

Chapitre IV : LeShan et Bahnson : le parcours existentiel du cancéreux

I. LeShan

Lawrence LeShan, psychothérapeute New-Yorkais d'inspiration humaniste rogérianne, a établi dans les années 50 à 70 le portrait psychologique du malade cancéreux dans une première phase d'études de deux ans à partir essentiellement du questionnaire « Worthington Personal History » portant sur la vie de l'individu sur environ 455 individus cancéreux, et d'entretiens semi-directifs de deux à huit heures selon les individus sur 250 malades. Dans une seconde phase d'études, LeShan a affiné son modèle sur base de psychothérapies individuelles intensives menées avec 71 patients en phase terminale¹ sur un total de 22 années. D'autres personnes ayant rempli le test ou été en psychothérapie chez LeShan sans être atteints de cancer ont servi de groupe témoin. Ces recherches et leurs résultats font l'objet du livre « Vous pouvez lutter pour votre vie : les facteurs psychiques dans l'origine du cancer » (1982, chez Robert Laffont, coll. Réponses/santé ; éd. Originale en langue anglaise, 1977)².

Voici d'abord les constantes qui se sont dégagées des test et entretiens effectués au cours des deux premières années de l'étude de LeShan portant sur les patients cancéreux :

On retrouve chez les cancéreux, **dans les 6 mois à 8 ans qui précèdent le diagnostic de cancer, la perte d'une relation qui leur était essentielle, relation « vitale », « relation capitale et unique qui comblait leurs besoins d'exprimer leur créativité, de communiquer avec autrui, de s'intégrer à un groupe, d'être à la fois reconnu et accepté par les autres » (p.33). Leur vie perd tout sens (perte de toute raison d'être, de toute raison de vivre (p.32)) suite à cette perte et ils ressentent un profond sentiment de solitude.**

On retrouve également chez eux une incapacité à exprimer des sentiments hostiles : agressivité, colère ou ressentiment. Même si ceux-ci sont éprouvés, ils ne sont jamais exprimés en paroles. Les cancéreux arborent généralement une façade de bonté bienveillante. Toutefois, LeShan remarque grâce à ses

¹ Les médecins n'avaient laissé aucun espoir de guérison aux patients suivis par LeShan et ne leur donnaient pas plus de quelques mois à vivre, leur cancer étant soit inopérable, soit généralisé.

² J'ai trouvé ce livre en occasion dans les galeries de la Reine à Bruxelles. Il existe également plusieurs articles scientifiques écrits par LeShan, auxquels je n'ai cependant pas cherché à avoir accès, l'ouvrage trouvé me suffisant et reprenant les résultats de tous ces travaux : LeShan, L. & Worthington, R. (1956), *Personality as a factor in the pathogenesis of cancer*, in Br J Med Psychol, 29, p.49-56 ; Leshan, L. & Worthington (1956), *Some recurrent life history patterns observed in patients with malignant disease*, in J Nerv Ment Dis, 124, p.460-465 ; LeShan (1959), *Psychological states as factors in the development of malignant disease : a review*, in J Clin Oncol. ; 5, p.344-353 ; Leshan, L. & Reznikoff, M. (1960), *A psychological factor apparently associated with neoplastic disease*, J Abnormal Soc Psychol, 60, p.439-440 ; Leshan (1966), *An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease*, in Annals New York Academy of Sciences, 125, p.773-1055.

psychothérapies que cela ne se produit que quand il s'agit de défendre leurs droits. Quand il s'agit de défendre ceux des autres ou un idéal, ils savent se montrer fermes et même agressifs. « Ce n'était donc pas tant une incapacité totale de faire preuve d'agressivité qu'une impossibilité d'être agressifs pour affirmer leurs propres besoins, désirs et sentiments » (p.44). On observe aussi chez eux une forte tendance au manque de confiance en soi et au mépris de soi. « Ces individus n'avaient aucune considération pour ce qu'ils avaient pu réaliser dans la vie, ils ne s'aimaient pas et n'appréciaient pas les qualités qu'ils pouvaient avoir » (p.43). Confiance en soi et extériorisation de ses émotions semblent aller de pair. « Ces individus sont incapables de donner libre cours à leurs sentiments, de montrer leur peine, leur colère ou leur hostilité. (...) On dit d'eux : « C'est une sainte » ; ou encore « C'est un homme si gentil, si doux. » Mais la douceur, la « bonté » de ces gens n'est en fait que la preuve de leur incapacité à croire suffisamment en eux-mêmes et de leur manque de confiance en soi. Estimant que leur existence n'a aucune valeur et aucune signification, il leur est tout bonnement impossible de croire qu'ils pourraient avoir raison dans une situation donnée et autrui avoir tort » (p.67).

Grâce aux psychothérapies qu'il mène, LeShan découvre d'autres éléments essentiels de la vie émotionnelle des cancéreux : une forte tendance au manque de confiance en soi et au mépris de soi et surtout ce qu'il appelle le « désespoir ». Le désespoir des patients cancéreux ressemble fortement à la dépression essentielle de Pierre Marty en ce qu'il n'empêche pas les sujets de continuer à vaquer à leurs occupations habituelles, « tout en étant persuadés que la vie ne pouvait leur réserver aucune satisfaction » (p.49). Pour ces personnes en proie au désespoir, la vie n'a aucune valeur, ils sont absolument seuls et ne s'estiment pas dignes d'être aimés. Ils sont convaincus que les « objets extérieurs » ne peuvent leur procurer de satisfactions. Celles qu'ils obtiendront dans leurs rapports avec autrui ne seront au mieux que momentanées, et tôt ou tard, elles feront place aux déceptions et à la souffrance. Ils ne croient pas que leur propre développement ou le temps puissent modifier les conditions fondamentales de leur existence. Ils sont persuadés que rien de ce qu'ils entreprendront ne pourra diminuer leur sentiment de solitude. « La plupart de mes clients avaient refoulé les émotions dues à leur sentiment de désespoir. Ils acceptaient leur vie telle qu'ils la voyaient, stoïquement, sans amertume ou ressentiment » (p.50).

Grâce à ses psychothérapies, LeShan peut faire également le lien entre l'enfance des patients et le désespoir qu'ils présentent, leur investissement à un moment dans leur vie dans une relation vitale et le vide qui s'ouvre en eux quand elle est perdue. LeShan décrit ce qu'il appelle « la structure émotionnelle de l'enfance typique » chez tous ces clients cancéreux. « Dans presque tous les cas, un préjudice avait été porté aux facultés naissantes de l'enfant de

communiquer avec autrui, et cela au cours de l'enfance, généralement dans les sept premières années de sa vie. De cette expérience, ces enfants, qui devenus adultes seraient atteints d'un cancer, avaient tiré la conclusion que les relations émotionnelles étaient source de souffrance et de rejet et qu'on ne pouvait s'y investir profondément qu'en s'exposant à souffrir et à être abandonné. La solitude devenait alors leur triste quotidien. Comme tous les enfants, ils attribuaient cette solitude à quelque défaut en eux-mêmes plutôt qu'à des causes fortuites ou au comportement d'autrui. Et tout naturellement ils en arrivaient à se juger sévèrement et à ressentir un sentiment de culpabilité. (...) Cette situation traumatisante dans laquelle se débattaient ces enfants n'était cependant pas de nature à provoquer des symptômes névrotiques manifestes. En apparence, l'enfant arrivait à bien s'adapter à son environnement. Toutefois sa conviction que les relations avec autrui étaient dangereuses et qu'il y avait en lui quelque chose de mauvais persistait et colorait toute son existence. Aussi peu d'énergie était-elle investie dans les relations avec les autres. L'enfant était généralement un « solitaire » qui n'avait guère d'amis » (p.60) « Sur plus de 50 individus que j'ai suivis en thérapie intensive, nombreux étaient ceux qui, enfants, avaient cruellement souffert soit de la mort d'un parent, d'un frère ou d'une sœur, soit de la séparation d'un ou des deux parents – qui pouvait être une séparation physique ou psychologique. Le phénomène était beaucoup plus répandu chez mes clients cancéreux que chez les autres. Ce n'était cependant pas le cas pour tous. Qu'est-ce qui avait pu inciter ceux-là à croire que les relations affectives étaient source de souffrance ? La naissance d'un autre enfant avait pu manifestement inciter les parents à reporter leur attention sur le nouveau membre de la famille, et si l'aîné n'avait pu assouvir suffisamment longtemps son besoin de dépendance, il se peut que le sentiment d'être abandonné ait été assez traumatisant pour le convaincre que les relations étaient en général dangereuses et sources d'angoisse » (p.92). Par rapport à l'enfance des patients cancéreux, LeShan cite également les travaux du psychiatre Claus Bahnson [voir ci-après], qui a fait l'étude comparative des cancéreux, malades atteints de maladies diverses et de sujets en bonne santé. « Contrairement aux individus des deux autres groupes, les cancéreux avaient eu avec leurs parents des relations distantes et peu satisfaisantes » (p.93).

L'enfance de ces sujets est donc marquée par une forme de dépression latente, de solitude, d'abandon ou de rejet.

À l'entrée dans la vie adulte, la vie se fait généralement plus favorable. « Pourtant, à un certain moment de leur existence, généralement au sortir de l'adolescence, les circonstances avaient offert à ces individus une occasion favorable de communiquer avec autrui. Ils avaient vu la possibilité de mettre fin à cette solitude profonde dont ils souffraient. (...) Richard et Catherine dépensèrent une énergie psychique et physique considérable au cours de cette époque heureuse de leur vie. On aurait dit que leur besoin de relations profondes et chaleureuses qui n'avait pu s'exprimer pendant des années se débordait tout à

coup. Cette implication émotionnelle intense fut commune à tous mes clients cancéreux pendant la période où ils purent momentanément développer des relations qui leur donnèrent le sentiment que leur vie avait un sens. Ils se sentirent alors moins seuls, moins « perdus ». Le système de relations dans lequel ils étaient entrés devint le centre principal de leur vie – leur raison d’être. (...) En un sens, ayant enfin trouvé un exutoire à leurs sentiments, ils eurent tendance à mettre tous leurs œufs dans le même panier. La signification de la vie, la créativité, le bonheur étaient liés pour eux à cette relation ou à cette situation particulière » (p.61-62). Ensuite, cette relation essentielle, cet investissement essentiel disparaît et provoque un retour important du désespoir de l’enfance. La vie perd toute signification. « Lorsque pour une raison quelconque, la situation changeait, c’était un véritable désastre pour eux qui s’étaient complètement investis dans cette seule possibilité de bonheur. En être privé équivalait à être privé de tout, à retomber complètement dans leur solitude d’antan, encore aggravée par la crainte de déceptions ultérieures. Des circonstances indépendantes de leur volonté – du moins ils le croyaient – mettaient souvent fin à cette période heureuse de leur vie » (p.63).

« Quelle que soit la période – un an ou quarante ans – pendant laquelle la vie avait eu un sens pour eux grâce à une personne, un groupe, un rôle particulier ou un talent quelconque, lorsque disparaissait cette raison d’être, toutes les vieilles craintes de leur enfance refaisaient immédiatement surface. Ils avaient pu oublier pendant quelque temps le peu d’estime qu’ils avaient pour eux-mêmes, et bannir le sentiment qu’il y avait en eux quelque chose de mauvais qui incitait autrui à les rejeter, mais lorsque la relation essentielle de leur vie disparaissait, on aurait dit que celle-là n’avait jamais existé – que toutes les satisfactions qu’elle leur avait apportées ne signifiaient plus rien » (p.70) Le désespoir s’installe. « Tous arrivaient à « encaisser le coup » cependant, du moins à en juger d’après les apparences. Ils continuaient à fonctionner. Ils vaquaient à leurs occupations quotidiennes. Mais toute « couleur », tout enthousiasme, avait disparu d’une existence dénuée de sens » (p.72). Ceci rappelle fortement « la chute du tonus vital » par laquelle Marty définit la dépression essentielle. Et dans un délai de six mois à huit ans, selon LeShan, un cancer se déclare.

Confrontation des théories de Marty et Leshan

Les similitudes avec la théorie de Marty sont nombreuses. Le traumatisme de perte est mis à l’avant-plan dans les événements qui prennent part au développement d’un cancer. La description d’une enfance marquée par un fort sentiment de solitude semble correspondre tout en l’approfondissant à l’idée des névrosés de caractère qui n’ont pas pu intérioriser une relation à leurs parents, parents qui probablement ont instauré une grande distance entre eux et leurs enfants –même si Marty n’en parle jamais en ces termes, c’est ce que l’on peut

supposer. Il y a en effet chez Marty plus une référence au monde psychique interne du sujet où l'on peut constater dans l'actualité la fragilité de la référence à un objet interne stable qu'une réflexion sur l'origine de cet état de fait, même s'il évoque une fonction maternelle défaillante. L'histoire des sujets, l'histoire de leur enfance, est peu invoquée par Marty - en tout cas dans sa théorie - ; s'impose plutôt la figure du nourrisson qui n'a pas eu affaire à une mère suffisamment bonne. Cependant, et LeShan nous incite à y faire attention, c'est toute l'enfance du sujet qui peut nous renseigner sur le sentiment de solitude qu'a dû ressentir l'adulte devenu cancéreux. Il est pour moi pertinent de tenter d'établir le type de relations qu'a pu ou n'a pu établir un sujet avec ses parents, comme très révélateur de l'estime qu'il va se porter à lui-même et de la façon dont il va vivre sa relation au monde extérieur.

Nous avons déjà dit que le désespoir chez LeShan semble correspondre à la même réalité clinique que la dépression essentielle de Marty. LeShan, de nouveau, y ajoute une dimension dont ne parle pas Marty, peut-être parce que cela ne peut pas vraiment être reconnu dans un concept de type psychanalytique, qui est le sentiment de ne pas être digne d'être aimé. Marty se centre plutôt lui sur la défaillance de la fonction maternelle qui vise à réguler les excitations traumatiques qui secouent l'enfant, défaillance qui n'ont parfois rien à voir avec l'amour qu'une mère porte à son enfant. Qu'est-ce qui est le plus pertinent quant au cancer ultérieur le manque d'amour ou la défaillance de la fonction maternelle ? Il me semble que la seconde est plus importante que la première mais il peut être intéressant de considérer qu'elle ne peut être qu'aggravée quand elle se greffe sur un manque d'amour.

Ce que je trouve heuristique chez LeShan et que je ne retrouve pas chez Marty, c'est sa référence, dans l'existence globale de ces patients, à une période heureuse de leur vie qui a pris fin six mois à huit ans avant le diagnostic de cancer. Marty semblait lui enchaîner dans une continuité fataliste : dépression de l'enfance – dépression latente – perte d'objet à l'âge adulte. Or le désespoir qui accable les sujets semble d'autant plus grand qu'ils sont passés par une période heureuse à laquelle ils aspiraient tant - sans croire pourtant qu'ils la méritaient vraiment - et que celle-ci leur semble définitivement perdue. La perte est donc accentuée par le fait que ce qu'on perd est ce qui était réparateur par rapport à un manque antérieur et que le sentiment de manque revient accru. Il est possible que, dans son enfance, le sujet ne se soit pas vraiment rendu compte de son manque ou qu'il n'ait pas voulu le percevoir alors qu'il était encore totalement dépendant de ceux qui créaient pourtant ce manque mais le fait d'avoir connu un certain sentiment de plénitude par la suite lui fait percevoir avec plus d'acuité les manques de son enfance, ce qui accroît son désespoir. C'est ce qu'on appelle les trois temps de l'après-coup, dont parlait si bien Freud à propos de la prise de

conscience par une jeune fille du caractère sexuel d'une situation jusque-là interprétée innocemment.

Marty fait bien référence à la perte qui renvoie d'une certaine manière à une perte antérieure puisque le sujet ne peut y faire face en faisant appel à d'autres relations qu'il aurait intériorisées. Mais il n'évoque nullement l'idée d'une période heureuse de la vie qui se verrait soudain brisée. Il dit cependant le caractère en général ranimant des relations et qu'un sujet n'ayant pas intériorisés des objets n'en parvient pas moins à aller bien sous conditions fastes, c'est-à-dire quand il est entouré de relations satisfaisantes pour lui.

Pour Marty aussi bien que pour Leshan, le relationnel a une importance fondamentale et c'est quand celui-ci se brise que la maladie se déclare. La mentalisation, au fond, ne semble être qu'une conséquence positive de ce relationnel et elle aurait peut-être dû être placée plus visiblement dans la dépendance de ce relationnel car elle en dérive. L'accent mis sur le psychisme individuel a donné une importance à la mentalisation que ne lui aurait pas donnée une théorie plus centrée sur les aspects relationnels de l'existence.

II. Bahnson

Claus Bahne Bahnson est psychiatre et professeur de psychiatrie à Philadelphie en Pennsylvanie (Etats-Unis). J'ai eu vent de ses recherches sur l'histoire de vie et la personnalité des patients souffrant du cancer par le livre de Patrice Guex (1989, *Psychologie et cancer*, p.15, Lausanne, Payot), faisant partie du portefeuille de lectures proposées par P. Janne dans son cours de « Psychologie de la Santé » que je me suis procuré. Le manque de précisions quand à la façon dont Bahnson avait créé sa propre théorie m'a incité à rechercher un article ou un livre qu'il aurait écrit lui-même. J'ai pu faire venir de l'Université de Liège deux articles écrits par Bahnson en 1980 (vol. 21, n°12, p.975-981) et 1981 (vol. 22, n°3, p.207-220), dans la revue *Psychosomatics*, et intitulés : « Stress and cancer : the state of the art. Part I & Part II ». Il est très intéressant de voir ce qu'il s'est écrit il y a 25 ans sur la relation entre histoire de vie, style de personnalité et cancer. Les résultats de Bahnson recoupent fortement ceux recueillis par Leshan.

Parcourant la littérature sur les relations entre « stress et cancer » jusqu'en 1979, Bahnson explore le rôle de la dépression et des conditions familiales précoces sur la genèse du cancer. Il évoque les recherches – dont celles de LeShan - qui ont mis en avant l'hypothèse de « perte-dépression » (*the loss-depression hypothesis*) comme facteur de risque majeur dans le développement d'un cancer. Il s'agit de la perte ou de l'interruption – avec des sentiments concomitants de dépression, d'impuissance et de désespoir, de résignation passive – d'une relation significative avec une personne ou d'un objectif existentiel majeur, comme antécédent au développement du cancer. Bahnson explique que ses propres recherches cliniques thérapeutiques l'ont mené à une extension de l'hypothèse de perte-dépression dans une tentative de comprendre pourquoi une perte pouvait être plus traumatique et cruciale chez les patients cancéreux que chez les autres. Il estime que cette perte traumatique à l'âge adulte a des effets dévastateurs parce qu'elle s'inscrit dans une biographie particulière. En effet, en tant qu'enfant, le patient a fait l'expérience de déceptions, de pertes et désespoirs dans la relation à ses parents. Il a manqué de parents protecteurs et aimants et s'est senti seul et désespéré. La relation à la mère semble être marquée par une grande ambivalence et de la rage, elle a été particulièrement conflictuelle et insatisfaisante. Bahnson estime que la séparation de l'adolescent de ses parents est perçue comme une perte sévère contre laquelle il se bat dans ses années d'adulte en essayant d'établir une relation émotionnelle avec une compagne ou un compagnon ou à travers un investissement substitutif intensif dans le travail ou dans une activité créative. Il s'agit souvent d'une tâche difficile car la méfiance et l'hostilité apprises par l'enfant sont transférées au partenaire adulte ou à la situation de vie. Quand cette relation ou cet investissement si précairement établi(e) se rompt, le désespoir

original de l'enfant privé et dans un intense désir (« *deprived and longing child* ») réémerge, renvoyant l'individu à ses propres ressources face à cette insulte renouvelée de l'environnement. De telles personnes se retrouvent avec peu d'espoir qu'aucune chaleur ou aucun réconfort puisse être obtenu des autres. Le patient se tourne vers lui-même et abandonne tout effort pour interagir émotionnellement avec d'autres personnes mais, probablement à cause du nombre d'années où il a toléré une réalité insatisfaisante, maintient une relation réelle et conforme avec ceux qui l'entourent. On ne remarque rien sinon un émoussement émotionnel typique et une certain repli sur soi. Bahnson a également mené une recherche qui portait sur la perception par les patients cancéreux de leurs propres parents en comparaison à des patients souffrant de troubles cardiaques et des personnes normales en administrant le « Roe-Siegelman Parent Child Relationship Questionnaire ». Il a trouvé que les patients cancéreux se souvenaient de leur parents comme plus négligents et froids que les autres patient ou les sujets contrôles normaux. Les parents sont moins aimants, protecteurs et encourageants, plus rigides que les parents dépeints par les sujets-contrôles. Ces résultats, écrit Bahnson, donnent appui à l'affirmation selon laquelle **la perte qui précède l'exacerbation ou la manifestation clinique du cancer doit être accompagnée d'une histoire infantile marquée par le manque affectif afin que la séparation puisse être considérée comme prédictive du cancer.**

La maîtrise intérieure des patients cancéreux, autant que leur solitude, leur rigidité et leur penchant dépressif doit résulter de leur isolation et affects inhibés durant l'enfance. Ce sont des séquelles d'un schéma de famille centrifuge, où l'individuation précoce, l'isolation mutuelle et la distance les uns vis-à-vis des autres sont la règle ; l'enfant ne peut ni exprimer ni décharger ses affects et ne peut pas partager ses expériences avec ses parents et frères et sœurs. Il doit apprendre à se maîtriser précocement et réprimer ses sentiments difficiles. L'enfant s'appuie donc sur la répression de ses affects et développe un affect dépressif dû aux frustrations chroniques. Ainsi, dans les familles de patients cancéreux, l'accent n'est pas mis sur l'affiliation sociale, l'adaptation ou le succès mais sur la maîtrise personnelle et le contrôle. Les personnes à risque cancéreux se tourne vers leurs ressources intérieures et préfèrent l'accomplissement personnel à l'affiliation sociale. Bahnson rapporte une étude de Thomas et al. (1974, 1979) dans laquelle ce dernier cherche les prédicteurs de suicide, maladie mentale, hypertension, affection cardiaque et cancer dans une cohorte de 1337 étudiants en médecine. Les patients cancéreux révélèrent les scores les plus bas sur une échelle de proximité avec les parents, tout comme les patients souffrant de maladie mentale. Les patients cancéreux étaient parmi les plus privés affectivement dans le rapport à leur mère. Bahnson rapporte ensuite les études montrant qu'une humeur dépressive est présente plusieurs années avant le diagnostic clinique de cancer. Notamment une étude prédictive du cancer de Bieliauskas et al. (1979), basée sur les résultats de MMPI récoltés 17

ans auparavant sur 2107 sujets dans l'étude de santé Western Electric, a montré que sur les 83 personnes mortes du cancer sur ce temps une association significative existait entre leur taux élevé de dépression 17 ans auparavant et le développement ultérieur d'un cancer. L'aspect particulier de la dépression qui contribuait le plus au développement du cancer était une expression végétative de celle-ci, c'est-à-dire des indicateurs somatiques observables de dépression plutôt qu'une tristesse auto-rapportée. Je fais remarquer que cette dernière indication se trouve en concordance avec les théories de Marty sur la dépression essentielle, non nécessairement perçue par le sujet.

Dans une deuxième partie de son propos (1981), Bahnson se penche plutôt sur la personnalité spécifique et les caractérisés défensives du Moi des patients cancéreux. Il rapporte des études démontrant surtout la répression émotionnelle des patients cancéreux. Certaines études suggèrent que les patients cancéreux dont la maladie se développe plus vite sont plus défensifs et se montrent plus contrôlants que les patients dont la maladie se développe plus lentement. D'autres études ont montrés une incapacité à décharger de façon appropriée des sentiments de colère, d'agressivité, d'hostilité qui, au contraire, se trouvent masqués par une façade plaisante. Souvent, le patient est ouvertement une « bonne » personne. Les propres études de l'équipe de Bahnson basées sur des tests de Rorschach, de TAT, des listes d'adjectifs qualifiant l'humeur et des interviews ont montré qu'en comparaison avec des patients souffrant d'autres maladies ou des personnes en bonne santé, les patients cancéreux avaient perdu la conscience de leurs propres besoins et souhaits cachés et présentaient une attitude interpersonnelle plaisante et réaliste, même s'il semblaient vivre une vie morne. Bahnson met à nouveau cette incapacité d'expression affective des patients cancéreux sur le compte d'une enfance vécue auprès de parents non impliqués, froids, non participants à leur vie émotionnelle précoce et les privant d'une expérience de relation objectale stable. Bahnson estime donc que ce n'est pas seulement la perte et la dépression seuls qui interviennent dans le déclenchement du cancer mais la combinaison de ces événements de vie douloureux avec un style défensif particulier marqué par la répression des affects. Ce style et cette sensibilité à la perte d'objet sont déterminés par les expériences de vie précoces. Les conditions de stress et d'adaptation à long terme, enracinées loin dans l'histoire de vie, sont aussi importantes dans la prédisposition d'une personne au cancer que les stress récents de courts termes qui ne peuvent être décrits sans la référence à une histoire de vie particulière. Il s'agit bien là du travail que je réalise moi-même à travers ma thèse où il s'agit de se pencher sur l'histoire de vie entière des personnes rencontrées.

Enfin, Bahnson suggère trois processus psychosomatiques par lequel la personnalité et la dépression pourraient rendre vulnérable au cancer : aspects neurologiques, endocrinologiques et immunologiques et évoquent les études s'y rapportant. Il termine sur le besoin pressant d'études ultérieures pour

différencier et clarifier les relations entre événements de vie, réactions émotionnelles, défenses du Moi et les processus physiologiques qui font la médiation entre nos expériences de vie et les variables pertinentes dans le cancer.

Pour terminer, voici comment Guex (1989, p.15) décrit le « fonctionnement type du cancéreux » décrit par Bahnson en 1980 : « Certains patients ont de mauvais souvenirs de leur enfance, avec l'impression d'avoir manqué d'affection, et surtout de n'avoir jamais pu exprimer des désirs et des sentiments face à des parents froids et distants. En effet, dans un tel contexte, exprimer ce que l'on ressent expose (réellement, ou du moins en ce qui concerne les craintes) à des menaces d'abandon et de rupture. Apparemment, la seule manière de conserver un cadre protecteur est de forcer l'affection, en exerçant un strict contrôle sur soi-même (soit être précocement raisonnable) et en se soumettant rigide aux normes sociales (c'est-à-dire, au départ, à la loi supposée des parents). Un tel enfant ne peut maintenir une relation harmonieuse avec ses parents qu'au prix d'un gros effort, en assumant prématurément des tâches trop lourdes, ce qui va de pair avec un sentiment d'insuffisance important. C'est un des mécanismes de base de la dépendance. À l'adolescence, l'émancipation est perçue comme une déprivation trop douloureuse, que l'on tentera de surmonter en établissant des liens fusionnels avec un objet idéalisé ou en s'engageant de toutes ses forces dans une activité intense (conflit entre l'idéal du Moi et la réalité). Un nouveau traumatisme affectif à l'âge adulte, s'il s'inscrit dans une telle histoire, ne peut être alors que dévastateur. L'individu, qui a appris à se méfier de ses parents et à contrôler son hostilité envers eux, reporte ces sentiments sur son partenaire. Quand il y a rupture, le désespoir de la petite enfance, jusque-là bien camouflé, ressort, réactivant toutes les blessures. Un deuil, un divorce peuvent précéder l'apparition du cancer de quelques années. Le patient, qui a déjà surmonté plus ou moins de graves difficultés psychologiques depuis l'adolescence, n'est pas armé pour faire face à cette nouvelle agression. Il se replie sur lui-même et s'isole des autres gens. C'est une rupture qui entraîne une régression psychique à des modes de fonctionnement archaïque. À la place d'exprimer sa souffrance, son désarroi, sa tristesse ou son drame, le patient réprime ses émotions comme il a appris à le faire jeune. Il tente de tout surmonter stoïquement, la tête haute, en ne comptant dorénavant que sur ses propres forces. C'est l'exacerbation d'une certaine pathologie de la relation, où l'individu n'attend aucune aide des autres. Il donnera le change en se montrant suradapté et aimable ».

Parallélisme des théories de Leshan et Bahnson

Le modèle de Bahnson recoupe fortement celui de Leshan. On y retrouve à nouveau quatre phases de l'existence : enfance solitaire et non expression des

besoins face à des parents distants et froids, adolescence ou âge adulte marqué par l'investissement intense dans une relation ou une activité idéalisée, perte de cette relation, non-expression du désespoir y attendant et développement d'un cancer. Le modèle de Bahnson m'étonne juste dans la dimension d'une adolescence vécue difficilement du fait de la séparation des figures parentales ; il décrit pourtant bien que cette séparation et cette distance sont vécues depuis un âge précoce et n'ont rien de neuf. L'adolescent étant plus capable de se débrouiller et de réfléchir par lui-même qu'un enfant, il me semble plutôt que la séparation des parents et la projection vers une vie future éloignée d'eux, en créant une relation affective avec d'autres personnes ou en investissant une profession ou une activité créative, est plus soulageante que désespérante : l'adolescent va enfin pouvoir s'éloigner de la source de ses difficultés.

Il est temps de mettre la théorie de Marty et celles de Leshan et Bahnson à l'épreuve des récits de vie des sujets que nous avons rencontrés et tenter de voir ce qui, dans leurs dires, peut être ou ne pas être subsumé par leurs théories. C'est que nous allons faire avec le premier cas de cette thèse, le cas « Daniel ». Auparavant, il est cependant nécessaire de faire un petit détour par la présentation de la méthodologie de la recherche empirique et quelques réflexions épistémologiques à ce propos.

Bibliographie

Bahnson, C. (1980), Stress and cancer : the state of the art. Part I, in *Psychosomatics*, 21-12, p.975-981.

Bahnson, C. (1980), Stress and cancer : the state of the art. Part II, in *Psychosomatics*, 22, n°3, p.207-220.

Guex, P. (1989), *Psychologie et cancer*, Lausanne, Payot.

Leshan, L. (1982), *Vous pouvez lutter pour votre vie : les facteurs psychiques dans l'origine du cancer*, Paris, Robert Laffont. (Ed. Originale, 1977).

.