an après la chirurgie. [Lelorain et al. \(2011\)](#) montrent, chez 298 femmes françaises en rémission d'un cancer du sein depuis cinq à 15 ans, que le pessimisme est associé à une mauvaise qualité de vie mentale. De plus, le pessimisme dispositionnel est associé à la mise en place de stratégies d'ajustement différentes ([Scheier et al., 1986](#)). Ainsi, [Carver et al. \(1993\)](#) ont démontré que l'acceptation de la maladie et le déni (refuser de croire que cela se soit réellement passé) médiatisaient la relation entre le trait de personnalité d'optimisme et la détresse, chez 59 patientes atteintes d'un cancer du sein. Le fait d'avoir une personnalité optimiste et d'accepter sa maladie prédit un bon ajustement émotionnel, alors que la réaction de déni inverse le sens de la relation entre optimisme et détresse (être optimiste et réagir par du déni au diagnostic sont associés à un mauvais ajustement émotionnel). Ces résultats sont confirmés par une étude menée auprès de 163 patientes atteintes d'un cancer du sein : les patientes pessimistes qui recourent à une stratégie d'impuissance/désespoir lors de l'annonce du diagnostic de cancer du sein ont environ quatre fois plus de risques de développer une dépression dans l'année qui suit la chirurgie ([Schou et al., 2004](#)). De plus, [David et al. \(2006\)](#) observent que l'optimisme joue un rôle médiateur dans la relation entre le *coping* et l'ajustement émotionnel, auprès de 60 patientes atteintes d'un cancer du sein. Pour ces auteurs, l'optimisme et le pessimisme s'apparenteraient à l'évaluation secondaire du modèle de [Lazarus et Folkman \(1984\)](#).

2.2. Le soutien social

Le soutien social, composante du réseau social, renvoie à « l'ensemble des relations interpersonnelles d'un individu lui procurant un lien affectif positif [sympathie, amitié, amour], une aide pratique [instrumentale, financière], mais aussi des informations et évaluations relatives à la situation menaçante » ([Bruchon-Schweitzer, 1994](#), p. 34). Ce soutien social est associé au conjoint, à la famille, à la fratrie, aux collègues de travail, aux amis... Les recherches montrent que les patients reçoivent du soutien de la part de sources très variées. Ainsi, [Arora et al. \(2007\)](#) montrent dans une étude menée auprès de 246 femmes ayant récemment reçu un diagnostic de cancer du sein, que 85 % des patientes disent recevoir du soutien émotionnel de la part de leur famille, 80 % de la part de leurs amis, et 67 % de la part des professionnels de santé. [Dunkel-Schetter \(1984\)](#), dans une étude auprès de 79 patients atteints de cancer, ont montré que les sources de soutien les plus importantes sont la famille (époux, enfants, soeurs) pour 34 %, les professionnels de santé pour 30 %, les amis pour 16 %, les autres malades pour 9 % ou encore les collègues pour 6 %. « Neuf malades sur dix déclarent recevoir beaucoup de soutien affectif et moral d'au moins un de leurs proches, le conjoint ou la conjointe arrivant en deuxième position » ([Mermilliod et Mouquet, 2004](#)).

Par son effet direct (agissant sans distinction des stressors) ou indirect (modulant la relation situation–personne), le soutien social influence l'état de santé physique et mentale de l'individu. De nombreuses recherches montrent que le fait de bénéficier d'un soutien social fort a un effet protecteur sur la santé ([Tarquinio et al., 2002](#)), atténue les émotions ([Cohen, 2004](#)) et renforce le contrôle perçu, augmente les ressources perçues, alors qu'un soutien faible ou une absence de soutien constitue un facteur de risque ([Kessler et Magee, 1994](#) ; [Sarason et al., 1983](#)), peut accentuer le sentiment de détresse ([Liang et al., 2001](#)), renforcer des stratégies d'ajustement inefficaces ou dysfonctionnelles ([Santiago-Delfosse, 2002](#)).

Ainsi, les études montrent que le statut marital a une influence sur la survie face à la maladie : les personnes célibataires ont tendance à être diagnostiquées plus tardivement ([Goodwin, 1987](#)) ; les femmes mariées ont une survie plus importante. [Cousson-Gélie \(2001\)](#), se basant sur des études

prospectives et quasi-prospectives réalisées auprès de patients atteints de cancer, a souligné l'effet positif du soutien social perçu sur l'évolution du cancer. Le soutien émotionnel fourni par la famille, le conjoint, les collègues de travail semble être prédictif de cette évolution. Le réseau québécois d'action pour la santé des femmes (Pineault, 2004) a réalisé une étude sur 680 femmes âgées de 50 à 59 ans ; celles-ci, ayant participé à un programme de dépistage du cancer du sein, avaient obtenu un résultat anormal de leur mammographie et devaient subir des examens complémentaires avant de recevoir un diagnostic final. Le soutien social (émotif et informatif) a permis de réduire l'anxiété des participantes avant de recevoir le résultat final. L'imbrication du soutien émotif et informatif devient indissociable dans les relations établies avec le personnel professionnel de la santé. Ainsi, les femmes ont besoin de communiquer avec le personnel traitant pour obtenir et comprendre l'information permettant de diminuer leurs appréhensions. Dans un échantillon de femmes atteintes de cancer du sein, Boinon et al. (2010) montrent qu'un soutien social inadéquat serait associé négativement à la perception de la maladie (plus grand nombre de symptômes associés à la maladie, évolution cyclique, sévérité et impact du cancer sur la vie). La satisfaction ou l'adéquation entre les besoins des patients et le soutien effectivement reçu doit retenir notre attention.

2.3. *Le contrôle perçu*

L'évaluation des ressources personnelles des patients atteints de cancer a fait l'objet de quelques études dont les résultats sont prometteurs notamment au niveau des interventions psychologiques qui peuvent être développées pour améliorer leur qualité de vie et prévenir une symptomatologie anxiodépressive. En effet, une des caractéristiques de la maladie cancéreuse et de son traitement est l'impression par le patient d'une perte de contrôle au niveau des événements futurs de leur vie. Ainsi, les études réalisées auprès de patients cancéreux tendent à démontrer que le fait de croire que l'on contrôle sa maladie est lié à un bon ajustement psychosocial. Les patients pensant contrôler l'évolution de leur maladie présentent moins de douleurs et moins de troubles anxiodépressifs que ceux qui ont un faible contrôle perçu (Pruyn et al., 1988 ; Taylor et al., 1984 ; Thompson et al., 1993 ; Watson et al., 1990). Henselmans et al. (2010) ont démontré que les femmes ayant un fort sentiment de contrôle sur la vie s'inquièteraient moins de l'impact que le cancer a eu sur leur vie et auraient plus confiance en leurs capacités d'adaptation personnelles que les femmes ayant un faible sentiment de contrôle. Dans une étude prospective menée auprès de 70 femmes qui viennent d'apprendre qu'elles ont un cancer du sein, et qui ont été suivies durant six mois, Osowiecki et Compas (1999) observent que le contrôle perçu et l'utilisation d'un *coping* centré sur le problème prédisent un bon ajustement psychologique ultérieur. Le contrôle religieux semble également jouer un rôle protecteur vis-à-vis du stress ressenti par les patientes (Cousson-Gélie et al., 2005). Ainsi, le contrôle perçu semble protéger les patients cancéreux vis-à-vis de perturbations psychologiques éventuelles.

2.4. *Le coping*

Depuis 1980, nous savons que le *coping* est un processus complexe, dynamique qui permet d'expliquer comment le sujet s'ajuste à des situations difficiles. De plus, le *coping* est fortement lié à la régulation émotionnelle, en particulier la détresse. Il est effectivement bien établi que l'utilisation de stratégies d'ajustement centrées sur le problème est associée à moins de symptômes physiques, à moins de détresse psychologique ainsi qu'à une meilleure qualité de vie et intégration sociale que lorsque le sujet utilise des stratégies centrées sur l'émotion (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Carver et al., 1989 ; Folkman, 1997 ; Suls et Fletcher, 1985). De plus, l'utilisation des stratégies centrées sur l'émotion peut aider à maintenir un certain équilibre sur le plan émotionnel (contrôler des émotions par exemple) et favoriser ainsi la mise en place de stratégies centrées sur le problème. Toutefois, ces résultats sont à nuancer en fonction de la nature de la situation. En effet, si la situation est perçue par le sujet comme incontrôlable, alors le recours à des stratégies centrées sur le problème peut se révéler inefficace, contrairement aux stratégies centrées sur l'émotion (Masel et al., 1996 ; Mattlin et al., 1990 ; Wells et Matthews, 1994).

Plusieurs études en oncologie ont analysé les liens entre le processus de *coping* et la qualité de vie, d'une part, et les symptômes associés à la détresse émotionnelle des patients, d'autre part. Ainsi,

le *coping* centré sur le problème est généralement associé à un bon ajustement émotionnel et à une meilleure qualité de vie (Al-Azri et al., 2009 ; Cayrou et Dickès, 2008 ; Cotton et al., 1999 ; Danhauer et al., 2009 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Filazoglu et Griva, 2008 ; Ransom et al., 2005 ; Stanton et al., 2000 ; Stanton et al., 2002) et à une détresse émotionnelle moindre (Al-Azri et al., 2009 ; Ptacek et al., 1994 ; Schnoll et al., 1998). Ces stratégies semblent d'autant plus efficaces que les patientes ont de l'espoir (Stanton et al., 2002) et leur permettent de donner du sens à ce qui leur arrive (Jim et al., 2006). Cependant, certaines études n'ont pas montré le rôle salutogène du *coping* centré sur le problème sur l'ajustement émotionnel (Carver et al., 1993 ; Manne et al., 1994 ; Schou et al., 2005 ; Stanton et Snider, 1993 ; Cousson-Gélie, 2000 ; Lebel et al., 2008). On peut tenter d'expliquer ces résultats contradictoires en prenant en compte le moment où les stratégies ont été évaluées. En effet, lorsque les stratégies sont évaluées peu de temps après le diagnostic, alors le *coping* centré sur le problème est associé positivement à la détresse psychologique, alors que lorsqu'elles sont évaluées à distance du diagnostic, le *coping* centré sur le problème s'avère salutogène.

Ainsi, les études que nous avons sélectionnées et celles que nous avons menées personnellement permettent d'identifier les prédicteurs les plus significatifs de la qualité de vie des patients atteints de cancer, à savoir que le pessimisme, le névrosisme, l'impuissance-désespoir et sont des stratégies dysfonctionnelles, qui affectent négativement la qualité de vie et le bien-être ultérieurs des patients, alors qu'un contrôle perçu (interne) vis-à-vis de l'évolution de la maladie et le soutien social perçu, *coping* centré sur le problème à distance du diagnostic apparaissent comme des stratégies plutôt fonctionnelles.

3. Discussion et conclusion

Les apports de la psychologie de la santé dans le champ de la psycho-oncologie sont indéniables notamment en fournissant des modèles théoriques heuristiques sur lesquels les chercheurs peuvent s'appuyer. Ainsi, à partir de ces modèles, les études menées en psychologie de la santé ont permis d'identifier un certain nombre de variables pouvant expliquer une partie de la variation de la qualité de vie et de l'ajustement émotionnel des patients. On peut regretter que dans de nombreuses études, la dimension temporelle ne soit pas toujours prise en compte alors que c'est un élément très important en oncologie. On peut, en effet, se poser la question de savoir si une personne qui change souvent de stratégies de *coping* présente moins de détresse qu'une personne qui adopte toujours la même stratégie. Quelques études tentent de répondre à cette question. Par exemple, il a été montré, chez 92 patientes atteintes d'un cancer du sein, que le groupe de femmes qui a changé de stratégies de *coping* au cours des trois premiers mois qui ont suivi le diagnostic, présentent des niveaux faibles d'anxiété et de dépression, en particulier si les stratégies utilisées étaient la recherche de soutien social, l'expression des émotions et l'acceptation de la maladie (Roussi et al., 2007). À l'heure actuelle, certaines thérapies se développent afin de prendre en compte la flexibilité des stratégies de *coping* et les résultats sont encourageants. Ainsi, ce type de thérapie semble être particulièrement efficace pour réduire l'anxiété liée à la douleur, le handicap physique et psychologique chez des patients douloureux chroniques (Vowles et McCracken, 2010).

En effet, ces auteurs ont développé une thérapie basée sur des techniques comportementales et cognitives classiques telles que l'exercice physique, la relaxation, la restructuration cognitive associées à plusieurs techniques plus récentes basées sur les thérapies comportementales et cognitives de troisième génération (Acceptance and Commitment Therapy, ACT de Hayes et al., 1999) qui consiste à promouvoir l'acceptation de la maladie ou des symptômes, la technique de la pleine conscience (*mindfulness*), les actions basées sur les valeurs, les « désintrications » cognitives (*cognitive defusion*, qui est un processus cognitif de changement de l'influence de certaines pensées sans nécessairement changer leur forme et leur fréquence). Il est à souhaiter qu'elles se développent également pour les patients atteints de cancer.

Ces dernières années, différents types d'interventions psychologiques auprès de patients atteints d'un cancer ont été évalués. Plusieurs méta-analyses ont confirmé l'utilité de ces interventions auprès des patients atteints de cancer (Naaman et al., 2009 ; Tatrow et Montgomery, 2006). Elles montrent que les interventions de groupe peuvent avoir un impact positif sur l'anxiété, la dépression et la qualité de vie, et que les thérapies de groupe brèves semblent être plus efficaces que les interventions

individuelles à long-terme. De plus, elles montrent que ces interventions telles que les thérapies cognitivocomportementales (TCC) augmentent le soutien social, améliorent la résistance immunologique (Antoni et al., 2009) et diminuent la détresse émotionnelle, la douleur et les risques de récurrence du cancer (Andersen et al., 2008). Toutefois, les résultats de ces méta-analyses ont également mis en évidence les limites de ces interventions et de la méthodologie de recherche associée : des effets modérés, l'absence de descriptions précises des interventions et des évaluations s'appuyant uniquement sur des autoquestionnaires. Un autre problème récurrent dans ces études est que les interventions psychosociales menées auprès des patients cancéreux ne sont pas toujours adaptées aux problèmes spécifiques qu'ils doivent affronter. Il s'agit le plus souvent de techniques thérapeutiques classiques utilisées pour d'autres pathologies (dépression, phobies, troubles anxieux. . .) et transposées au champ psychoncologique. Or, de telles interventions devraient être fondées sur les acquis de la recherche (variables pertinentes et modèles théoriques) et non sur des a priori intuitifs ou sur de bonnes intentions et leurs objectifs devraient être très précisément définis. Nous sommes convaincues qu'il faudrait à présent construire des interventions psychosociales spécifiques pour les patients cancéreux, et fondées sur les acquis de la recherche. Le moment est venu de faire autre chose que des interventions, certes louables, mais inspirées du bon sens ou de prises en charge venues d'autres champs et simplement transférées dans ce domaine. Dans la mesure où l'on sait à présent quelles sont les réactions fonctionnelles et dysfonctionnelles, c'est sur ces processus d'ajustement (flexibles) qu'il faut intervenir dans les prises en charge, en atténuant ceux qui se sont avérés nocifs (pessimisme, impuissance-désespoir, déni) et en renforçant ceux qui ont démontré leur rôle bénéfique (contrôle perçu, soutien social, *coping* centré sur le problème). Il est donc nécessaire de concevoir et de tester ces nouvelles interventions en suivant une méthodologie qui tienne compte de ces limites afin de pouvoir apporter les preuves d'efficacité nécessaires à leur développement. Newell et al. (2002) ont précisé ces critères qui sont :

- l'affectation randomisée des patients à un groupe (technique de randomisation transparente) ;
- le fait que les patients (et intervenants) ignorent les différences de prise en charge entre les groupes ;
- l'équivalence des interventions menées auprès des différents groupes, à part l'essai dont on évalue les effets ;
- la description complète et détaillée des interventions ;
- le nombre et les caractéristiques des patients « perdus » au cours du suivi ;
- le fait de préciser les informations manquantes à la fin du suivi ;
- la nécessité de mener des études en « double insu » où interventions et évaluations de leur efficacité sont faites indépendamment.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- Adler, N., Matthews, K., 1994. Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology* 45 (1), 229.
- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., Al-Moundhri, M., 2009. Coping with a diagnosis of breast cancer. Literature review and implications for developing countries. *The Breast Journal* 15 (6), 615–622.
- Andersen, B.L., Yang, H.C., Farrar, W.B., et al., 2008. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. A randomized clinical trial. *Cancer* 113 (12), 3450–3458.
- Antoni, M.H., Lechner, S., Diaz, A., et al., 2009. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity* 23, 580–591.
- Arora, N.K., Finney Rutten, L.J., Gustafson, D.H., Moser, R., Hawkins, R.P., 2007. Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology* 16 (5), 474–486.
- Becker, M.H., Rosentock, I.M., 1984. Compliance with medical care. In: Steptoe, A., Matthews, A. (Eds.), *Health care and human behavior*. Academic Press, Londres.
- Bloch, J., Dumond, C., 2004. Rapport de la commission d'orientation sur le cancer. Ministère de la Santé, Paris.
- Bonnaud, A., Chabrol, H., Doron, J., Lakdja, F., Swendsen, J., Sztulman, H., 2002. Réactions anxiodépressives face au syndrome douloureux postmastectomie. *Bulletin de Psychologie* 55 (4), 373–379.
- Bruchon-Schweitzer, M., 1994. Introduction à la psychologie de la santé. In: Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R. (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé*. PUF, Paris, chap. 1, pp. 13–41.

- Bruchon-Schweitzer, M., 2002. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod, Paris.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K., 1989. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal Of Personality And Social Psychology* 56 (2 (Print)), 267–283.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., et al., 1993. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* 65 (2), 375–390.
- Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S., Derhagopian, R.P., 2005. Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology* 24 (5), 508–516.
- Carver, C.S., Smith, R.G., Petronis, V.M., Antoni, M.H., 2006. Quality of life among long-term survivors of breast cancer: different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology* 15 (9), 749–758.
- Cayrou, S., Dickès, P., 2008. Les facteurs associés à l'ajustement mental des malades du cancer. Un exemple d'utilisation de la MAC. In: *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*. La Documentation française, DRESS-INSERM (collection Études et statistiques).
- Chochinov, H.M., 2001. Depression in cancer patients. *Lancet Oncology* 2 (8), 499–505.
- Cohen, S., 2004. Social relationships and health. *American psychologist* 11, 676–684.
- Cotton, S.P., Levine, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H., Targ, E., 1999. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 8 (5), 429–438.
- Cousson-Gélie, F., 2000. Breast cancer, coping and quality of life: a semi-prospective study. *European Review of Applied Psychology* 50 (3), 315–320.
- Cousson-Gélie, F., 2001. Rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers de sein. In: Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B. (Eds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Dunod, Paris, pp. 47–73.
- Cousson-Gélie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M., Lakdja, F., 2005. Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychologic al Reports* 97 (3), 699–711.
- Danhauer, S.C., Crawford, S.L., Farmer, F., Avis, N.E., 2009. A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine* 32, 371–379.
- David, D., Montgomery, G.H., Bovbjerg, D.H., 2006. Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences* 40 (2), 203–213.
- Dunkel-Schetter, C., 1984. Social support and cancer: finding based on patients interviews and their implications. *Journal of Social Issues* 40 (4), 77–98.
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., Krag, D.N., 1999. Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology* 18 (4), 315–326.
- Eysenck, H.J., Eysenck, S.B., 1971. *Manuel de l'E.P.I. ECPA*, Paris.
- Filazoglu, G., Griva, K., 2008. Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health and Medicine* 13 (5), 559–573.
- Fischer, G.N., Tarquinio, C., 2006. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Dunod, Paris.
- Folkman, S., 1997. Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Sciences and Medicine* 45 (8), 1207–1221.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., 1988. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science and Medicine* 26 (3), 309–317.
- Folkman, S., Moskowitz, J., 2004. Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology* 55 (1), 745–774.
- Foster, C., Wright, D., Hill, H., Hopkison, J., Roffe, L., 2009. Psychological implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care* 18, 223–247.
- Girgis, A., Boyes, A., Sanson-Fisher, R.W., Burrows, S., 2000. Perceived needs of women diagnosed with breast cancer: rural versus urban location. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 24 (2), 166–173.
- Goodwin, J., 1987. The etiology of combat-related post traumatic stress disorders. In: Williams, T. (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: a handbook for clinicians*. Disabled American Veteran, Cincinnati, Ohio, pp. 1–18.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., 1999. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. Guilford, New York.
- Heider, F., 1944. Social perception and phenomenal causality. *Psychological review* 51, 358–374.
- Henselmans, I., Fleer, J., de Vries, J., Baas, P.C., Sanderman, R., Ranchor, A.V., 2010. The adaptive effect of personal control when facing breast cancer: cognitive and behavioral mediators. *Psychology & Health* 25 (9), 1023–1040.
- Jamison, K.R., Wellisch, D.K., Pasnau, R.O., 1978. Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective. *American Journal of Psychiatry* 135 (4), 432–436.
- Jim, H.S., Richardson, S.A., Golden-Kreutz, D.M., Andersen, B.L., 2006. Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology* 25 (6), 753–761.
- Jung, B.F., Hogan, L.A., Kulick, D.I., Andrus, C., Dworkin, R.H. (2002). Chronic pain following breast cancer surgery: prevalence and risk factors. Paper presented at the Fifth International conference on the mechanisms and treatment of neuropathic pain, Bermuda.
- Kessler, R.C., Magee, W.J., 1994. Childhood family violence and adult recurrent depression. *Journal of Health and Social Behavior* 35, 13–25.
- La situation du cancer en France en 2010. Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2010.
- Lashley, M.E., 1987. Predictors of breast self-examination practice among elderly women. *Advances in Nursing Science* 9, 25–34.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., 1984. *Stress, coping and adaptation*. Springer, New York.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., Devins, G.M., 2008. Predicting stress-related problems in long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research* 65 (6), 513–523.
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., Bonnaud-Antignac, A., 2011. Predicting mental quality of life in breast cancer survivors using comparison participants. *Journal of Psychosocial Oncology* 29, 430–449.
- Liang, J., Krausse, N., Bennett, J., 2001. Social exchange and well-being: is giving better than receiving? *Psychology and aging* 16 (3), 511–523.

- Manne, S.L., Sabionni, M., Bovbjerg, D.H., Jacobsen, P.B., Taylor, K.L., Redd, W.H., 1994. Coping with chemotherapy for breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine* 17, 41–54.
- Masel, C.N., Terry, D.J., Gribble, M., 1996. The effects of coping on adjustment: Re-examining the goodness of fit model of coping effectiveness. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal* 9 (4), 279–300.
- Mattlin, J.A., Wethington, E., Kessler, R.C., 1990. Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior* 31 (1), 103–122.
- McKeown, T., 1979. *The role of medicine*. Blackwell, Oxford.
- Mermilliod, C., Mouquet, M.C., 2004. Les différents soutiens déclarés par les malades. In: *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*. La Documentation française, DRESS-INSERM, pp.321–329 (Collection Études et statistiques).
- Millar, K., Purushotham, A.D., McLatchie, E., George, W.D., Murray, G.D., 2005. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 58 (4), 335–342.
- Morris, T., Greer, H.S., White, P., 1977. Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer Detection and Prevention* 40, 2381–2387.
- Naaman, S., Radwan, K., Fergusson, D., et al., 2009. Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry* 72 (1), 50–69.
- Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W., Savolainen, N.J., 2002. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal National Cancer Institute* 94, 558–584.
- Ogden, J., 2008. *Psychologie de la santé*. Adaptation française d'Olivier Desrichard, traduit de la 3^e édition anglaise. Éditions de Boeck, Bruxelles.
- Osowiecki, D., Compas, B., 1999. A prospective study of coping perceived control and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Behavioral Therapy* 23, 169–180.
- Pruyn, J., Van Der Borne, H., De Reuver, R.M., De Boer, M.F., Bosman, L.J., Ter Pelkewijk, M.A., et al., 1988. De Locus of Control-Schaal voor kankerpatienten (The locus of control Scale for Cancer Patients). *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 66, 404–408.
- Ptacek, J.T., Ptacek, J.J., Dodge, K.L., 1994. Coping with breast cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of Psychosocial Oncology* 12 (3), 47–71.
- Ransom, S., Jacobsen, P.B., Schmidt, J.E., Andrykowski, M.A., 2005. Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 30, 243–253.
- Rimer, B.K., Trock, B., Lerman, C., King, E., 1991. Why do some women get regular mammograms? *American Journal of preventive medicine* 7, 69–74.
- Rosenstock, I.M., 1966. Why people use health services? *Millbank Memorial Fund Quarterly* 44, 94–124.
- Rosenstock, I.M., 1974. The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs* 2, 35–86.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., Koutri, I., 2007. Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research* 31 (1), 97–109.
- Santiago-Delfosse, M., 2002. *Psychologie de la santé : perspectives qualitatives et cliniques*. Mardaga, Sprimont.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., Sarason, B.R., 1983. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 813–832.
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K., Carver, C.S., 1986. Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology* 51 (6), 1257–1264.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., Bridges, M.W., 1994. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology* 67, 1063–1078.
- Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Brandt, U., Stolbach, L., 1998. Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology* 7 (5), 424–435.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., Sandvik, L., Keresen, R., 2004. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology* 13 (5), 309–320.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjermstad, M.J., Ruland, C.M., 2005. Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of life Research* 14 (8), 1813–1823.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., Sworowski, L.A., Twillman, R., 2000. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 875–882.
- Stanton, A.L., Danoff-burg, S., Huggins, M.E., 2002. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology* 11, 93–102.
- Stanton, A.L., Snider, P., 1993. Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology* 12 (1), 16–23.
- Suls, J., Fletcher, B., 1985. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology* 4 (3), 249–288.
- Tarquinio, C., Constantini, M.L., Fischer, G.N., 2002. Soutien social et prise en charge psychologique des malades. In: Fischer, G.N. (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris.
- Tasmuth, T., Von Smitten, K., Kalso, E., 1996. Pain and other symptoms during the first year after radical and conservative surgery for breast cancer. *British Journal of Cancer* 74, 2024–2031.
- Tatrow, K., Montgomery, G.H., 2006. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine* 29 (1), 17–27.
- Taylor, S.E., Lichtman, R., Wood, S.V., 1984. Attributions, belief about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* 46, 489–502.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., Gruenewald, T.L., 2000. Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist* 55 (1), 99–109.
- Thompson, S.C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M.E., Schwankovsky, L., Cruzen, D., 1993. Maintaining perceptions of control: finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology* 64 (2), 293–304.
- Vowles, K.E., McCracken, L.M., 2010. Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 48 (2), 141–146.

- Wallston, K.A., Wallston, B.S., 1982. Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In: Sanders, G., Suls, J. (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Erlbaum, Hillsdale.
- Watson, M., Greer, S., Pruy, J., Van den Borne, B., 1990. Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports* 66 (1), 39–48.
- Weinstein, N.D., 1983. Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health psychology* 2, 11–20.
- Wells, A., Matthews, G., 1994. Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cognition & Emotion* 8 (3), 279–295.
- Wong-Kim, E.C., Bloom, J.R., 2005. Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology* 14 (7), 564–573.
- Wyper, M.A., 1990. Breast self-examination and health belief model. *Research in nursing and health* 13, 421–428.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S., 2001. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 10 (1), 19–28.