

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIERES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
DANIEL R. HUARD

INTENSITÉ DES RÉACTIONS AU DEUIL CHEZ
L'ADULTE AYANT PERDU UN PARENT SELON
UN MODE SOUDAIN OU ANTICIPÉ

AOÛT 1989

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Sommaire	iv
Introduction	1
Chapitre premier - Le deuil: Contexte théorique	5
I - La conception du deuil	6
A - Définitions générales	6
B - Le deuil comme processus et résolution	9
II - Modèle théorique du deuil	17
A - L'approche psychodynamique	17
B - L'approche développementale	19
C - Synthèse sur les réactions au deuil	23
D - Effets de la relation parent - enfant	26
E - Effets du sexe	29
F - Effets des différents modes de la perte	31
1) Deuil soudain	33
2) Deuil anticipé	36
Etat de la problématique	44
Hypothèses de recherche	45
Chapitre II - Méthodologie	46
A - Echantillon et expérimentation	47
B - Instrumentation	50
C - Fidélité et validité du GEI	54

Chapitre III - Résultats	56
I - Résultats aux échelles du GEI	57
II - Vérification des hypothèses	66
Chapitre IV - Discussion des résultats	71
I - Limites du schème	72
A - Population	72
B - Instrumentation	73
C - Procédure	74
II - Aspects théoriques et perspectives futures	75
Appendice A - Lettre d'introduction	78
Appendice B - Prédipositions individuelles de Parkes (1975)	80
Appendice C - Instruments de mesure	82
Appendice D - Fidélité et validité du GEI	92
Remerciements	96
Références	97

Sommaire

Cette étude s'intéresse aux effets de la perte d'un parent chez l'adulte. Pour ce faire, nous utilisons 63 participants volontaires qui ont perdu un parent, leur père ou leur mère, dans les 16 derniers mois. Nous mesurons l'intensité réactionnelle des endeuillés et nous distinguons en deux modalités, à savoir ceux qui vivent un deuil soudain et ceux qui vivent un deuil anticipé. Nous comparons ces deux groupes (N=25, N=38) sur une mesure d'intensité réactionnelle liée à une perte et à partir d'un questionnaire démographique.

La mesure d'intensité réactionnelle, le Grief Experience Inventory, développée par Sanders, Mauger et Strong (1977), comporte 12 échelles et comporte 135 items traduits pour cette recherche et qui sont cotées par les endeuillés. Un second instrument consiste en un questionnaire démographique qui mesure, entre autres, la proximité (de modérée à extrêmement proche) de l'endeuillé envers le défunt.

Les résultats obtenus confirment partiellement nos hypothèses qui prédisent que les endeuillés qui vivent un deuil soudain ont une plus grande intensité réactionnelle que les sujets qui vivent un deuil anticipé. De plus, l'intensité des réactions à la perte de la mère est significativement plus élevée pour une perte soudaine. Les résultats non significatifs sont expliqués à partir de problèmes de méthodologie. Des suggestions sont présentées pour des recherches futures.

Introduction

La perte d'un parent lorsqu'on est adulte n'a rien d'exceptionnel, c'est un phénomène qui entre dans l'ordre naturel de la vie. Cette perte n'a également rien de l'intensité retrouvée à la perte d'un conjoint, d'un parent pour le jeune enfant, ou encore à celle de son propre enfant.

La signification de la perte d'un parent dans notre société occidentale est souvent largement interne et symbolique. Il y a habituellement peu d'interruption des activités sociales et économiques puisque l'adulte est intégré aux rouages d'une activité productive où les responsabilités journalières (travail, enfants, époux...) ont tôt fait de l'engloutir (Malinak et al., 1979).

Et pourtant, la mort d'un parent marque la fin d'une des plus vieilles relations d'un individu. De plus, la confrontation avec la mort et la solitude peuvent catapulter l'adulte dans une période de recherche profonde (soul-searching) et dans une crise existentielle (Malinak et al., 1979). Même si l'adulte-enfant a l'avantage de l'expérience et de la maturité pour faire face à la mort de ses parents, et même si la perte d'un parent est moins traumatisante pour l'adulte puisqu'il n'est plus dépendant matériellement et moins dépendant émotionnellement, une telle perte demeure un événement crucial dans le cycle de vie de l'adulte qui se retrouve soudainement "orphelin" et le prochain sur la liste des générations à mourir (Angel, 1987; Blauner, 1966; Horowitz et al., 1981; Kaltreider et Mendelson, 1985; Moss et Moss, 1983; Myers, 1986; Schoenberg et al., 1974).

Selon Horowitz et al. (1981) la perte d'un parent est "un événement sérieux menant à une détresse symptomatique" et l'expérience du deuil implique une large étendue de réactions physiologiques et psychologiques. Pour Moss et Moss (1983), il semble perdurer un lien bio-social entre le parent et l'adulte-enfant à travers le temps et même si le processus normal de développement amène une diminution du lien, celui-ci demeure le prototype de l'attachement : "Le parent est mort, l'interaction a pris fin et le lien persiste toujours" (p. 72).

La réponse d'un adulte à la perte d'un parent rejoint des thèmes aussi importants que le niveau développemental, la formation de l'identité et les changements de rôles (Kaltreider et Mendelson, 1985). Parkes (1972) définit des éléments déterminants du deuil et selon lui la nature de la mort -soudaine ou anticipée- peut affecter les réactions et l'intensité des réactions suite à une perte significative. La littérature fait souvent mention du fait que la mort soudaine est plus traumatisante pour les survivants que la mort anticipée (Osterweis et al., 1984). En ce sens, l'individu plongé dans un deuil anticipé atteindrait le maximum de son deuil avant même que celui-ci soit concrétisé. Ainsi, le deuil anticipé semble plus facilement résolu puisqu'il commence plus tôt, quoique l'effet général d'une perte reste toujours le même quelque soit la nature de la mort.

Des conclusions différentes sont présentées par plusieurs auteurs dans la littérature scientifique. Ainsi Sanders (1977) n'obtient aucune évidence pour soutenir l'hypothèse que le temps de maladie avant la mort diminue ou modifie la réaction au deuil.

Le type de deuil le plus commun à l'âge adulte est celui d'un parent. Et en dépit de la fréquence et de l'universalité de l'événement, peu de recherches ont été faites dans ce domaine. Cette étude cherchera donc à éclairer le processus d'un deuil normal chez l'adulte afin de distinguer les différences potentielles entre les réactions suite à un deuil soudain et les réactions suite à un deuil anticipé d'un parent. L'intensité des réactions au deuil, mesurée selon plusieurs échelles, sera également mise en relation avec le sexe de l'endeuillé, le sexe du défunt et la proximité affective de la relation parent/ enfant-adulte.

Quatre chapitres seront élaborés. Le premier chapitre présente les différents points de vue apportés par plusieurs théoriciens sur la conception du deuil ainsi que les recherches effectuées sur l'intensité réactionnelle et le mode de la perte. Le second chapitre porte sur le déroulement de l'expérimentation. Il présente l'échantillon des sujets choisis et une description des questionnaires employés, avec leur validité et leur fidélité. Le troisième chapitre donne les résultats de l'expérimentation et démontre la vérification des hypothèses. Finalement, le dernier chapitre présente les limites du schème expérimental ainsi qu'une discussion concernant les aspects théoriques et les perspectives futures.

Chapitre premier

Le deuil : contexte théorique

Ce chapitre présente d'abord le concept de deuil en insistant sur les dimensions de processus et de résolution. Ensuite, la considération de deux modèles théoriques permet de mettre l'emphase particulièrement sur l'approche développementale. Enfin, les différentes variables étudiées sont définies et développées.

I - La conception du deuil

Du latin dolere, douleur, le deuil est un phénomène complexe, à la fois individuel et social touchant tant le corps que l'esprit. La première partie de ce chapitre veut tracer un portrait global de cette situation de crise existentielle qu'est le deuil.

A - Définitions générales

Comparativement à notre langue, l'anglais définit le phénomène de deuil par trois termes qui nous aident à distinguer les différents facteurs caractéristiques du deuil, il s'agit de 1) "bereavement", un mot qui vient de la même racine que le mot "vol" (rob), désignant l'état d'avoir souffert une perte, et c'est la perception qu'on les survivants de l'événement, puis 2) "grief", qui est le processus de réactions psychologiques, sociales et somatiques consécutives à une perte, considérant particulièrement les réponses émotionnelles (tristesse, colère, hostilité...) et finalement

3) "mourning" qui représente la réponse culturelle et sociale de l'individu face à une perte (Myers, 1986; Rando, 1984; Bowlby, 1980; Jackson, 1979).¹

Freud soutient en 1915 que le deuil représente l'écroulement du déni de la mort (Schulz, 1978). Il définit le deuil dans son article de 1917 "Mourning and Melancholia" comme étant:

Un découragement profond et douloureux, une perte d'intérêt pour le monde extérieur - en autant qu'il ne rappelle pas le défunt- une perte dans la capacité d'adopter tout autre objet d'amour, ce qui signifie le remplacement du défunt et un évitement de toutes pensées qui ne sont pas reliées au défunt ... (p. 125), le monde devient vide et pauvre... (p.127).

Selon la pensée freudienne, un deuil évoque la perte d'un être cher et la perte d'une partie importante de soi qui est investie dans l'autre, le défunt. Ces pertes douloureuses occasionnent une réaction intense de séparation chez l'endeuillé et, pour sa protection, un mécanisme de défense prend place. Il s'agit, selon Fenichel (1935), de l'atténuation d'un affect auto-destructeur qui est retardé - il est facile de faire ici un parallèle avec le déni- et réparti à travers le temps pour intégrer peu à peu le sens de cette perte. Cette déchirure vécue lors de la perte d'un être cher représente le coût de l'implication émotionnelle (commitment) que doit payer l'endeuillé par l'affliction (Raphael, 1982).

¹ Dans ce texte le mot deuil désigne généralement la réponse émotionnelle à la perte et se rapproche du sens donné au mot anglais "grief".

Le deuil apparaît comme une réponse curative, normale et universelle lorsqu'un lien d'amour est rompu et que la résistance physiologique et psychologique au stress est affaiblie (Averill, 1968; Deutsch, 1982; Osterweis, 1984; Parkes, 1972). C'est un processus normal d'angoisse qu'il faut vivre (Delisle-Lapierre, 1984), processus qui est ultimement propre à chaque individu (Malinak et al., 1979).

Pourtant il serait difficile de ne pas considérer aussi l'aspect social du deuil pour en capter tout l'impact. Ainsi, le deuil est une expérience personnelle et sociale. Sociale parce qu'elle implique des relations humaines qui s'inscrivent dans des normes culturelles (Jackson, 1979).

Ainsi Durkheim (1915) note que l'expression du deuil ne représente pas le mouvement naturel d'émotions touchées par une perte cruelle mais plutôt la réponse à une tâche imposée par la communauté. Et selon Peretz (1970) "l'état de deuil est le résultat d'une interaction entre des caractéristiques personnelles de l'endeuillé, le type de relation qui existait entre lui et le défunt, et les forces sociales qui peuvent supporter certains états de deuil et en décourager d'autres". C'est un type de transition psycho-sociale où l'endeuillé doit cesser d'inclure le défunt dans ses projets, ses pensées et ses conversations (Parkes, 1971; Weiss, 1976). Ce processus d'apprentissage est inévitablement douloureux et il prend du temps.

Ces diverses descriptions permettent de considérer le deuil dans une perspective bio-psycho-sociale puisqu'il faut examiner l'interaction entre une multitude de facteurs pour arriver à tracer un portrait global d'un phénomène à la fois

universel et individuel. Comme nous le verrons plus loin, plusieurs théories tentent d'ailleurs d'en expliquer le fonctionnement réactionnel chez l'individu. Mais auparavant, il faut aborder la question de deuil comme processus qui implique une résolution dans le temps.

B - Le deuil comme processus et résolution

D'après Sanders (1977) il semble exister deux catégories de théories sur le deuil, l'une orientée sur un processus (Bowlby, 1961; Freud, 1917; Parkes, 1972) et l'autre orientée sur la maladie (Engel, 1961; Lindemann, 1944; Peretz, 1971). Le deuil comme processus est présenté comme une procédure complexe demandant beaucoup de temps et qui doit être menée à terme pour permettre le réinvestissement dans un autre objet de relation (Sanders, 1977; Worden, 1982). Ainsi, pour Sanders le deuil serait un phénomène psycho-biologique évoluant à travers le temps. Par contre le deuil, considéré comme maladie, intéresse les auteurs qui ont tenté d'en relever les symptômes physiologiques et psychologiques. Par exemple, Engel (1961) voyait le deuil pareil à une blessure dont la plaie doit être guérie et cicatrisée.

Parkes (1972) utilise des données empiriques auprès d'adultes pour définir le deuil comme étant semblable à une blessure physique, mais différent de la maladie et s'orientant plutôt sur un continuum psycho-biologique. Pour lui, la réaction au deuil se rapproche de celle de l'animal qui doit réagir par un comportement de combat ou de fuite (fight/flight), principe développé par Cannon (1929), impliquant un ensemble de réactions physiologiques. Le deuil n'est donc pas une série d'étapes approximatives mais bien une succession de portraits cliniques impliquant des prédispositions

individuelles (voir le tableau des prédispositions ("determinants") en appendice A). Aussi, selon Bugen (1977), il n'y a pas de processus de deuil subdivisé en étapes, comme pour Kübler-Ross, mais bien "une variété d'états émotionnels" qui n'ont pas à être ordonnés. Cependant, la notion de processus semble adéquate puisqu'elle englobe et dépasse la notion de maladie. Ainsi, la symptomatologie relevant de la maladie est considérée dans la notion de processus et cette approche globalisante permet de s'arrêter en plus aux différents facteurs qui interagissent sur le vécu de la perte. Il s'agit des prédispositions bio-psycho-sociales et culturelles qui permettent de comprendre et d'expliquer les réactions au deuil de façon globale, de par la nature même de chacune de ces prédispositions.

Ces deux catégories permettent une grande variété de réactions possibles lors d'une perte significative. Malgré cette dualité - processus *ou* maladie - et le fait que chacune de ces catégories ait vraisemblablement un rôle à jouer dans la compréhension du deuil, notre étude psychologique s'est arrêtée d'une façon plus précise aux différents moments expérientiels du deuil (i.e. le vécu avec la considération de l'état émotionnel) selon la notion de processus plutôt qu'à la perspective clinique découlant ni plus ni moins de la symptomatologie. Même s'il arrive que des adultes vivent un deuil pathologique (de dépression, de délai, de momification...) celui-ci ne sera pas considéré dans cette étude. Seul le processus d'un deuil normal sera pris en considération pour faciliter la compréhension du vécu de l'endeuillé.

Si le deuil est défini comme une manière d'être, il apparaît important de décrire les étapes de cette situation de crise pour observer comment se vit la perte et par quelles séquences se trouve à passer l'endeuillé pour résoudre son deuil.

A partir de la description d'un processus de deuil, depuis les observations de Freud (1917) dans son étude "Mourning and Melancholia" qui présentait les caractéristiques de l'endeuillé, il a été possible d'établir la séquence du processus et de développer une méthodologie pour opérationnaliser un tel concept.

Par la suite, avec ou sans l'influence freudienne, une multitude d'auteurs ont tenté d'élaborer la compréhension du deuil. Cette élaboration se trouve à être, en fait, différents temps du processus de deuil qui sont arrêtés, figés, permettant d'en saisir le déroulement. La majorité ont défini ce processus en phases, i.e. en déterminant les changements successifs du cheminement de l'individu (Bowlby, 1980; Engel, 1961; Parkes, 1965); d'autres l'ont défini en étapes, soit en établissant les états intermédiaires de chacune des divisions de ce cheminement (Kübler-Ross, 1975; Lindemann, 1944). Et un autre, plus interventionniste, l'a défini en tâches, soit par le travail actif à exécuter pour résoudre cette période de crise (Worden, 1982). Le tableau 1 présente une synthèse des différentes étapes du deuil selon plusieurs auteurs.

Ces différents temps du deuil et l'ensemble des facteurs bio-psycho-sociaux qui caractérisent l'état de l'endeuillé à un moment donné, se présentent ainsi:

dans un premier temps, l'endeuillé qui perd un être cher se trouve dans une période de stress intense caractérisée par le choc et le refus de la réalité de la perte. Ce temps généralement court, de quelques heures à quelques jours, dénote un engourdissement général où l'individu peut vivre de la confusion et avoir le sentiment d'un mauvais rêve. Vient aussi une certaine agitation où certains sentiments de colère ou de détresse s'expriment.

Tableau 1
Le processus normal du deuil

Auteurs	Type de processus	I	II	III	IV	V
Freud (1917)	Caractéristiques	Anxiété de séparation Répression des émotions Inhibition de l'activité	Hypercatharsis Perte d'intérêt	----->	----->	Libération du temps et de l'énergie reliés au défunt
Lindemann (1944-45)	Etapes	Choc initial	Effet intense de la tristesse	Retrait de l'environnement	Protestation	Résolution graduelle
Engel (1961,2,7)	Phases	Choc et refus	conscience de la douleur de la perte	----->	----->	Résolution
Parkes (1965,1981)	Phases	Recherche du défunt Agitation, refus	Langueur: tristesse, colère, culpabilité, souvenirs	----->	----->	Retour d'intérêt dans le monde et dans le futur
Davidson (1975)	Phases	Engourdissement	Désir, recherche du défunt (active) Désespoir (active)	Désorganisation	----->	Réorganisation (active)
Kubler-Ross (1975)	Etapes	Choc, déni	Colère, émotions	Marchandage conscience graduelle	Dépression Conscience de soi et contact avec autrui	Acceptation Augmentation de l'autonomie
Temes (1977)	Phases	Engourdissement Fonctionnement mécanique	Désorganisation Sentiments douloureux	----->	----->	Réorganisation Baisse de l'intensité

Le processus normal du deuil (suite)

Auteurs	Type de processus	I	II	III	IV	V
Corazzini (1970)	Phases	Stupéfaction Mauvais rêve	Consolidation Pas de retour	Dépression Désespoir	Désengagement envers le défunt	Réintégration, retour graduel d'énergie
Bowlby (1980)	Phases	Engourdissement Détresse, colère	Langueur et recherche	Désorganisation Désespoir	----->	plus ou moins grande réorganisation
Worden (1982)	Tâches	Acceptation de la réalité de la perte	Expérencier la douleur de la perte	----->	S'ajuster à un environnement où le défunt n'est plus	Retirer l'énergie émotionnelle Réinvestissement
Delisle-Lapierre (1984)	Phases	Critique: stupeur, choc, émotions solitude, culpabilité	Cruciale: Brisure de liens, non-retour,	----->	----->	Créatrice: nouveaux modes de vie, énergie latente canalisée
Lee Ann Hoff (1984)	Phases	Acceptation de la douleur de la perte	Expression ouverte de la douleur	----->	Comprendre que les émotions sont normales	Reprise éventuelle des activités et des relations sociales

Dans un deuxième temps, la conscience grandissante de la douleur de la perte amène souvent l'individu à entretenir le désir d'un retour possible du défunt, ce qui le porte à le rechercher, malgré sa conscience de cette pensée irrationnelle. L'individu se trouve bientôt face à une langueur où un large spectre d'émotions l'envahit (culpabilité, colère, tristesse, hostilité...).

Un troisième temps présente un individu désorganisé, désespéré qui, souvent, se retire de l'environnement et n'a d'énergie que pour ses ruminations reliées au défunt.

Un quatrième temps demande à l'endeuillé de se désengager, de se désinvestir de ce qui l'attachait au défunt. Et il peut avoir l'impression de trahir cet être cher s'il s'arrête d'être accablé. Pourtant une conscience de soi renouvelée et des contacts avec autrui lui permettront de se diriger vers une résolution.

Le dernier temps consiste en une résolution graduelle, allant de quelques mois à quelques années. L'endeuillé se réorganise affectivement et socialement en réinvestissant l'énergie émotionnelle qui était centrée sur la perte vers de nouveaux modes de vie qui permettent de spiritualiser et intégrer ce qui le liait au défunt pour ainsi continuer de vivre.

Il est important de ne pas oublier que tous ces "temps" (phases, étapes, tâches) ne sont représentatifs que de moments arrêtés et qu'ils peuvent se présenter et se

représenter à nouveau dans le déroulement du processus d'un individu. Au delà de ce continuum il est essentiel de considérer comment l'endeuillé pourra résoudre son deuil. En voici un aperçu.

L'atténuation et la résolution du deuil se fait à travers le choc, le déni, les rêves, les rituels, les proches ou l'évitement des proches et des pensées reliées au défunt, les oublis sélectifs et ... le temps (Parkes, 1972). Bowlby (1980) note que "comme la guérison d'une plaie, un deuil réussi implique une séquence ordonnée et un intervalle irréductible de temps". Le deuil est résolu chez l'adulte lorsque celui-ci a assimilé son passé avec son parent et lorsqu'il le considère comme un héritage psychologique.

Trois aspects du support social semblent modifier les effets d'une perte et faciliteraient la résolution du deuil soit, 1) le renforcement de l'estime de soi et le sentiment d'être aimé, 2) l'établissement d'un réseau de support et 3) la procuration de ressources pour faire face aux transitions de la vie (Osterweis et al., 1984).

Le rétablissement est atteint lorsque l'individu ne démontre plus de symptômes et lorsque sa capacité de faire face à ses émotions et à son environnement n'est plus réduite (Peretz, 1970).

"Le développement optimal du processus de deuil mène à la formation de nouveaux liens sociaux" (Tobach, 1970, p. 132).

Nous allons maintenant examiner deux modèles théoriques qui utilisent cette conception de deuil comme processus. Puis, choisissant un de ces modèles, nous présenteront les différentes variables impliquées dans le processus de deuil.

II - Modèle théorique du deuil

A - Approche psychodynamique

Freud était parmi les premiers à définir le processus de deuil et il semble central à sa théorie que pour résoudre son deuil, l'endeuillé se devait de retirer une quantité fixe d'énergie de l'objet perdu, suivant la notion de catharsis, pour lui permettre de se réinvestir à nouveau dans un autre objet d'amour. Notons que la relation objectale réfère aux relations entre un individu et les choses de son environnement dans lequel il investit une signification émotionnelle (Peretz, 1970). "Toutefois, qu'importe ce qui remplacera le vide créé par la perte, ce ne sera toujours que quelque chose d'autre..." (Freud, 1914).

L'objet d'amour continue donc à exister dans la pensée de l'endeuillé et le mécanisme d'identification au défunt - central à la théorie de Freud - permet d'internaliser (to internalize) et de préserver l'être cher (Pollack, 1961). Fenichel (1945) considère ce processus d'identification comme étant d'abord une introjection où le défunt devient pratiquement un alter-égo et où le triomphe de la mort semble accompli par cette conservation de l'autre en soi. Cette défense permet de retrouver un équilibre et d'apporter des changements constructifs au niveau du moi et du surmoi (Jacobson, 1957) et également, selon Loewald (1962), ce mécanisme passerait de la

défense à une étape constructive qui servirait de but dans l'actualisation de l'endeuillé.

Switzer (1970), un freudien, fait un lien entre le deuil et l'anxiété et affirme que c'est la séparation émotionnelle de la personne significative qui menace le moi et qui est expérimentée comme étant de l'anxiété. Il ne faut pas oublier que Freud reliait toute forme d'anxiété à la peur de la mort. La séparation représente une occasion pour la libido de s'accumuler et c'est cette énergie interne qui se décharge en anxiété. Celle-ci, dit-il, est donc la peur de la séparation. Considérant que le soi est fait d'une série d'identifications et d'investissements émotionnels, Switzer conclut que la destruction de la source extérieure est perçue et expérimentée comme étant la destruction d'un aspect important de soi. Ainsi la dynamique centrale de l'expérience interne du deuil est l'anxiété, ce qui n'exclut pas toute la gamme d'émotions retrouvée lors d'une perte.

Jacobson (1967) était l'une des premières à voir le deuil comme un processus adaptatif, en insistant sur la fonction psycho-adaptative de l'expression émotionnelle. La répression d'émotions mènerait selon elle à d'éventuels problèmes ainsi qu'à un excès de douleur. Pollack (1961) considère également le deuil comme un processus adaptatif servant à réintégrer un état d'équilibre entre l'organisme et l'environnement.

Toutefois, le deuil en soi n'est pas qu'un processus d'ajustement et il peut suivre une trajectoire non-appropriée à une saine résolution. En l'occurrence, Sullivan (1956) remarque que les illusions entretenues envers le défunt sont accentuées et

que la continuité fantasmatique de ces illusions serait une barrière à la vie. Aussi, Freud considérait comme pathologiques les sentiments d'ambivalence et la baisse d'estime de soi découlant de ceux-ci, qui sont retrouvés chez l'endeuillé qui n'était pas en paix avec le défunt; ce que Abraham (1924) incluait pour sa part dans un deuil normal.

Comme il a été mentionné plus haut, la psychanalyse traditionnelle met l'accent sur l'aspect cathartique et sur l'identification à l'objet perdu pour définir le processus central du deuil. Considérons maintenant ce processus selon la seconde approche.

B - Approche développementale

Ce qui diffère ici de l'approche psychodynamique - dont l'aspect central est un processus d'identification unitaire et inconscient- c'est que l'approche développementale considère l'identification comme une forme d'apprentissage. "L'identification est donc un processus continu au cours duquel de nouvelles réactions sont acquises en fonction d'expériences directes et indirectes avec les parents et d'autres modèles" (Nilgard, E.R. ; Atkinson, R.L. et Atkinson, R.C., 1980, p. 102).

John Bowlby (1961), quoique psychanalyste, considère les concepts freudiens inadéquats et il tente d'en formuler de nouveaux. Il présente une nouvelle vision, appelée "the New Look", pour expliciter le processus de l'attachement, de la séparation et du deuil. Il se base sur des données éthologiques, recueillies lors d'études sur des singes, puis d'études sur des enfants, pour faire ressortir un système

de réponses instinctuelles et héréditaires qui sous-tendrait les comportements d'attachement. Il considère que les êtres humains auraient la tendance instinctive à développer des liens affectifs puissants ce qui rend une perte pareille à une séparation à contrecœur. Cette séparation peut donner lieu à une certaine détresse émotionnelle et à des troubles de la personnalité.

L'anxiété de séparation est au centre de la théorie de Bowlby et celle-ci est la première réaction observée lorsque l'enfant vit une rupture avec l'objet perdu. Selon Bowlby, tolérer l'anxiété de séparation et vivre son deuil sont des signes d'une personnalité saine qui démontre la capacité d'un attachement profond. Erikson (1963) souligne que la période où l'on apprend à tolérer la séparation de notre mère est une étape critique dans le processus d'apprentissage pour développer la "confiance fondamentale" (basic trust). C'est cette confiance fondamentale sur laquelle l'individu doit s'appuyer pour passer à travers le désespoir de la perte et de l'abandon. Et c'est cette même confiance qui est utilisée pour faire face aux pertes éprouvées dans la vie. Si la confiance fondamentale n'est pas intégrée dans le jeune âge, l'individu éprouvera une intolérance à la séparation.

Cohler et al. (1987) rappellent la formulation donnée par Weiss (1982) pour décrire l'attachement chez l'adulte (ce phénomène d'attachement se rapproche aussi de celui de l'enfant). Soit par 1) le besoin d'être avec la figure d'attachement, spécialement sous stress, 2) l'association de la figure d'attachement au confort et à la sécurité et 3) l'émergence de l'anxiété lorsque des séparations inexplicables surviennent.

Sans de vrais attachements, une autonomie solide ne peut être obtenue (Pincus, 1974). Par exemple, les attachements qui étaient éloignés, anxigènes ou ambivalents prédisposent l'endeuillé à déformer l'information reliée à la perte. Ces distorsions mènent donc l'endeuillé à une résolution difficile (Bowlby, 1980).

Bowlby (1975) compare la réaction de l'adulte qui perd un proche à celle de l'enfant qui perd ou qui est séparé de sa mère. Il note une recherche persistante de l'objet d'amour qui est souvent inondé d'une hostilité sinon du rejet des attentions de ceux qui prennent soins de lui. Ici, l'adulte trouvera difficilement le réconfort, même parmi ses amis les plus proches. Les processus sous-jacents au niveau des réactions seraient similaires entre l'adulte et l'enfant.

Parkes (1971) trouve aussi des réactions de recherche du défunt par l'adulte en remarquant que celui-ci ne peut s'empêcher de poursuivre cette recherche malgré sa conscience de l'aspect irrationnel de cette réaction (par exemple dans une foule, des endroits communément fréquentés...). La recherche remplit l'espace, le vide entre le but et l'objet voulu. Le comportement de recherche apparaît seulement lorsque l'endeuillé fait fi de la réalité d'une perte permanente. L'acceptation de la réalité prend du temps puisque l'endeuillé ne peut changer ses rôles et son contact avec le monde d'un seul coup. Le comportement de recherche est facilitant -lorsque le déni est partiel- dans le processus de résolution même s'il prolonge l'anxiété.

Bowlby insiste sur la fonction des pleurs et de la colère pour que l'enfant puisse récupérer son objet d'amour (1975) et sur les représentations mentales de l'individu, il s'agit ici des biais cognitifs, qui ont été appris dans l'enfance à travers les interactions avec les premières figures d'attachement (1980).

Les pleurs, un premier élément réactif à la séparation, sont le signal d'alarme de l'adulte qui, comme l'enfant, cherche à être localisé par l'objet perdu. La colère, autre élément réactif, a comme fin de s'assurer que la séparation ne se reproduira pas. Dans le deuil normal la colère s'exprime à l'égard d'une cible quelconque (e.g. la personne perdue, soi-même, le médecin...). Cette réponse semble inutile au processus de deuil et pourtant elle est très présente. Cette colère peut être vue comme étant la réponse à une frustration continue présentée par la perte de l'être cher. Bowlby maintient que la colère doit être exprimée et acceptée pour que l'endeuillé puisse procéder à la réorganisation de sa vie.

Enfin, Bowlby (1980) détermine cinq catégories de variables qui affectent le cours du deuil, soit 1) l'identité et le rôle de la personne perdue, 2) l'âge et le sexe de la personne endeuillée, 3) les causes et les circonstances de la perte, 4) les conditions sociales et psychologiques affectant l'endeuillé au moment de, et après la perte, et 5) la personnalité de l'endeuillé et particulièrement sa capacité à établir des relations d'amour et à réagir à des situations de tensions. Ces catégories seront considérées à travers les réactions au deuil que nous examinerons dans la prochaine section.

Tout comme la notion de processus, l'approche développementale s'avère plus intéressante puisqu'elle nous permet de voir les réactions à la perte d'un être cher selon une perspective globale. Plusieurs éléments tels la relation parent-enfant, les différences réactionnelles selon les sexes et l'importance du mode de la perte à travers le temps, permettent d'opérationnaliser cette approche. Il est ainsi possible de quantifier et de prévoir des différences entre les individus selon une mesure précise et de distinguer les différentes variables qui interviennent et modifient les réactions à la perte d'un proche.

C - Synthèse sur les réactions au deuil

Comme il a été démontré plus haut, la façon pour l'adulte de répondre à n'importe quelles pertes dépend de ses expériences de pertes antérieures, incluant celles de son enfance (Myers, 1986; Osterweis, 1984).

Sanders (1977) soutient que la réponse au deuil dépend du niveau d'ajustement pré-morbide et non pas du type de deuil (par exemple, une personne ne démontre aucun affect au moment de la perte, produisant ainsi un délai dans le deuil, augurera un processus de résolution plus difficile, voir même pathologique). Aussi, "il ne semble pas y avoir un indicateur particulier de deuil mais plutôt une constellation de symptômes ainsi qu'une multitude de facteurs démographiques et situationnels qui interagissent avec le processus de deuil" (Sanders, 1977).

Les réactions présentées par l'endeuillé à la perte d'un être cher sont normales, même si elles ont des caractéristiques d'une névrose; l'endeuillé peut démontrer des symptômes et souffrir de sentiments hors de l'ordinaire (Kutscher, 1969). Il éprouve une douleur morale profonde, une perte d'intérêt pour ses activités habituelles et il peut également avoir des illusions et des hallucinations visuelles et auditives concernant le disparu (Fréchette, 1980). Une étude a démontré que la perte d'un proche est à la tête de la liste des événements stressants pouvant perturber un individu. "Pour environ un an, l'endeuillé est une personne à risques: elle se retrouve dans des dispositions où elle peut ne pas prendre soin d'elle, où elle peut être malade et hospitalisée, et où elle peut même aller jusqu'à mourir ou être tuée" (Schneidman, 1984) ou à développer des troubles comportementaux comme la dépression, la délinquance, l'alcoolisme ou autres assuétudes et le suicide (Averill, 1968).

Darwin (1872) présentait ses observations sur les réactions au deuil dans son article " The Expression of the Emotions in Man and Animals" mais la première étude empirique sur le deuil a été faite par Lindemann (1944) avec son article " Symptomatology and Management of Acute Grief ". Selon lui, le deuil est un syndrome dont le cours est prévisible et qui présente des symptômes distincts tels 1) une détresse somatique, 2) une préoccupation pour l'image du défunt, 3) de la culpabilité, 4) de l'hostilité et 5) la perte de comportements habituels.

Il y a une grande diversité dans les réactions face à une perte et ces réactions normales et utiles, pour la plupart, font partie du processus d'adaptation de l'endeuillé. Voyons maintenant les réactions initiales à la perte.

Schoenberg et al. (1974) proposent une vision holistique de la réaction initiale à une perte dont la durée est de quelques jours. Ils remarquent une réaction physique où l'impact de la perte est une menace à l'homéostasie corporelle. Puis, le comportement de l'individu est soulevé, presque simultanément, par un spectre d'émotions. De plus il y a une focalisation intense sur les détails des événements entourant le décès au point de vue intellectuel. Enfin, au plan spirituel la vie perd sa signification et l'endeuillé a le sentiment que le défunt est présent.

Peretz (1970) définit plus en détail la période initiale qu'il décrit en trois tableaux. Dans le premier, l'individu vit la torpeur et le déni de la perte où l'incompréhension mène à la confusion et aux pleurs. Puis l'endeuillé reconnaît avec désespoir la perte et il entretient des pensées et des souvenirs continus du défunt. Dans le second tableau, des réactions physiques surviennent parallèlement au premier, caractérisées par des soupirs, une dyspnée, une gorge serrée, des faiblesses, un sentiment d'être vide, d'être exténué, une baisse d'appétit et de sommeil, une anxiété et des tensions. Le deuil peut augmenter la vulnérabilité d'un désordre néoplastique, d'infections et de désordres cardio-vasculaires, (Osterweis et al., 1984). Ces auteurs perçoivent le deuil comme une adaptation des systèmes "psycho-neuro-immuno-endocrinien". Dans le troisième tableau, Peretz note des réactions diverses telles la recherche et la solitude, la diminution de la capacité de plaisir, un sentiment d'irréalité, un phénomène d'illusion : hallucinations visuelles et/ou auditives, une peur de la perte de contrôle sur les émotions, des sentiments de culpabilité reliés au défunt dûs à des querelles, à des déceptions ou à des infidélités en pensées ou en actions, des négligences, de l'impatience, de la colère ou un soulagement face à la libération, une colère irrationnelle dirigée vers le défunt

associée à un sentiment d'abandon...et bien d'autres encore puisque le processus de deuil est différentiel et des plus individuel.

Parkes (1972) considère que la résistance au changement est à la base du deuil et que ce qui détermine une réaction globale du deuil est caractérisé par un changement d'attitudes véhiculées par les pairs et par la société lorsqu'une personne meurt. Ce changement est représenté par l'éloignement et la privation de l'être cher, impliquant l'absence d'une personne qui procurait un "matériau" essentiel au survivant. Il note enfin que beaucoup de nouveaux endeuillés consultent leurs médecins plus souvent qu'avant leur deuil et qu'ils recherchent de l'aide.

D - Effets de la relation parent-enfant

L'enfant s'identifie à ses parents pour grandir et pour faire face au monde de façon adéquate. L'identification porte entre autre sur les traits, les affects, les défenses contre l'anxiété, les peurs et les aspirations. Ces identifications deviennent une part de l'enfant et à chacune d'elles est associée un état émotionnel. "La menace d'une perte majeure est inconsciemment une menace primaire de survie" (Peretz, 1970).

Lorsqu'il est devenu adulte et que celui-ci est physiquement séparé de sa famille, les pertes les plus significatives qu'il puisse rencontrer, autres que par la mort, sont les illusions, les suppositions et les croyances véhiculées à travers les attachements de son enfance dans sa vie adulte (Schoenberg et al., 1974). L'adulte

démontre, spécialement dans des périodes stressantes, des vestiges de la pensée magique particuliers à l'enfant (Peretz, 1970). Au cours de son cheminement, les sentiments d'attachement de l'adulte pour ses parents ont été déplacés vers d'autres figures, tels l'époux et les enfants. Lorsque l'adulte perd un parent, ces sentiments sont redirigés vers le défunt pour une courte période, pour se réinvestir ensuite dans les siens. La perte d'un parent peut avoir plusieurs significations pour l'adulte-enfant, il peut avoir l'impression de perdre un gardien, un conseiller, une sécurité ou encore l'amour inconditionnel vécu comme enfant. Cette perte peut être particulièrement pénible si la séparation psychique de l'adulte-enfant envers sa mère n'a pas été faite.

Horowitz et al. (1984) suggèrent que la mort de la mère est plus difficile à supporter que celle du père considérant son statut premier de figure nurturante. Une autre étude suggère que la majorité des adultes perdent leur père avant leur mère étant donné que le mari meurt le premier dans trois mariages sur quatre. Lorsque le second parent meurt, certains adultes peuvent pleurer la perte de ne plus avoir de parents et cette seconde perte peut aussi réactiver le processus du deuil mal résolu du premier parent perdu.

La relation père-fille ou mère-fils sert généralement de fondation aux futures interactions avec les membres de l'autre sexe. Les conflits parents-enfant peuvent affecter la façon avec laquelle l'adulte réagit à la mort de son parent. Ces conflits rendent évidemment la résolution du deuil plus difficile. Également, l'âge auquel meurt le parent peut affecter l'adulte et provoquer un sens d'injustice s'il meurt jeune ou bien un soulagement s'il est âgé. Il est important de considérer l'effet développemental selon lequel plus l'adulte est vieux et moins l'attachement

émotionnel est intense (quoique Sanders (1980) ne trouve pas d'effet significatif pour la variable "âge" entre différents groupes d'adultes).

L'adulte qui se trouve dans la trentaine et la quarantaine lorsqu'il perd un parent est devant une situation complexe et contradictoire. Il se retrouve entre une période d'accomplissement de soi - en s'éloignant de ses parents et en gardant un contact avec eux à différents niveaux et à une fréquence diminuée- et une période de relative stabilité où sa famille et sa carrière sont probablement centrales et où ses parents peuvent le préoccuper de par leur santé et leurs besoins de support physique, émotionnel et financier (Myers, 1986). Cette période de la vie est problématique puisque l'adulte veut tenir à la fois son engagement face à ses parents vieillissants et du même coup répondre à ses enfants qui n'ont pas fini de grandir. Ces situations complexes peuvent produire différents effets émotionnels lorsque les parents meurent (e.g. soulagement, culpabilité, ambivalence, colère...).

La proximité parent-enfant semble être un facteur déterminant de l'intensité de la réaction vécue par le survivant. Ainsi, Bugen (1977) présente un modèle où le degré de proximité est mis en rapport avec l'évitabilité de la perte (voir tableau 2).

Tableau 2

Interaction de la proximité de la relation et de la perception de l'évitabilité comme prédicteurs de deuil (p.197).

	<u>Anticipé</u>	<u>Soudain</u>
<u>Relation centrale</u>	Intense et prolongé	Intense et bref
<u>Relation périphérique</u>	Modéré et prolongé	Modéré et bref

Selon ce tableau, l'endeuillé qui considère le défunt comme étant une personne centrale dans sa vie et qui perçoit la mort comme ayant pu être évitable présentera un deuil intense et prolongé. "C'est donc dire que la proximité de la relation endeuillé-défunt est directement reliée à l'intensité de la réaction au deuil" (Bugen, 1977). Maintenant que le facteur de proximité est défini, considérons les différences réactionnelles entre les hommes et les femmes.

E - Effets du sexe

Peu d'informations sont disponibles, dans les études, sur les différences entre hommes et femmes qui ont perdu un parent. L'information concerne surtout la perte d'un époux, ce qui ne permet aucune conclusion tant que des recherches substantielles n'auront pas été faites sur la perte d'un parent.

Glick, Parkes et Weiss (1974) notent que les hommes expriment moins de symptômes que les femmes et qu'ils sont moins portés à développer des problèmes psychologiques. Les hommes semblent démontrer plus de réalisme dans l'acceptation de la mort même s'ils paraissent s'équilibrer plus lentement émotionnellement. D'après Myers (1986) l'homme se sentirait particulièrement confronté à sa propre finitude lorsqu'il perd son père. Celui-ci a été un modèle pour son fils et sa mort représente un choc. Pourtant la perte de la mère semble encore plus difficile puisque le lien d'amour intime et le lien d'attachement à la mère semble plus fort que le lien d'attachement au père.

Gorer (1965) considère la femme biologiquement plus faible que l'homme et il voit le deuil comme étant un plus grand fardeau pour elle. La femme semble réagir plus intensément à la perte de ses parents que l'homme. Peut-être parce que la femme possède parmi les différents rôles appris celui où elle expérimente les besoins ou les sentiments des autres comme étant siens (Myers, 1986).

Peut-être aussi parce que la femme aura tendance à prendre plus soins de ses parents mourants que l'homme, ce qui lui procurera, lorsque ceux-ci décéderont, plus de souvenirs et d'émotions. Chose certaine, tout comme l'homme, la femme perd également son modèle.

Glick (1974) pour sa part, ne trouve pas de différences de réactions entre les sexes mais il remarque une grande variété de réactions dans les façons par lesquelles leur vie se trouve soudainement interrompue. Ce qui l'amène à postuler que l'établissement de la réorganisation de la vie de chacun des sexes se trouve à varier considérablement.

F - Effets des différents modes de la perte (soudaine ou anticipée)

Sanders (1980) dans son étude comparative du deuil entre la perte d'un époux, d'un enfant ou d'un parent, faite auprès de 102 sujets, relevait qu'il n'y avait pas de différences significatives dans l'intensité du deuil entre les endeuillés d'une perte soudaine ou d'une perte anticipée. Il y a donc, selon elle, un niveau d'intensité similaire des symptômes. Et dans son étude de 1982, où elle cherchait à relever les effets des modes de la mort sur le deuil dans une population ayant perdu un proche où la moyenne d'âge était de 52 ans, Sanders n'y trouve aucune différence statistique significative entre les trois groupes formés, soit 1) mort soudaine, 2) maladie chronique à long terme, et 3) maladie chronique à court terme. Toutefois elle note que le deuxième groupe démontrait un ajustement un peu plus favorable. Le groupe ayant vécu une perte soudaine démontre des réponses de "colère dirigée vers soi" (anger-in, intropunitive), ce qui incite à maintenir le stress physique, tandis que le groupe ayant vécu une perte anticipée à long terme exprimait des réponses de "colère dirigée vers l'extérieur" (anger-out), lesquelles ne contribuent pas au maintien du stress physique. Les études de Gerber (1975) vont dans le même sens que les études de Sanders quoiqu'il ait considéré une population ayant perdu leurs époux.

A la lumière de ses recherches, Sanders (1982) s'oriente sur les différences qualitatives plutôt que quantitatives pour distinguer le deuil soudain du deuil anticipé. Pour elle, il ne semble pas y avoir de raccourci au travail du deuil, qu'il y ait anticipation ou non. Également Prouty (1982), dans son étude de l'impact de la race, de l'âge et de d'autres facteurs sur l'expérience du deuil, ne relève aucun facteur significatif qui pourrait confirmer l'hypothèse d'une différence d'intensité entre un groupe de deuil soudain et un groupe de deuil anticipé. Dans le même sens Horowitz et al. (1981) n'ont pas noté, dans leur étude sur la perte d'un parent chez l'adulte, que le mode de la mort puisse représenter un facteur significatif dans la réaction à la perte.

D'autre part, Myers (1986) soutient, dans son étude du deuil chez l'adulte, que les modes de la perte seraient la plus importante considération pour déterminer la réaction face à la perte. Malgré cette considération, l'adulte en deuil fait face, selon lui, aux mêmes changements dans sa façon de fonctionner lorsqu'il perd un proche, que ce soit une perte soudaine ou anticipée. La seule différence c'est que la perte soudaine amène ces changements d'un seul coup, ce qui rend l'ajustement plus difficile. Il compare la réaction à une mort soudaine à une explosion et celle à une mort anticipée à un glacier qui fond tranquillement et massivement. Aussi, l'étude de Lewis (1977) portant sur 21 adultes en deuil suggère que "la quantité de temps de préparation est plus important que la nature de la mort pour déterminer l'ajustement psychologique au deuil".

Rando (1984) fait la distinction entre ces deux modes en indiquant d'une part que le deuil soudain accable et réduit le fonctionnement d'un individu, ce qui rend la résolution très difficile et d'autre part que le deuil est diminué dans son intensité

lorsqu'il est anticipé. Elle met donc un accent sur les réactions à une perte soudaine. La prochaine section permettra de voir plus en détail chacune de ces variables afin de les distinguer et de comprendre leurs impacts possibles sur les réactions au deuil.

1) Deuil soudain

Lorsque la mort est soudaine ou que le temps de préparation n'est pas disponible, les réactions consécutives à la mort tendent à être plus intenses et à durer plus longtemps (Glick et al., 1974; Parkes, 1975; Sanders, 1977) mais cela ne veut pas dire que le deuil anticipé est nécessairement plus favorable à la résolution. En ce sens, s'il était possible d'assurer une intervention adéquate à ceux qui vivent une perte soudaine, l'intensité du deuil serait peut-être semblable pour les deux groupes (Sanders, 1977). Cette auteure note plusieurs éléments caractéristiques suite à une perte soudaine : des répercussions physiques plus longues, plus de colère, un taux de désirabilité sociale élevé, un niveau élevé d'anxiété face à la mort (ces deux derniers éléments sont favorables à la résolution), une culpabilité plus élevée puisqu'il n'y a pas d'opportunité pour compléter les situations inachevées (unfinished business), et des réponses émotionnelles internalisées (internalized) comprenant de la colère, de la culpabilité, une certaine dépersonnalisation et de la somatisation, ce qui définit le phénomène du "anger-in" décrit plus haut.

Clayton (1968) de son côté démontre dans son étude faite sur des sujets séparés en fonction de la durée la maladie du défunt, que l'anorexie est le seul symptôme significatif et que celui-ci était retrouvé le plus chez ceux qui perdaient un proche ayant une maladie à court terme (moins de six mois). Et ce symptôme,

explique l'auteur, peut être dû à l'interruption de l'horaire des repas du patient ou au fait que les repas sont reliés aux événements sociaux faisant que l'endeuillé ait moins de contact avec son environnement durant cette période. Ces endeuillés font face à une situation de crise sujette à beaucoup de stress, ce qui laisse peu de répit.

Osterweis et al. (1984) font une revue du temps alloué au deuil soudain chez différents auteurs. Ainsi, Clayton et al. (1968) considèrent comme un deuil soudain une maladie de cinq jours et moins. Pour Parkes, c'est une période de moins de deux semaines d'avertissement d'une maladie fatale ou trois jours d'avertissement d'une mort imminente et pour Gerber et al., cette période peut aller d'une mort subite à une maladie de moins de deux mois. Enfin Sanders (1980), considère une telle mort dans les sept jours suivant la maladie ou l'accident.

Pour Osterweis et al. une mort soudaine ne produit pas des survivants plus perturbés. L'instant de la mort demeure toujours une surprise, qu'importe l'avertissement donné.

La perte subite d'un parent produit un choc chez l'adulte et une nouvelle réalité s'impose, celle de l'absence définitive de cet être cher connu et aimé depuis toujours (Myers, 1986). Cet auteur note également, dans la réaction initiale, qu'une mort soudaine intensifie les émotions de choc, de confusion, de déni et d'incrédulité puisqu'il n'y a pas d'opportunité d'anticipation ou de préparation. Le déni est un type de distanciation produit par le refus de reconnaître la réalité. Tandis que l'incrédulité, similaire au déni, en diffère toutefois par l'incapacité à reconnaître ce qui s'est passé.

Le déni et l'incrédulité sont importants parce qu'ils permettent à l'esprit d'avoir un délai face à cet ajustement pénible d'une nouvelle réalité. Une mort soudaine se définit par exemple par une maladie aiguë (une crise cardiaque, un infarctus, une embolie, une pneumonie, une obstruction intestinale, une appendicite, une négligence médicale...), un accident ou encore un homicide ou un suicide. Dans une urgence médicale soudaine, il y a peu de temps et la pression est intense pour prendre des décisions. Les accidents offrent peu d'explications significatives, ce qui rend difficile de donner un sens à la mort. Prenons l'exemple, certes extrême, de l'homicide ou du suicide qui représentent les formes les plus difficiles à accepter et à résoudre, présentant un fardeau supplémentaire de colère et de culpabilité, qui mène alors l'individu à vivre un deuil intense et profond (Myers, 1986).

Myers observe finalement des effets secondaires suite à une mort soudaine chez l'endeuillé où celui-ci peut figer certaines images et revoir constamment la dernière scène ou considérer le type de relation entretenue à l'égard du parent ainsi que les émotions qui y sont reliées. L'adulte peut se retrouver confronté à une "situation inachevée" où il reste dans l'impossibilité de régler avec le défunt certaines mésententes.

Selon Meyerowitz (1974) une perte soudaine est excessivement traumatisante et Schoenberg et al. (1974) appuient cet énoncé en considérant la difficulté à faire le travail de deuil puisqu'il était impossible de développer une stratégie pour faire face à la mort. Shand (1920) fait la distinction entre la perte anticipée et la perte soudaine à travers ses 23 lois de la tristesse. Sa loi numéro 10 fait mention "qu'en proportion de

l'événement de causalité de la tristesse, soit soudaine et inattendue, cet événement suscitera de l'étonnement, et augmentera ainsi l'intensité de la peine".

Schulz (1978) note que le survivant d'un deuil soudain ne comprend jamais vraiment le pourquoi d'une mort. Rando (1984) considère que l'individu développe l'appréhension chronique que quelque chose de déplaisant peut se produire à n'importe quel moment, puisqu'il n'a eu aucun avertissement de la perte. Une perte soudaine rend le monde imprévisible et la crainte d'une nouvelle dévastation prend place ce qui amène une difficulté dans le réinvestissement affectif. Elle poursuit en disant qu'une mort soudaine suscite un manque de sécurité, un accablement et une incapacité de contenir la situation. L'individu peut vivre alors des sentiments de confusion, d'anxiété, d'auto-reproches et de dépression.

Il semble que l'aspect soudain du deuil désorganise l'individu et qu'il ait de la difficulté à contenir l'impact de la perte et des conséquences qui lui sont associées. La prochaine section présente le deuil anticipé à travers ses avantages et ses difficultés.

2) Deuil anticipé

Quoique différent du deuil soudain dans les types de réactions provoquées, le deuil anticipé présente plusieurs facteurs non moins perturbants. Il semble d'autant plus important de tenter d'en faire ressortir les caractéristiques distinctes.

Le concept de deuil anticipé a été conçu pour décrire l'anxiété de séparation expérimentée par les familles de patients qui vivent une mort lente et douloureuse, souvent associée au cancer (Sanders, 1977, p.60).

Shand (1920) propose dans sa loi numéro 11 "qu'en proportion de l'événement de causalité de la tristesse, soit graduel ou prévisible, la peine tendra à être ressentie avec moins d'intensité et de force".

Blank (1974), dans le même sens, mentionne que plus l'endeuillé possède de temps face à la mort d'un proche, plus il aura l'opportunité de faire son travail de deuil, réduisant ainsi l'intensité et la durée de sa réaction. Et Sanders (1977) supporte cet énoncé en prétendant "qu'une préparation émotionnelle est censée réduire l'intensité du deuil après la mort, sinon augmenter l'habileté d'y faire face, permettant ainsi au survivant d'être moins enclin et moins vulnérable à des réactions physiques, psychologiques et sociales" (p.60).

D'après Gerber (1974) les survivants d'une perte anticipée sont moins prédisposés à divers types de déséquilibres que les survivants d'une perte soudaine. Ceci s'explique, dit-il, par le temps de préparation à la perte et par le travail progressif du traumatisme émotionnel associé au deuil. Le deuil anticipé est une préparation de ce à quoi peut s'attendre l'endeuillé suite au décès. Ce deuil implique également la période temporelle entre la connaissance imminente de la mort et l'événement en soi (Gerber, 1974). "Si on s'imagine la mort d'un être qu'on aime, il est juste alors de dire que le deuil commence dès que l'amour est implanté" (Weisman, 1974, p.15). Selon cet auteur, "l'anticipation peut vouloir dire préparation, et même la reconnaissance créatrice de ce que signifie être vivant".

Plusieurs professionnels semblent d'accord pour dire que le deuil anticipé possède une valeur naturelle d'adaptation (Chodoff et al., 1964; Parkes, 1975; Rees et Lutkin, 1967). L'individu se trouve à faire une partie du travail de deuil en passant à travers des réactions émotionnelles habituellement associées au moment du décès et par la suite il anticipera les ajustements sociaux nécessaires. Un signal avant-coureur d'une mort permet à l'endeuillé de prendre soin du mourant et de lui fournir l'amour et la compréhension qu'il n'aurait peut-être pas pu lui donner. Il semble que les survivants d'un proche décédé d'une maladie anticipée (de moins de six mois) auront un meilleur ajustement que ceux qui auront vécu un deuil soudain (Sanders, 1977). Le deuil anticipé semble diminuer les possibilités de perturbations pathologiques (Peretz, 1970).

Sanders relève des caractéristiques du deuil anticipé qu'elle définit de "colère dirigée vers l'extérieur" (anger-out), identifiées par des sentiments d'aliénation, la perte de contrôle émotionnel, un haut niveau d'isolement social (peu de temps et d'énergie pour entretenir les liens sociaux et pour contrer la diminution du support social), le déni du besoin d'expression émotionnelle (où le déni est proportionnel à la force motivationnelle pour tenir le coup), la rumination, la perte de vigueur, la frustration, l'épuisement, la solitude, et une somatisation peu élevée.

Le deuil anticipé permet une préparation émotionnelle où l'adulte est épargné d'une partie du choc, il permet aussi de renforcer la relation en réparant les mésententes et en ayant la possibilité de dire adieu. Pour Rando (1984) le deuil

anticipé permet d'absorber graduellement la réalité de la perte à travers le temps, de finir les "situations inachevées" avec le mourant, et de préparer des plans pour le futur sans avoir à sentir que le défunt est trahi. D'autre part ce deuil demande du temps, des ressources et de l'attention et il provoque souvent un renversement de rôle parent-enfant. Peuvent alors survenir plusieurs des caractéristiques suivantes, comme les batailles médicales (un acharnement thérapeutique sans espoir), des responsabilités financières, légales et médicales face au lent déclin du parent, un problème de proximité ou un sentiment d'être en attente ("on hold") (Myers, 1986).

En s'arrêtant au monde expérimental et animal, Weiss (1970) note dans son étude sur les rats, "Somatic Effects of Predictable and Unpredictable Shock", que ceux qui recevaient des chocs électrique de façon imprévisible démontraient des réactions de stress somatiques plus intenses que ceux qui pouvaient prédire l'apparition des chocs par un signal. Il conclut que certaines variables psychologiques, telle la possibilité de prévoir (predictability), soit en quelque sorte d'anticiper, ont une influence sur le stress en démontrant qu'un même agent stressant peut être altéré par ces facteurs psychologiques.

Schulz (1978) note que les événements stressants de la vie présentent moins d'aversion en autant qu'ils soient prévisibles. En ce sens, l'organisme peut trouver les mécanismes appropriés pour faire face et pour diminuer l'impact de l'agent stressant. Il poursuit en notant que la culpabilité contribue à susciter des réponses traumatisantes dans une situation de deuil. Aussi, une perte anticipée et prolongée peut induire du ressentiment et de la culpabilité mais, dit-il, l'endeuillé qui a

l'opportunité de souffrir pour et avec le mourant devrait se sentir moins coupable et vivre moins d'effets négatifs dans son travail de deuil.

D'autre part Glick et al. (1974) maintiennent que l'anticipation est l'un des plus importants déterminants pour poser le pronostic d'un rétablissement adéquat. L'anticipation amène une meilleure compréhension de l'événement. Et ce n'est pas tellement que l'anticipation réduit la réaction au deuil mais elle amène la connaissance d'une mort imminente, préparant l'individu à redéfinir ses rôles. Il semble n'y avoir aucun doute, pour Sanders, qu'il soit sain pour les proches de rester et de s'impliquer auprès du mourant (elle définit un deuil anticipé dans le temps par une maladie qui se prolonge plus de 7 jours).

Sous un autre angle, Vanderlyn (1974) considère que le deuil anticipé permet à l'endeuillé de mieux faire face à la mort, ce qui lui permet de résoudre son deuil théoriquement en avance, mais pas en pratique. Également, selon Silverman, (1972) le deuil anticipé est impossible tant que le proche est activement investi dans les soins à administrer au mourant. Selon Parkes et Weiss (1983) le deuil anticipé prend un tout autre cours que le deuil soudain. En ce sens, le deuil anticipé présenterait non pas une réaction de perte -laquelle est retrouvée dans le deuil soudain- mais bien une réaction d'anxiété de séparation, de peur. C'est donc une réaction à la menace d'une perte plutôt qu'une réaction émotionnelle à une perte en soi. Bien que l'anxiété de séparation soit une partie de chaque deuil -soudain et anticipé- ce dernier ne démontre pas, selon ses auteurs, de réaction de recherche ou de résignation. En fait, l'anticipation d'une perte intensifie l'attachement (Sanders, 1980; Vachon et al., 1979).

L'anxiété de séparation "c'est l'expression émotionnelle du besoin de rester proche d'une personne envers qui un individu est attaché".

Aussi, Glick et al. (1974) n'acceptent pas la notion de deuil anticipé car selon eux la réponse avant la mort ne devrait pas être caractérisée de processus de deuil. Pour eux, la personne qui vit une perte anticipée ne se réorganise pas au plan émotionnel et cognitif de telle sorte que son deuil n'est pas résolu avant l'apparition de la mort. Si c'était vrai, les deuils anticipés et soudains se verraient suivre le même cours et le deuil anticipé aurait simplement un début prématuré, ce qui ne semble pas être le cas (Schulz, 1978).

Paradoxalement le deuil anticipé permet de débiter le processus de séparation et d'établir une distanciation. C'est une profonde réponse émotionnelle à une perte irréversible expérimentée par les endeuillés et le mourant. Ce deuil implique une augmentation de l'anxiété, de la douleur, des remords et de la dépression où l'intensité dépend de la signification et de l'intimité de la relation menacée (Goldberg, Kutscher, et Poslusny, 1974).

Considérant cet élément de proximité Moss et Moss (1983) présentent un facteur majeur pouvant causer l'affaiblissement du lien parent-enfant et c'est l'anticipation qu'entretient l'enfant d'être orphelin et ce, dès un très jeune âge. Selon eux le processus cognitif et affectif de l'anticipation d'être orphelin peut s'échelonner sur plusieurs décennies, ce qui prépare l'adulte à la mort d'un parent tout en lui

montrant les ressources disponibles pour vivre son deuil. Toutefois la réalité de la mort peut dépasser ce sentiment de préparation.

Fulton et Fulton (1975) développent la notion de "deuil potentiel faible" -au niveau de l'ajustement- pour une perte anticipée puisque la famille expérimente peu à peu toutes les phases du deuil. Selon eux le deuil anticipé permet soit de faire grandir la vie de l'adulte et de contribuer à un mieux être, soit d'ébranler sa fragile existence et de rompre ses liens sociaux.

Myers (1986) considère plusieurs difficultés émotionnelles que l'adulte peut vivre lorsqu'il est face à une perte anticipée : a) il peut se produire un renversement de rôle pouvant déclencher de la confusion et du stress, b) ce problème de rôle produirait une situation appelée la "génération sandwich" où l'adulte élève ses enfants et doit assister ses parents, c) ce qui peut entraîner des liens à travers lesquels il est difficile pour l'adulte de choisir s'il doit prendre soin de son parent mourant, de ses enfants qui le réclament ou de s'occuper d'une situation de crise dans sa vie de couple, d) l'endeuillé peut alors vivre de l'anxiété et des craintes puisqu'il n'a pas idée ni de sens du temps que ça prendra -un sprint ou un marathon- ce qui peut lui faire vivre des sentiments de dépendance et d'abandon.

Selon Peretz (1970) le deuil anticipé peut priver le mourant et la personne en deuil des possibilités restantes de leur relation si les symptômes de l'endeuillé sont trop intenses. Dans un deuil anticipé la résolution du deuil peut être assez avancée

au temps de la mort mais rarement sera t-elle complétée à ce moment. Aussi un deuil trop anticipé peut mener l'endeuillé à se détacher du mourant.

Ces informations permettent de tirer un certain profil de ce type de deuil. Outre le processus normal de deuil, Fulton (1975) identifie quatre étapes d'une perte anticipée soit, 1) la dépression, 2) une intense préoccupation pour le malade, 3) une répétition de la mort (rehearsal) et 4) une tentative d'ajustement aux conséquences de la mort.

Parallèlement, Futterman, Hoffman et Sabshin (1972) présentent les cinq étapes d'un processus de deuil anticipé: 1) reconnaître l'inévitabilité de la perte, 2) vivre et exprimer l'impact émotionnel, 3) se réconcilier avec la valeur de la vie du mourant, dans le sens de laisser au mourant vivre sa mort, 4) se détacher et 5) se commémorer (représentation mentale).

Ainsi le deuil anticipé présente deux faces : l'une propose une préparation émotionnelle qui semble amortir l'impact de la perte et l'autre propose une réaction d'anxiété de séparation envers la menace que représente l'agent stresser d'une perte éventuelle.

A partir de cette revue de la littérature la prochaine section mettra en lumière les questions visées par la présente étude.

Etat de la problématique

Les recherches disponibles sur l'intensité des réactions à la perte d'un parent sont encore à une étape exploratoire. Il y a même des hypothèses contradictoires touchant le mode (soudain et anticipé) du deuil. Ceci semble s'expliquer par un cours différent que suivrait chaque mode de perte, ce qui les distinguerait qualitativement plus que quantitativement. En ce sens le deuil soudain présente des réactions directement liées à la séparation et à la perte, tandis que le deuil anticipé présenterait plutôt une peur, une anxiété de séparation.

Nous privilégions cependant l'hypothèse selon laquelle l'individu qui n'a pas de temps de préparation (perte soudaine) aura des réactions plus intenses et prolongées que celui qui a l'opportunité d'anticiper la séparation et la perte. Cela semble se comprendre par de nombreux ajustements psycho-sociaux (tels les rôles, les habitudes de vie, les réseaux de support...) que doit subir d'un seul coup celui qui perd un parent soudainement. L'adaptation diffère donc par le mode de perte vécu.

En plus du mode de la perte, la proximité entre l'endeuillé et le défunt est un facteur à considérer et il semble qu'il y ait un lien direct entre cette proximité et l'intensité des réactions. De même, il apparaît important de vérifier les points suivants : l'intensité des réactions est-elle plus grande chez l'homme que chez la femme, selon les deux modes de perte ? Se trouve-t-il une différence si l'on tient compte du sexe du parent et de celui de l'enfant ?

Hypothèses de recherche

Nos hypothèses peuvent s'énoncer ainsi:

Hypothèse 1 : L'adulte qui perd un parent selon un mode soudain aura une intensité réactionnelle plus grande que celui qui perd un parent selon un mode anticipé.

Hypothèse 2 : L'intensité des réactions sera plus grande chez la femme que chez l'homme.

Hypothèse 3 : Indépendamment du sexe de l'adulte, la perte de la mère provoquera les réactions les plus intenses.

Hypothèse 4 : Plus grande aura été la proximité entre l'endeuillé et le défunt et plus grande sera l'intensité des réactions.

Hypothèse 5 : Chaque mode de perte présentera des différences qualitatives, ainsi le deuil soudain révélera une plus grande intensité réactionnelle de colère, d'anxiété, de culpabilité, et de somatisation, tandis que le deuil anticipé présentera une plus grande intensité dans les réactions d'isolation, de déni et de rumination (ces caractéristiques sont présentées plus haut par Sanders (1977)).

Chapitre II
Méthodologie

Ce chapitre présente la sélection de l'échantillon, l'expérimentation et les instruments de recherche.

A - Echantillon et expérimentation

Soixante-sept sujets ont participé à cette étude. Cet échantillon était constitué de 27 hommes et de 36 femmes. Quatre de ses sujets ont été retiré de l'étude statistique puisque leurs résultats dépassaient les normes permises par le questionnaire. Les participants étaient âgés entre 28 et 45 ans.¹

Les sujets ont été recrutés par trois principales sources, soit par la collaboration des directeurs des salons funéraires de la région de Trois-Rivières, par la section de nécrologie du journal Le Nouvelliste de Trois-Rivières et par une annonce parue dans le même journal sous une chronique populaire. Deux journaux locaux et de petites annonces-babillards ont également servi au recrutement.

Durant 16 mois la liste des visites effectuées dans un salon funéraire par les familles qui ont perdu un parent ainsi que les pages de la nécrologie ont été étudiées pour relever les sujets potentiels à l'expérimentation. Suite à une lettre d'introduction,

¹ Nous tenons à remercier tous les participants qui ont bien voulu prêter leur collaboration à cette étude. Egalement, nous remercions les directeurs des salons funéraire de la région de Trois-Rivières pour leur chaleureux support.

les sujets étaient contactés de une à deux semaines après le premier contact. L'annexe A présente la lettre d'introduction. Le tableau 1 présente la distribution de fréquence du nombre de semaines entre le moment de la perte et l'entrevue. La lettre explique l'étude, introduit le chercheur et invite à la coopération. La lettre préparait les sujets potentiels à recevoir un appel du chercheur dans les journées suivant l'envoi. Elle permettait aux sujets de décider s'ils acceptaient de participer ou non à la recherche avant qu'ils ne soient appelés. Cette lettre était également co-signée par le directeur de la recherche.

Aucune pression n'a été faite auprès des sujets mais lorsqu'ils acceptaient, un rendez-vous avec le chercheur était fixé, soit à la résidence du sujet ou à l'Université, selon leur choix. Lorsqu'une rencontre avait lieu, le déroulement de l'entrevue était d'abord expliqué. Ensuite, le questionnaire démographique et le GEI étaient remplis par le sujet. Celui-ci était libre de poser les questions propres à éclairer la tâche. Puis, pour une période de une à deux heures, le sujet était invité à exprimer librement les souvenirs et les émotions que ces questionnaires ont pu susciter. Il a été parfois nécessaire de référer le sujet à une aide thérapeutique lorsque l'endeuillé était submergé par ses émotions ou que son fonctionnement journalier était altéré.

Tableau 1

Intervalle entre le moment de la perte et l'entrevue- selon le sexe

Nb de semaines	E / Fcum Hommes		E / Fcum Femmes		Pourcentage cumulatif	
	n = 27		n = 36		Hommes	Femmes
1 à 4	3	3	3	3	10.71	8.11
5 à 8	3	6	2	5	21.43	13.51
9 à 12	0	6	2	7	21.43	18.92
13 à 16	3	9	5	12	32.14	32.43
17 à 20	2	11	2	14	39.29	37.84
21 à 24	3	14	1	15	50	40.54
25 à 28	2	16	2	17	57.14	45.95
29 à 32	1	17	0	17	60.71	45.95
33 à 36	3	20	2	19	71.43	51.35
37 à 40	1	21	1	20	75	54.05
41 à 44	0	21	6	26	75	70.27
45 à 48	2	23	3	29	82.14	78.38
49 à 52	0	23	1	30	82.14	81.08
53 à 56	0	23	0	30	82.14	81.08
57 à 60	1	24	0	30	85.71	81.08
61 à 64	3	27	6	36	100	100

L'article présenté dans la chronique populaire du journal local aura permis d'obtenir des sujets sans le délai qu'exigeait la lettre d'introduction. Suite à un téléphone du sujet un rendez-vous était alors fixé. De même pour les journaux de quartiers et les annonces-babillards. Les sujets obtenus par ces intermédiaires démontraient dans un premier temps l'envie d'aider la recherche et, en sourdine, un besoin de support et d'écoute. Ainsi, 24 sujets ont contacté le chercheur pour participer et les 24 ont été rencontrés.

Le tableau 2 décrit les réponses à la lettre d'introduction. Un total de 174 lettres ont été postées. De ces participants potentiels, 22 n'ont pu être contacté parce que le téléphone n'était plus en service et 111 ont refusé pour diverses raisons, telles l'intensité des affects ou aucun intérêt pour la recherche. Le tableau 3 décrit la distribution des participants par l'âge, le sexe, et le mode de la perte (soudain ou anticipé).

B - Instrumentation

Dans cette étude, les variables indépendantes étaient le mode de la perte (soudain ou anticipé), l'âge de l'endeuillé (28 à 45 ans) et son sexe, le sexe du défunt et la proximité endeuillé-défunt. La variable dépendante était les échelles du "Grief Experience Inventory".

Tableau 2

Réponses à la lettre d'introduction

	Hommes	Femmes
Total des lettres postées	78	96
Impossibilité de contact	9	13
Accepté	17	24
Décliné	52	59
Acceptation totale (%)	21.8	25

Tableau 3

Les participants selon l'âge, le sexe et le mode de la perte

Catégories	Nombre de participants
Age	
28 à 35	29
35 à 40	22
40 à 45	12
Sexe	
Hommes	27
Femmes	36
Mode de la perte	
Anticipé	38
Soudain	25

Un questionnaire démographique et le Grief Experience Inventory (GEI) (Sanders, Mauger et Strong, 1977) ont été administrés à tous les participants. Le questionnaire démographique, développé pour cette recherche (se référer à

l'appendice B), était utilisé pour obtenir des informations concernant l'âge, l'occupation, le nombre d'enfants, les liens familiaux, la proximité avec le défunt, le mode de la perte et les réactions aux pertes antérieures et actuelles. Pour le mode de la perte, nous distinguons une échelle qui passe de graduelle à instantanée où le sujet doit choisir le niveau correspondant à la perte vécue. Pour la proximité, nous utilisons une échelle où le sujet définit lui-même le degré de proximité qu'il ressent en choisissant soit une proximité 1) modérée, 2) proche, 3) très proche, ou 4) extrêmement proche. Le Grief Experience Inventory, traduit par l'auteur pour cette recherche, dresse un inventaire des réactions au deuil comportant 135 items destinés à évaluer les émotions, les symptômes et les comportements des individus pendant le processus de deuil (se référer à l'appendice B). Le GEI a été choisi pour sa capacité de mesurer plusieurs dimensions du processus de deuil et pour sa valeur opérationnelle, laquelle présente une fidélité et une validité que peu de questionnaires sur le deuil sont en mesure de fournir (par exemple le questionnaire de Deutsch (1982) est moins précis dans l'utilisation des construits pour relever l'intensité des réactions à une perte). Le GEI compte 12 échelles dont 3 de validité. Ces échelles de validité sont : 1) l'échelle de Déni (Den), qui indique l'hésitation à admettre les faiblesses et les émotions qui sont communes mais socialement indésirables; 2) l'échelle de Réponses Atypiques (AR) indique la tendance à choisir des éléments que moins de 25 % de l'échantillon-contrôle choisit. Cette échelle est basée seulement sur la fréquence de sélection; et 3) l'échelle de Désirabilité Sociale (SD), qui reflète la tendance à répondre de façon socialement plus acceptable (Sanders, Mauger et Strong, 1977). Voyons maintenant les échelles sur le deuil.

L'échelle de Désespoir (Des) mesure l'humeur du participant. Cette échelle est la plus longue et la plus fidèle et fait ressortir l'aspect psychologique du deuil.

L'échelle de Colère/Hostilité (AH) indique le niveau d'irritation, de colère et de sentiments d'injustice. L'échelle de Culpabilité (Gu) indique l'expression d'un sentiment de responsabilité ou de blâme pour la mort du parent. L'échelle d'isolement social (SI) relève les comportements caractérisés par le retrait de contacts sociaux et de responsabilités sociales. L'échelle de Perte de Contrôle (LC) indique l'incapacité d'un individu à contrôler l'expression de ses expériences émotives. L'échelle de Ruminantion (Ru) mesure la quantité de temps passée avec des pensées concernant le défunt. L'échelle de Dépersonnalisation (DR) mesure la langueur, le choc et la confusion liés à la perte. Cette échelle ne relève pas de la psychopathologie. L'échelle de Somatisation (Som) mesure l'étendue des problèmes somatiques qui apparaissent sous une expérience de stress. Et finalement, l'échelle d'Anxiété Face à la Mort (DA) mesure l'intensité de la conscience qu'une personne a de sa propre mort (Sanders, Mauger et Strong, 1977).

C- Fidélité et validité du GEI

La fidélité du GEI a été étudiée avec plusieurs échantillons. L'une de ces études comporte un groupe de 22 étudiants qui ont vécu un deuil dans les cinq dernières années précédant la passation du questionnaire mais non récemment et un second groupe de 79 individus rencontrés entre le premier et le troisième mois de deuil. Les deux groupes ont été testés initialement puis retestés dans un intervalle de 18 mois. Les résultats du test/post-test du groupe d'étudiants sont semblables à ceux obtenus avec des questionnaires reconnus (ex. le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)), tandis que les faibles résultats du test/postest du groupe d'endeuillés récents reflètent probablement des transformations réelles apparues pendant la période de 18 mois, entre les passations du questionnaire.

Les corrélations obtenues sont comparables, selon les auteurs, à celles reportées par le MMPI (se référer à l'appendice C). Ainsi les résultats de fidélité suggèrent que les échelles du GEI conviennent pour la recherche.

La validité du GEI a été vérifiée avec une autre échelle de mesure touchant des construits semblables, il s'agit du Minnesota Multiphasic Inventory (MMPI). Le GEI démontre sa capacité de distinguer les endeuillés des non-endeuillés et de séparer ceux qui ont vécu la perte d'un proche (ex. le père, la mère, un enfant, un époux) de ceux qui ne sentaient pas de proximité.

Un test-t entre les endeuillés et les non-endeuillés (n=107) révélait une différence significative de l'ordre de $p < .001$ sur toutes les échelles. Les résultats du tableau 10 présentent le GEI comme étant un instrument approprié pour évaluer les réactions au deuil (se référer à l'appendice D). Aussi, les corrélations entre le GEI et le MMPI semblent raisonnables (se référer au tableau 8 de l'appendice D). Une analyse factorielle a été effectuée suite à l'administration du GEI et du MMPI à 92 sujets d'un groupe d'endeuillés récents. Le premier facteur, qui compte pour 45.9 % de la variance, démontre que le rôle des échelles du GEI est considérablement plus grand que celui des échelles du MMPI. La validité du GEI dans l'étude d'aspects psychologiques relatif au deuil semble mis en évidence par ce premier facteur (se référer au tableau 9 de l'appendice D). Ces études supportent donc la validité de construit du GEI.

Chapitre III

Résultats

Ce chapitre présente les résultats de notre recherche que nous mettrons en relation avec les hypothèses.

I - Résultats aux échelles du GEI

Les quatre premiers tableaux évaluent l'effet du sexe du sujet, du sexe du défunt, du mode de la perte et de la proximité sur les échelles du GEI. Les tableaux suivants présentent des analyses de variances pour vérifier s'il y a des effets d'interaction entre ces variables.

Le tableau 1 présente l'effet du sexe du sujet sur les résultats du GEI. Il est à remarquer que la femme présente une intensité réactionnelle significative plus grande sur les échelles des Réponses Atypiques (AR) ($T = -1.703, p < .0468$), de Perte de Contrôle (LC) ($T = -3.273, p < .0009$) et de Somatisation (SOM) ($T = -1.74, p < .0434$). L'homme, pour sa part, dénote une différence d'intensité réactionnelle significative sur l'échelle du Dénier (Den) ($T = 2.257, p < .0137$). Les autres échelles, non-significatives, ne permettent aucune interprétation.

Le tableau 2 présente l'effet du sexe du défunt sur les résultats du GEI. Remarquons la différence significative sur les échelles des Réponses Atypiques

Tableau 1
Effet du sexe du sujet sur les résultats du GEI

Echelles du GEI	Moyenne		Ecart-type		Erreur-type		t	p
	homme (n=27)	femme (n=36)	homme (n=27)	femme (n=36)	homme (n=27)	femme (n=36)		
Den	51.786	47.081	8.837	7.911	1.67	1.3	2.257	.0137
AR	46.536	49.324	5	7.487	.945	1.231	-1.703	.0468
SD	48.75	49.108	9.694	7.633	1.832	1.55	- .167	.4341 n.s.
DES	43.429	45.486	7.188	9.197	1.358	1.512	- .979	.1657 n.s.
AH	46.5	49.243	8.8	10.021	1.663	1.647	-1.151	.1271 n.s.
GU	46.893	47.595	6.562	7.384	1.24	1.214	- .398	.3461 n.s.
SI	51.036	52.378	8.395	9.343	1.587	1.536	- .599	.2757 n.s.
LC	46.75	53.703	7.516	9.137	1.42	1.502	-3.273	.0009 ***
RU	48.714	52.73	8.537	11.909	1.613	1.958	-1.513	.0677 n.s.
DR	46.893	49.027	7.992	9.705	1.51	1.596	- .946	.174 n.s.
SOM	44.179	47.486	4.854	9.115	.917	1.499	-1.74	.0434
DA	48.643	49.919	8.791	11.288	1.661	1.856	- .495	.3112 n.s.

p < .05
* p < .01
** p < .005
*** p < .001

Tableau 2
Effet du sexe du défunt sur les résultats du GEI

Echelles du GEI	Moyenne		Ecart-type		Erreur-type		t	p
	père (n=39)	mère (n=24)	père (n=39)	mère (n=24)	père (n=39)	mère (n=24)		
Den	48.25	50.48	9.089	7.682	1.437	1.536	-1.019	.1559 n.s.
AR	46.525	50.68	6.453	6.216	1.02	1.243	-2.561	.0064 *
SD	48.1	50.32	7.337	10.127	1.16	2.025	-1.023	.155 n.s.
DES	42.84	7.48	7.14	9.536	1.129	1.907	-2.256	.0137
AH	46.65	50.32	8.69	10.554	1.374	2.111	-1.524	.0662 n.s.
GU	46.875	47.96	6.489	7.834	1.026	1.567	- .605	.2736 n.s.
SI	50.25	54.28	8.23	9.537	1.301	1.907	-1.806	.0378
LC	49.775	52.2	9.689	8.036	1.532	1.607	-1.046	.1498 n.s.
RU	50.3	52.12	10.559	11.05	1.67	2.21	- .664	.2545 n.s.
DR	46.9	50.04	8.649	9.396	1.368	1.879	-1.377	.0866 n.s.
SOM	44.45	48.64	6.417	8.958	1.015	1.792	-2.195	.016
DA	48.275	51.12	9.551	11.211	1.51	2.242	-1.092	.1394 n.s.

* p < .05
 * p < .01
 ** p < .005
 *** p < .001

Tableau 3
Effet du mode de la perte sur les résultats du GEI

Echelles du GEI	Moyenne		Ecart-type		Erreur-type		t	p
	Soudain (n=25)	Anticipé (n=38)	Soud. (n=25)	Ant. (n=38)	Soud. (n=25)	Ant. (n=38)		
DEN	49.154	49.077	8.254	8.901	1.619	1.425	- .035	.4861 n.s.
AR	50.077	46.821	7.456	5.762	1.462	.923	-1.983	.0256
SD	47.115	50.179	9.357	7.783	1.835	1.246	1.433	.0784 n.s.
DES	45.923	43.718	9.495	7.571	1.862	1.212	-1.038	.1515 n.s.
AH	48.077	48.051	9.72	9.548	1.906	1.529	- .011	.4958 n.s.
GU	49.115	46.077	6.866	6.903	1.347	1.105	-1.742	.0432
SI	52.154	51.564	9.414	8.666	1.846	1.388	- .26	.398 n.s.
LC	51.423	50.231	10.269	8.34	2.014	1.335	- .514	.3044 n.s.
RU	55	48.333	10.852	9.858	2.128	1.579	-2.565	.0063 *
DR	50.654	46.41	8.588	8.979	1.684	1.438	-1.899	.0311
SOM	47.962	44.795	7.539	7.651	1.479	1.225	-1.664	.0526 n.s.
DA	50.923	48.333	11.342	9.429	2.224	1.51	-1	.1606 n.s.

p < .05

*
p < .01

**
p < .005

p < .001

(AR) ($T = -2.561$, $p < .0064$), de Désespoir (DES) ($p < .0137$), d'Isolement Social (SI) ($T = -1.806$, $p < .0378$) et de Somatisation (SOM) ($T = -2.195$, $p < .016$). Dans tous ces cas, la réaction est plus forte lors du deuil de la mère.

Le tableau 3 illustre l'effet du mode de la perte sur les résultats du GEI. Le mode soudain d'une perte est significativement plus élevé sur les échelles des Réponses Atypiques (AR) ($T = -1.983$, $p < .0259$), de Culpabilité (GU) ($T = -1.742$, $p < .0432$), de Ruminantion (RU) ($T = -2.565$, $p < .0063$) et de Dépersonnalisation (DR) ($T = -1.899$, $p < .0311$).

Le tableau 4 démontre l'effet de la proximité sur les résultats du GEI. La proximité a été mesurée avec une échelle à quatre niveaux, qui ont été regroupés en deux catégories pour l'analyse. Ainsi, l'adulte "très proche" du défunt montre une réaction significativement plus intense sur les échelles de Désirabilité Sociale (SD) ($T = 2.431$, $p < .009$), de Ruminantion (RU) ($T = 3.501$, $p < .0004$), de Dépersonnalisation (DR) ($T = 1.848$, $p < .0347$) et d'Anxiété Face à la Mort (DA) ($T = 2.014$, $p < .0242$).

Les tableaux suivants présentent des résultats d'analyses de variances à 2 facteurs où la somme de variation considérée est l'interaction entre le sexe du sujet et le mode de la perte (tableau 5), le sexe du défunt et le mode de la perte (tableau 6) et le mode de la perte et la proximité (tableau 7).

Tableau 4
Effet de la proximité sur les résultats du GEI

Echelles du GEI	Moyenne		Ecart-type		Erreur-type		t	p
	Très proche (n=25)	Modérée (n=38)	T.P. (n=25)	Mod. (n=38)	T.p. (n=25)	Mod. (n=38)		
DEN	48.653	50.5	8.164	9.913	1.166	2.478	- .745	.2296 n.s.
AR	47.408	50.312	6.913	5.301	.988	1.325	-1.536	.0647 n.s.
SD	50.367	44.625	8.602	6.771	1.229	1.693	2.431	.009 *
DES	45.408	42.125	8.701	7.042	1.243	1.76	1.368	.0881 n.s.
AH	48.673	46.188	9.845	8.557	1.406	2.139	.904	.1848 n.s.
GU	47.612	46.312	7.141	6.661	1.02	1.665	.642	.2615 n.s.
SI	51.918	51.438	9.53	6.889	1.361	1.722	.186	.4264 n.s.
LC	51.612	47.938	8.772	9.815	1.253	2.454	1.413	.0812 n.s.
RU	53.449	43.5	9.893	9.791	1.413	2.448	3.501	.0004 ***
DR	49.265	44.562	8.815	8.914	1.259	2.229	1.848	.0347
SOM	46.653	44.25	7.543	8.169	1.078	2.042	1.084	.1412 n.s.
DA	50.796	45	9.962	10.1	1.423	2.525	2.014	.0242

p < .05
*
p < .01
**
p < .005

p < .001

Le tableau 5 présente suite à une analyse de variance, des interactions significatives de l'intensité réactionnelle sur certaines échelles du GEI entre le sexe du sujet et le mode de la perte. Ces échelles présentent une plus grande intensité dans les réactions tant pour l'homme que pour la femme qui ont perdu un parent subitement. L'analyse des tendances montre que, chez l'homme, l'intensité des réactions est plus grande sur l'échelle du Déni (DEN) ($F = 4,025$, $p < .0494$). Chez la femme l'analyse des tendances révèle que l'intensité des réactions est plus grande sur les échelles des réponses Atypiques (AR) ($F = 4,551$, $p < .0371$), de la Perte de Contrôle (PC) ($F = 4,424$, $p < .0397$) et de la Ruminantion (RU) ($F = 5,933$, $p < .0179$).

Le tableau 6 présente une interaction significative entre le sexe du défunt et le mode de la perte. Les résultats détaillés indiquent une intensité réactionnelle plus grande pour l'adulte qui perd sa mère subitement. En ce sens, il n'y a qu'une échelle significative, c'est celle de la Désirabilité Sociale (SD) ($F = 8,511$, $p < .005$).

Le tableau 7 présente une interaction significative entre le mode de la perte et la proximité sur l'échelle d'Anxiété Face à la Mort (DA) ($F=5,019$, $p < .0289$). Ainsi, la proximité "très proche" selon un mode soudain est ici considérée comme étant significative.

Enfin le tableau 8 présente les résultats d'une analyse de variance à trois facteurs, où la somme de la variation considérée est l'interaction entre le sexe du

Tableau 5

Interaction du sexe du sujet et du mode de la perte sur les résultats du GEI

Echelles du GEI	dl	Somme des carrés	Moyenne carrés	F	p	
Den	1	215.562	215.562	4.025	.0494	*
AR	1	176.852	176.852	4.551	.0371	*
SD	1	13.865	13.865	.183	.67	n.s.
DES	1	129.295	129.295	1.833	.1809	n.s.
AH	1	333.403	333.403	3.808	.0558	n.s.
GU	1	36.215	36.215	.737	.394	n.s.
SI	1	38.193	38.193	.452	.5042	n.s.
LC	1	304.468	304.468	4.424	.0397	*
RU	1	522.569	522.569	5.933	.0179	*
DR	1	177.476	177.476	2.35	.1306	n.s.
SOM	1	92.8	92.8	1.647	.2044	n.s.
DA	1	166.283	166.283	1.647	.2044	n.s.

* $p < .05$

Tableau 6

Interaction du sexe du défunt et du mode de la perte sur les résultats du GEI

Echelles du GEI	dl	Somme des carrés	Moyenne carrés	F	p	
Den	1	3.414	3.414	.057	.8122	
AR	1	32.687	32.687	.821	.3685	
SD	1	546.389	546.389	8.511	.005	*
DES	1	8.559	8.559	.123	.7267	
AH	1	4.861	4.861	.053	.8192	
GU	1	100.237	100.237	2.076	.1549	
SI	1	24.297	24.297	.3	.586	
LC	1	7.755	7.755	.089	.7661	
RU	1	50.091	50.091	.496	.4838	
DR	1	176.599	176.599	2.321	.133	
SOM	1	9.489	9.489	.166	.6853	
DA	1	381.891	381.891	3.937	.0519	

* $p < .01$

Tableau 7

Interaction du mode de la perte et de la proximité sur les résultats du GEI

Echelles du GEI	dl	Somme des carrés	Moyenne carrés	F	p
Den	1	33.594	33.594	.542	.4645
AR	1	60.341	60.341	1.462	.2314
SD	1	33.747	33.747	.499	.4826
DES	1	23.761	23.761	.332	.5669
AH	1	75.781	75.781	.815	.3702
GU	1	155.766	155.766	3.297	.0745
SI	1	276.508	276.508	3.422	.0694
LC	1	18.18	18.18	.213	.6463
RU	1	95.405	95.405	1.154	.2871
DR	1	87.945	87.945	1.169	.284
SOM	1	.006	.006	1.089	.9917
DA	1	458.091	458.091	5.019	.0289 *

* p < .05

Tableau 8

Interaction du sexe du sujet, du sexe du défunt et du mode de la perte sur les résultats du GEI

Echelles du GEI	dl	Somme des carrés	Moyenne carrés	F	p
Den	1	156.619	156.619	2.306	.1344
AR	1	156.576	156.575	4.624	.0358 *
SD	1	100.207	100.207	1.564	.2162
DES	1	28.862	28.862	.423	.5181
AH	1	526.921	526.921	6.488	.0136 *
GU	1	21.707	21.707	.44	.5099
SI	1	503.092	503.092	6.815	.0115 *
LC	1	41.939	41.939	.592	.448
RU	1	72.043	72.043	.716	.401
DR	1	49.713	49.713	.668	.4173
SOM	1	186.797	186.797	3.576	.0637
DA	1	421.562	421.562	4.307	.0425 *

* p < .05

sujet, le sexe du défunt et le mode de la perte. Une analyse plus détaillée démontre des résultats plus intenses pour la femme qui perd sa mère soudainement. Ceci est vérifié par les échelles des Réponses Atypiques (AR) ($F = 4\,624$, $p < .0358$), de Colère (AH) ($F = 6\,488$, $p < .0136$), d'Isolation Sociale (SI) ($F = 6\,815$, $p < .0115$) et d'Anxiété Face à la Mort (DA) ($F = 4\,307$, $p < .0425$).

Aucune interaction significative n'est démontrée entre le sexe du sujet et le sexe du défunt, entre le sexe du sujet et la proximité, ou entre le sexe du défunt et la proximité de l'adulte sur les échelles du GEI. Egalement, aucune interaction significative entre le sexe du sujet, le mode de la perte et la proximité n'est démontrée sur les échelles du GEI.

II- Vérification des hypothèses

Première hypothèse

Notre première hypothèse est à l'effet que l'adulte qui perd un parent selon un mode soudain aura une intensité réactionnelle plus grande que celui qui perd un parent selon un mode anticipé.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons, comme mentionné antérieurement, utilisé le test-t unilatéral pour relever les différences de moyenne entre les groupes.

Il appert que le mode soudain de la perte est significativement démontré sur quatre échelles seulement, comme le montrait plus tôt le tableau 3 des résultats.

Ainsi, ces résultats significatifs permettent d'accepter partiellement cette hypothèse, considérant les différences qualitatives présentées.

Deuxième hypothèse

Notre deuxième hypothèse est à l'effet que l'intensité des réactions sera plus grande chez la femme que chez l'homme.

Pour vérifier cette hypothèse l'analyse statistique des résultats nous démontre que la femme, d'une façon générale, présente une intensité réactionnelle plus élevée que l'homme sur trois échelles. L'homme a présenté une plus grande réaction sur une échelle, celle du Déni (Den) ce qui va donc dans le sens de cette hypothèse

puisque la définition même du déni est de ne pas reconnaître ses propres réactions. Cette seconde hypothèse est donc également partiellement vérifiée.

Troisième hypothèse

Notre troisième hypothèse est à l'effet qu'indépendamment du sexe de l'adulte, la perte de la mère provoquera les réactions les plus intenses.

Pour vérifier cette hypothèse, quatre échelles du GEI présentent une intensité significativement plus élevée à la perte de la mère (à $p < .05$) qu'à la perte du père. Cette hypothèse est partiellement vérifiée.

Quatrième hypothèse

Notre quatrième hypothèse est à l'effet que plus la proximité entre l'endeuillé et le défunt aura été grande plus l'intensité des réactions suite à la perte sera grande.

Cette hypothèse est partiellement vérifiée par quatre échelles du GEI (SD, RU, DR, et DA) qui présentent un $p < .05$. Ainsi l'adulte qui se considère "très proche" du

défunt aura une intensité réactionnelle significativement plus élevée que l'adulte qui perçoit une proximité "modérée".

Cinquième hypothèse

Notre cinquième hypothèse est à l'effet que chaque mode de perte présentera des différences qualitatives; ainsi le deuil soudain révélera une plus grande intensité réactionnelle de dépersonnalisation, de colère, d'anxiété, de culpabilité et de somatisation, tandis que le deuil anticipé présentera une plus grande intensité dans les réactions d'isolation, de déni et de rumination.

Pour vérifier cette hypothèse, le test-t nous a permis de démontrer que le deuil soudain entraînait une réaction significativement plus intense sur les échelles de Dépersonnalisation et de Culpabilité ($p < .05$). Les échelles de Colère, d'Anxiété, et de Somatisation ne sont pas significatives pour le deuil soudain. Toutefois, deux autres échelles se distinguent des autres, il s'agit des Réponses Atypiques et de la Rumination ($p < .05$).

Par contre le mode anticipé ne se caractérise par aucune intensité réactionnelle particulière. Nous pourrions croire que ces résultats, ceux décrits plus haut, vont dans le même sens que les études qui proposent qu'un deuil anticipé, donc prévisible, tendra à être ressenti avec moins d'intensité et de force et permettra un ajustement

plus aisé à la perte (Rando, 1984; Sanders, 1977; Parkes, 1975; Gerber, 1974; Chodoff et al., 1964; Shand, 1920). Cette hypothèse est donc partiellement vérifiée.

Chapitre IV

Discussion des résultats

Ce chapitre concerne l'interprétation des résultats. Dans un premier temps, certaines limites relatives au schème expérimental de la présente recherche seront abordées. Dans un deuxième temps, la discussion portera sur les aspects statistiques et théoriques pour enfin conclure sur les perspectives futures de cette étude.

I - Limites du schème expérimental

Plusieurs limites du schème expérimental se sont révélées au cours de cette étude. Il apparaît important de les présenter d'abord pour permettre une interprétation plus juste des résultats.

A - Population

Le nombre de participants à cette étude était de 27 hommes et de 36 femmes pour un total de 63 participants. De ce nombre, 38 sujets constituaient le groupe du mode anticipé et 25 sujets constituaient le groupe du mode soudain. La constatation que nous pouvons faire est que le nombre de sujets par catégorie est limité. Nous pouvons nous demander si l'augmentation du nombre de sujets par catégorie amènerait une vérification plus précise de nos hypothèses. Dans ce sens, comme tendent à le démontrer les niveaux de probabilité du tableau 3 des résultats, l'intensité des réactions à une perte soudaine pourrait se distinguer davantage de l'intensité présentée par les réactions à une perte anticipée.

Dans le même sens, comme l'indiquent Sanders et al. (1977), il pourrait être plus aisé de diviser l'échantillon en trois groupes distincts. Il s'agirait de retrouver un groupe de pertes soudaines, un autre de pertes à court-terme et enfin un dernier de pertes à long terme. Ceci permettrait de spécifier davantage les différents modes de perte.

B - Instrumentation

Le Grief Experience Inventory (GEI) a été traduit pour cette étude. La traduction de ce questionnaire pourrait avoir une influence sur les données recueillies. Il serait appréciable de s'assurer de la validité de cette traduction pour ne pas compromettre la fidélité au texte d'origine.

Egalement le questionnaire démographique utilisé semblait pénible à remplir pour beaucoup de sujets puisqu'il contient plusieurs questions à développement. Il pourrait être bénéfique d'alléger ce questionnaire pour faciliter la tâche à l'endeuillé-participant. Toutefois, les informations recueillies par ce questionnaire sont complémentaires et peuvent enrichir l'analyse des résultats ainsi que d'éventuelles recherches, en particulier la proximité avec le défunt qui constitue une variable importante.

C - Procédure

Il est possible que la procédure de l'expérience ait eu une influence sur les résultats obtenus. Les sujets étaient rencontrés à l'université ou à leur résidence pour la passation des questionnaires. Bien que la majorité des sujets aient été rencontrés seuls avec le chercheur, ceux qui ont été vus à leur domicile n'offraient pas toujours le contexte idéal pour la passation des questionnaires puisque certaines distractions pouvaient être présentes (ex. les enfants ou le conjoint, le téléphone, une visite ou un voisin...).

Nous avons également remarqué qu'il n'était pas toujours possible de présenter les questionnaires dès le début de la rencontre pour ensuite passer au partage des souvenirs évoqués par les participants. Il arrivait parfois que les sujets, lorsqu'envahis par leurs émotions, débutaient la rencontre par l'expression de leurs souvenirs pour ensuite laisser place à l'expérimentation. Il nous apparaît donc important de respecter le rythme et l'état d'âme de chacun des participants.

Finalement, il apparaît important de considérer le temps écoulé depuis la perte d'un proche lors de la sélection des participants. Ainsi, l'homogénéité des groupes serait plus grande en diminuant l'étendue du nombre de mois écoulé depuis la perte. Par exemple, il serait profitable de trouver des sujets endeuillés depuis trois à six mois.

II - Aspects théoriques et perspectives futures

Comme nous l'avons constaté au chapitre précédent, les résultats correspondant à nos hypothèses sont partiellement significatifs. Il apparaît que nos résultats sont semblables sur plusieurs points à ceux présentées par Sander, Mauger et Strong (1977). Ainsi, il ne semble pas y avoir de différences significatives entre les deux modes de perte, sauf pour quatre échelles du mode soudain (tel que présenté au tableau 3). Plus encore, nous remarquons que l'intensité des réactions au deuil soudain est plus intense d'une façon générale chez la femme. Ce qui confirme les écrits de Myers (1986) lorsqu'il note que la femme semble réagir plus intensément à la perte de ses parents que l'homme. La femme donnerait plus de temps et de soins au parent mourant, ce qui expliquerait ses réactions plus intenses et son sentiment de grande proximité du défunt. Aussi, il est intéressant de voir que la perte soudaine de la mère provoque les réactions les plus intenses comme le suggère Horowitz et al. (1984) en émettant que la mort de la mère est plus difficile à supporter que celle du père. Ils considèrent le statut premier de figure nurturante de la mère pour expliquer cette distinction homme/femme. Egalement la mère est souvent le second parent à décéder, ce qui peut réactiver la perte du premier parent et par le fait même augmenter l'intensité des réactions.

Il est à considérer que l'homme présente une intensité réactionnelle plus grande que la femme sur l'échelle du Dénier (Den) lorsqu'il vit un deuil soudain ($p < .05$). Il faut se rappeler que cette échelle est une échelle de validité et qu'elle exprime l'hésitation à admettre les faiblesses et les émotions qui sont communes mais socialement indésirables. Ce qui ne réfute en aucune manière la distinction homme/femme quant à leurs différences de réactions à une perte.

Cette recherche a permis d'approfondir la notion d'intensité réactionnelle liée au deuil d'un parent chez l'adulte. En effet, les réactions au deuil de l'adulte ont pu démontrer que cette période développementale de la vie, comprenant les prédispositions individuelles, n'est pas sans susciter un ébranlement du fonctionnement journalier de l'individu lorsqu'il perd une première figure d'attachement, et ce particulièrement lorsque la perte est soudaine et qu'elle consiste en la perte de la mère.

Dans une prochaine recherche, un plus grand nombre de sujets serait un aspect à considérer ainsi que la subdivision du mode de la perte en trois catégories, développée par Sanders et al. (1977). Il est important que les recherches sur l'étude de l'intensité des réactions chez l'adulte se poursuive afin d'assurer une meilleure compréhension de ces notions et afin de permettre l'élaboration d'une aide adéquate pour l'adulte en difficulté de deuil. Les recherches en ce sens sont primordiales pour prévenir le développement d'un deuil morbide et pour préserver un déroulement sain du processus de deuil.

Pour conclure, cette présente étude offre l'opportunité de poursuivre d'autres recherches du même genre et de permettre la possibilité d'appliquer le GEI à une population québécoise. De plus, la traduction de cet instrument de mesure (le GEI) devient un instrument de travail intéressant et pertinent dans le secteur de la recherche.

La problématique du deuil chez l'adulte et l'intensité réactionnelle de celui-ci à la perte d'un parent est certainement un secteur de la recherche qui gagnerait à être investigué davantage.

Appendice A
Lettre d'introduction

Monsieur,
Madame,

Nous avons été informés de votre perte récente d'un être cher et nous souhaitons vous offrir nos sympathies les plus profondes. Réalisant la douleur que représente la mort d'un parent, nous hésitons à vous contacter présentement. Il n'y a que celui qui est passé à travers le deuil qui peut en ressentir tout l'impact.

Toutefois, considérant notre intérêt profond dans ce domaine, nous avons initié des recherches sur le sujet du deuil par l'entremise d'une étude de maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Nous avons besoin de l'aide de ceux qui sont passés à travers cette expérience pour nous apprendre à aider ceux qui seront en deuil. Il n'est pas difficile de nous aider. Cela implique simplement de répondre à un questionnaire et cela prendra peu de votre temps. Nous pouvons vous rencontrer chez vous où ici à l'Université, c'est à votre choix.

Nous vous téléphonerons dans quelques jours et nous espérons que vous vous sentirez libre à ce moment de poser toutes questions concernant cette recherche.

Sincèrement,

Daniel Huard, B.A.

Jacques Rousseau, Ph. D.
Superviseur
Département de psychologie, UQTR

Appendice B

Prédispositions individuelles de Parkes (1975)

Determinants of Grief¹

Determinants of the outcome of bereavement

ANTECEDENT

Childhood experiences (especially losses of significant persons)

Later experiences (especially losses of significant persons)

Previous mental illness (especially depressive illness)

Life crisis prior to the bereavement

Relationship with the deceased

 Kinship (spouse, child, parent, etc.)

 Strength or attachment

 Security of attachment

 Degree of reliance

 Intensity of ambivalence (love/hate)

Mode of death

 Timeliness

 Previous warnings

 Preparation for bereavement

 Need to hide feelings

CONCURRENT

Sex

Age

Personality

 Grief proneness

 Inhibition of feelings

Socio-economic status (social class)

Nationality

Religion (faith and rituals)

Cultural and familial factors influencing expression of grief

SUBSEQUENT

Social support or isolation

Secondary stresses

Emergent life opportunities (options open)

¹ Tiré de Parkes, C.M. (1975). Determinants of Outcome Following Bereavement. *Omega : Journal of Death and Dying*, vol. 6 (4), 303-323.

Appendice C

Instruments de mesure

Accord de participation

Date: _____

Je, sous-signé, consens à participer à cette recherche et à répondre aux deux questionnaires qui y sont reliés. Il est entendu que toutes informations demeurent strictement confidentielles et qu'il n'y a que le chercheur qui peut y avoir accès. Aussi, je peux choisir de retirer ma participation à n'importe quel moment.

Signature du participant:

Signature du chercheur:

Informations Personnelles

Nom: _____ Date: _____

Lieu de naissance: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ Tél: _____

Religion: _____ Origine Ethnique: _____

Education: _____

Famille: Parents: mère vivante: _____ Père vivant: _____

Est-ce que ce parent a déjà vécu une séparation, un divorce, autre?

Fratric: frères: _____ soeur: _____

votre rang (1er né, second...): _____

Votre occupation: _____

Etes-vous célibataire, marié, séparé, divorcé, autre?

Combien avez-vous d'enfants? (s'il y a lieu, énumérer par le sexe et l'âge)

Depuis combien de temps vivez-vous dans cette maison?

Combien de membres de la famille vivent près de chez-vous?

Est-ce que les membres de votre famille vous visitent souvent?

Si oui, combien de jours par mois?

Combien avez-vous vécu de décès dans la famille?

(donner le lien avec la famille et votre âge)

Nom du défunt:

Occupation du défunt:

Cause du décès:

Age du défunt:

Date de la mort:

Votre âge à ce moment-là:

Quelle proximité aviez-vous avec le défunt:

extrêmement: _____ très: _____ modérée _____ pas très _____

L'apparition de la mort a été:

graduelle (fin en plus de 7 jours): _____

rapide (moins de 7 jrs mais plus de 2 heures): _____

soudaine (fin en moins de 2 hres): _____

instantanée: _____

Où la mort s'est-elle produite?

maison: _____ hôpital: _____ autre: _____

Etiez-vous présent au moment de la mort?

Viviez-vous dans la même demeure que le défunt au moment de la mort?

Avez-vous eu un avertissement de la possibilité de la mort du défunt?

Est-ce que le médecin vous a informé que la maladie était terminale?

(s'il y a lieu)

Quand?:

Etiez-vous présent aux funérailles? _____ crémation? _____

Etiez-vous face à d'autres situations de crise à ce moment-là?

Si oui, s.v.p. expliquer:

Avez-vous consulté un médecin dans les six mois avant le décès?

Quel est votre souvenir le plus lointain de séparation?

Mis à part la mort, quelle a été la plus grande perte dont vous ayez souffert?

Combien de personnes étaient disponibles pour vous aider dans vos moments d'émotions?

Enumérez toutes réponses ou actions qui vous ont été bénéfiques pour passer à travers cette situation de crise:

Enumérez toutes réponses ou actions qui vous ont nuit:

Jusqu'à quel point étiez-vous prêt à faire face à une expérience de deuil?

QUESTIONNAIRE GEI

1. Immédiatement après le décès je me sentais exténué.
2. J'ai tendance à être plus imitable avec les autres.
3. Je suis très préoccupé par l'image du défunt.
4. J'éprouve fréquemment des sentiments de colère.
5. Ce n'est pas difficile de maintenir des relations sociales avec des amis.
6. Mes bras et mes jambes sont très lourds.
7. J'ai une conscience inhabituelle de choses ayant trait à la mort.
8. Il me semble qu'il y aurait eu plus de choses à faire pour le défunt.
9. J'ai démontré peu d'émotions aux funérailles.
10. Je ressentais un grand besoin de soutenir le moral des autres après le décès.

11. Je me sens retranché et isolé.
12. Je prends rarement des aspirines.
13. Je me sens réticant de prendre part à des réunions sociales.
14. J'étais incapable de pleurer à l'annonce du décès.
15. J'ai des sentiments de culpabilité parce que j'ai été épargné et pas le défunt.
16. J'ai un besoin particulier d'être près des autres.
17. J'éprouve fréquemment de la confusion.
18. Je me sens perdu et désespéré.
19. Je suis réconforté de croire que le défunt est au ciel.
20. J'ai fréquemment eu des maux de tête depuis le décès.

21. C'était difficile de se séparer des vêtements et des articles personnels du défunt.
22. Il était nécessaire de prendre des somnifères après le décès.
23. L'envie du défunt est tellement intense que je sens parfois une douleur physique à ma poitrine.
24. Je pleure facilement.
25. J'ai pris des tranquillisants depuis le décès.
26. J'éprouve une sécheresse de la bouche et de la gorge.
27. Je me sens troublé.
28. A l'annonce du décès je me suis senti confus.
29. Il est difficile de me concentrer sur quelque chose.
30. J'ai des sentiments d'apathie.

31. J'ai éprouvé le sentiment que "quelque chose est mort en moi" lorsque la mort est survenue.
32. Mes douleurs et mes souffrances m'embêtent rarement.
33. Je me sens souvent irrité par les autres.
34. Je n'ai pu pleurer qu'après les funérailles.
35. Je sens que j'ai pu contribuer d' une quelconque façon au décès.
36. Je me vois exécuter certains actes qui sont semblables à ceux qui étaient exécutés par le défunt.
37. J'ai fait les arrangements funéraires.
38. Je manque d'énergie pour prendre plaisir à l' exercice physique.
39. Je me sens rarement enthousiaste pour quoi que ce soit.
40. Je sens que le chagrin m' a vieilli.

41. Je n'ai jamais rêvé que le défunt était encore vivant.
42. Je me vois souvent demander " pourquoi la mort devait-elle se produire ainsi ?"
43. J' ai parfois de la difficulté à croire que la mort est réellement survenue.
44. Je sens un grand besoin de finir certaines tâches inachevées par le défunt.
45. J' ai souvent rêvé de moments où le défunt était vivant.
46. Je suis souvent irritable.
47. J' ai rêvé au défunt et je l' ai vu mort.
48. Je me sens extrêmement anxieux et instable.
49. Je sens de la tension dans mon cou et dans mes épaules.

50. J' ai parfois un puissant désir de crier.
51. Je suis tellement occupé que j' ai à peine le temps de faire mon deuil.
52. Je ressens de la colère envers Dieu.
53. J' ai besoin de me mettre en petite boule lorsque je fais des crises de larmes.
54. Je sens que j' ai un grand besoin d' être seul.
55. Je pense rarement à ma propre mort.
56. Je trouve difficile de pleurer.
57. Il est trop douloureux de regarder des photos du défunt.
58. Pour moi la vie a perdu son sens.
59. Je n'ai pas de problème avec ma digestion.
60. J' ai eu de brefs moments où j' ai ressenti de la colère d'avoir été abandonné.

61. Je n' ai pas de problème de sommeil depuis le décès.
62. J' ai un gros appétit.
63. Je me sens en bonne santé.
64. Il m' est réconfortant de parler avec d' autres qui ont eu une perte semblable.
65. J' ai une grande nostalgie du défunt.
66. Je me sens rarement déprimé.
67. J' ai l' impression de me regarder aller dans l' action de vivre.
68. La vie semble vide et stérile.
69. J' ai parfois le sentiment que le défunt est présent.
70. Je prends souvent des calmants.

71. J' ai de fréquents changements d' humeurs.
72. Les actions de certaines personnes me rendent plein de ressentiments.
73. Je ne suis pas facilement touché.
74. Je perd du poids.
75. Les petits problèmes semblent écrasants.
76. Je me sens parfois coupable d' avoir du plaisir.
77. J' ai la diarrhée fréquemment.
78. J' ai souvent le souhait d' être mort à la place du défunt.
79. J' ai perdu mon appétit.
80. Je parle parfois avec la photo du défunt.

81. Je ne suis pas intéressé par des activités sexuelles.
82. Je souhaite parfois être mort.
83. Il est difficile de conserver ma foi religieuse à la lumière de toute la douleur et la souffrance occasionnées par le décès.
84. J' ai l' impression d' avoir perdu mon énergie.
85. Je redoute de regarder un corps au salon mortuaire.
86. Je me vois idéalisant le défunt.
87. J' ai des problèmes de constipation.
88. Je prends souvent de longues marches tout seul.
89. J' évite de rencontrer de vieux amis.
90. J' ai un grand besoin d' avoir quelqu' un à qui parler.

91. Je me sens souvent la gorge serrée.
92. Je me vois parfois chercher inconsciemment le défunt dans la foule.
93. J' ai l' impression d' avoir perdu ma confiance en moi.

94. Je bois plus d' alcool qu' avant le décès.
95. Après l' annonce du décès j' ai pensé " que ça ne pouvait pas m' arriver à moi".
96. J' ai des cauchemars.
97. La pensée de la mort me vient rarement à l' esprit.
98. Je ne me suis jamais préoccupé de ce que ça pouvait être que d' avoir une maladie douloureuse.
99. Les funérailles me bouleversent parfois.
100. Je ne me sentirais pas mal à l' aise de visiter quelqu' un qui est mourant.

101. Je m' inquiète souvent de voir le temps passer si vite.
102. Je n' ai pas peur de l' échec.
103. Je suis près de quelques personnes seulement.
104. La vue d' un mort m' est horrifiante.
105. Je sais toujours quoi dire à une personne en deuil.
106. Je recherche souvent des conseils des autres.
107. Ca ne me dérange pas lorsque les gens parlent de la mort.
108. Je ne me souviens pas d' une fois où mes parents ont été en colère contre moi.
109. Je ne pense pas que les gens savent comment réagir face à une personne en deuil dans notre société actuelle.
110. Je n' ai jamais de réaction émotionnelle aux funérailles.

111. Souvent je pense combien la vie est courte.
112. Je n' ai pas peur de mourir du cancer.
113. Ca ne me dérange pas d' aller chez le médecin pour des examens médicaux.
114. J' ai le frisson de penser à la guerre nucléaire.
115. L' idée de mourir ne me fait pas peur.
116. J e ne perds jamais mon calme.
117. J' ai toujours été absolument certain de réussir quelque chose que j' essaie pour la première fois.
118. Je ne suis généralement pas heureux.
119. J' ai l' impression d' avoir peu à craindre du futur.
120. Je ne me souviens pas m' être déjà senti mal à l' aise dans une situation sociale.

121. Je me vois soupirer plus maintenant qu' avant le décès.
122. J' ai passé beaucoup de temps avec le défunt avant sa mort.
123. Je réalise que ça m' aide de réconforter les autres.
124. Ma famille semble proche de moi.

125. J' ai le sentiment d' avoir fait tout ce qui aurait pu être fait pour le défunt.
126. Ma foi religieuse est une source de force et de réconfort intérieur.
127. Je fume plus ces jours-ci.
128. Je ne suis pas une personne réaliste.
129. Je suis réveillé la majeure partie de la nuit.
130. Je me sens épuisé lorsque je vais me coucher mais je reste éveillé pendant plusieurs heures.

131. Je suis tellement préoccupé que j' en perd le sommeil.
132. Je me réveille souvent dans le milieu de la nuit et je ne peux me rendormir.
133. Je dors bien presque toutes les nuits.
134. Les choses semblent encore plus noires lorsque je suis éveillé au milieu de la nuit.
135. Je peux dormir durant la journée mais pas la nuit.

Appendice D

Mesure de la validité et de la fidélité du GEI

Reliability Estimates of GEI Scales

Scale Name	# of Items	Alphas	Test-Retest Reliability	
			College Students ¹	Early Bereavement ²
			r	r
Denial(Den)	11	.59	.61	.18
Atypical Responses (AR)	28	.52	not computed	.47
Despair (Des)	18	.84	.84	.63
Anger (AH)	9	.69	.72	.47
Guilt (Gu)	6	.52	.76	.57
Social Isolation (SI)	7	.54	.83	.51
Loss of Control (LC)	9	.68	.74	.62
Rumination (Ru)	12	.69	.77	.57
Depersonalization (DR)	8	.71	.77	.69
Somatization (Som)	20	.81	.87	.55
Death Anxiety (DA)	11	.55	.71	.50
Sleep Disturbances (SSD)+	10	-.55	.52	.19
Appetite (SAP)*	3	.68	.84	.25
Vigor (SVI)*	6	.37	.80	.60
Physical Symptoms (SP)*	10	.68	.87	.58
Optimism vs Despair (OD)	6	.68	.69	.59
Dependency (Dep)	6	-.23	.68	.57
Social Desirability (SD)	7	.34	.53	.57

+Based on N=405

*Subscale of Somatization

¹N=22, test-retest interval was 9 weeks; ²N=79, test-retest interval was 18 months.

Coefficient Alphas were calculated on the General Reference Norm Group (N=135).

T tests Between Bereaved and Control Participants

Scale	Mean		Standard Deviation		T-Value	2-Tail Prob.
	Bereaved	Control	Bereaved	Control		
Atypical Response	5.09	3.90	2.94	2.00	3.36	.001
Social Desirability	4.66	3.72	1.26	1.18	5.45	.0001
Anger/Hostility	3.84	2.01	2.43	1.51	6.44	.0001
Social Isolation	2.40	1.37	1.58	1.23	5.19	.0001
Loss of Control	5.11	2.51	2.07	1.45	10.33	.0001
Somatization	6.34	3.59	4.11	2.80	5.57	.0001
Death Anxiety	5.00	3.85	2.28	2.20	3.65	.0001
Sleep Disturbance*	1.11	.50	.91	.67	5.40	.0001
Appetite*	1.08	.37	1.20	.63	5.27	.0001
Vigor*	2.79	.76	1.77	1.04	9.99	.0001
Physical Symptoms*	3.21	1.76	2.21	1.71	5.20	.0001
Dependency	3.26	1.14	1.49	1.13	11.45	.0001

*Subscale of Somatization

Intercorrelations of GEI Scales with the MMPI

	Den	AR	Des	AH	Gu	SI	LC	Ru	DR	Som	DA	SSD	SAP	SVI	SP	OD	Dep	SD	
L	.41*	-.09	-.01	-.24	.01	.06	.04	-.03	-.10	.07	-.27	.03	.07	.07	.09	-.04	.12	.02	L
F	-.01	.40*	.37*	.45*	.39*	.35*	.06	.32*	.29	.30	.16	.29	.16	.26	.30	.30	.07	.01	F
K	.06	-.20	-.34*	-.36*	-.25	-.28	-.24	-.39*	-.29	-.32*	-.24	-.26	-.19	-.27	-.34*	-.31*	-.18	.10	K
Hs	.05	.26	.23	.09	.19	.13	.06	.18	.16	.39*	.01	.31*	.25	.29	.36*	.19	.03	.02	Hs
D	-.13	.37*	.44*	.30*	.08	.36*	.26	.26	.22	.47*	.15	.29	.27	.38*	.43*	.34*	.07	-.13	D
Hy	-.05	.24	.26	.06	.02	.12	.08	.19	.20	.34*	.00	.17	.18	.36*	.33*	.20	.09	-.04	Hy
Pd	-.25	.29	.43*	.41*	.28	.24	.17	.34*	.40*	.33*	.24	.26	.17	.32*	.32*	.41*	.25	-.12	Pd
Mf	.27	.06	.02	-.10	.08	-.01	-.05	.06	.06	-.00	-.10	-.07	-.06	-.04	.01	.02	-.08	-.03	Mf
Pa	-.18	.32	.44*	.43*	.29	.41*	.21	.39*	.30*	.39*	.25	.23	.20	.38*	.42*	.33*	.26	-.05	Pa
Pt	-.24	.21	.49*	.33*	.39*	.26	.39*	.42*	.41*	.38*	.32*	.35*	.17	.30	.43*	.32*	.23	-.02	Pt
Sc	-.17	.26	.27	.21	.20	.15	.11	.27	.23	.18	.15	.06	.02	.14	.21	.18	.15	-.10	Sc
Ma	.04	.17	.12	.24	.25	.13	-.13	.25	.17	.04	.20	.05	.01	.05	.11	.13	.09	-.02	Ma
Si	-.43*	.15	.35*	.36*	.30*	.32*	.28	.24	.29	.32*	.37*	.33*	.10	.29	.34	.21	.04	-.08	Si
R	-.23	-.03	.02	-.05	-.00	-.05	-.02	-.05	-.06	.10	-.02	.15	-.02	.14	.10	-.07	-.07	-.03	R
A	-.37*	.27	.45*	.40*	.34*	.30	.26	.32*	.29	.36*	.33*	.25	.15	.35*	.35*	.31*	.12	-.06	A
Es	-.34*	-.10	-.19	-.09	-.09	-.24	-.05	-.27	-.13	-.16	-.01	-.10	-.09	-.27	-.17	-.06	-.06	-.15	Es

Note: The Pearson product moment correlations in the above table were calculated on 92 individuals in early bereavement.

*p < .001

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, Monsieur Jacques Rousseau, Ph. D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'assistance éclairée et respectueuse de ce dernier fut grandement appréciée et bénéfique.

Références

- Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders, in Selected Papers on Psychoanalysis. New York: Basic Books (1924).
- Angel, Marc D. (1987). The orphaned adult: Confronting the death of a parent. New York: Insight Books, Human Sciences Press.
- Averill, James R. (1968). Its nature and significance, in Carr, A.C., Schoenberg, B., Peretz, D., and Kutscher, A.H. (Eds.): Grief: Selected Readings. New York: Health Sciences (1975), 232-260.
- Blank, H.R. (1974). Anticipatory grief and mourning, in Schoenberg et al. (Eds.): Anticipatory grief. New York: Columbia University Press.
- Blauner, Robert (1960). Death and social structure. Psychiatry, 25, 4, nov. , 379.
- Bowlby, John (1961). Process of mourning, in Carr, A.C. et al. (Eds.): Grief: Selected Readings. New York: Health Sciences.
- Bowlby, John (1980). Attachement et perte. La perte: tristesse et dépression. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bugen, Larry A. (1977). Human grief: A model for prediction and intervention. American Journal of Orthopsychiatry, 47, (2), 196-206.
- Cannon, W.B. (1929). Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Second edition. London: Appleton.
- Chodoff, F., Friedman, S., Hamberg, D. (1964). Stress defences and coping behavior: Observations in parents of children with malignant disease. American Journal of Psychiatry, 120, 743-749.
- Clayton, Paula, Desmarais, Lynn, Winokur, George (1968). A study of normal bereavement. American Journal of Psychiatry, 125, 2.
- Corazzini, John G. (1979). The theory and practice of loss therapy, in Schoenberg et al. (Eds.): Anticipatory grief. New York: Columbia University Press, 73-74.
- Darwin, Charles (1872). The expression of the emotions in man and animals. London: Murray.
- Davidson, G.W. (1975). Living with dying. Minneapolis: Augsburg.
- Delisle-Lapierre, Isabelle (1984). Vivre son mourir: De la relation d'aide aux soins palliatifs. Ottawa: De Mortagne.

- Deutsch, Diane Karen (1982). The development, reliability and validity of an instrument designed to measure grief. Thèse de doctorat, Michigan University Microfilm International.
- Durkeim, E. (1915). The elementary forms of religious life. New York: Macmillan.
- Engel, G.L. (1961). Is grief a disease ? Psychosomatic Medicine, 23, 18-22.
- Erikson, E.H. (1950). Childhood and society. New York: Norton, London: Imago, 1951. Revised edition, New York: Norton, 1963.
- Fenichel, Otto (1935). On compulsive doubt about news of death, in The collected papers of Otto Fenichel. First Series. New York: Norton, 1953.
- Fenichel, Otto. (1945). The psychoanalytic theory of neurosis. New York: Norton.
- Fréchette, Michel (1980). Psychiatrie du troisième âge, in Lalonde, P., Grunberg, F. (Eds.): Psychiatrie clinique: Approche contemporaine. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Freud, Sigmund (1957). Mourning and melancholia. Collected Papers. The International Psychoanalytical Library, 1V, 10.
- Fulton, R., Fulton, J. (1975). Anticipatory grief: A psychosocial Aspect of terminal care, in Carr, A.C., Schoenberg, B., Peretz, D., Kutscher, A. H. (Eds.): Grief: selected readings. New York: Health Sciences, 217-231.
- Futterman, E.H., Hoffman, I., Sabshin, M. (1972). Parental anticipatory mourning, in Schoenberg et al. (Eds.): Psychosocial aspects of terminal care. New York: Columbia University Press.
- Gerber, I., Rusalem, R., Hannon, N., Battin, D., Arkin, A. (1975). Anticipatory grief and aged widows and widowers. Journal of gerontology, 30, (2), 225-229.
- Glick, I., Weiss, R. S., Parkes, C.M. (1974). The first year of bereavement. New York: John Wiley.
- Gorer, G. (1965). Death, grief, and mourning. London: Cresset Press.
- Hilgard, E.R., Atkinson, R.L., Atkinson, R.C. (1980). Introduction à la psychologie. Montréal: Etudes Vivantes.
- Horowitz, M.J., Weiss, D., Kaltreider, N., Krupnick, J., Wilner, N., Marmar, C., Dewitt, K. (1984). Response to death of a parent: A follow-up study. Journal of Nervous and Mental Disease (in press).
- Jacobson, E. (1957). Normal and pathological moods: Their nature and functions. Psychoanalytic Study of the Child, 12, 73-113.

- Jacobson, E. (1967). Introjection in mourning. International Journal of Psychiatry, 3, 433-435.
- Kaltreider, Nancy, Mendelson, Sherry (1985). Clinical evaluation of grief after parental death. Psychotherapy, 22, (2), 224-230.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1975). La mort: Dernière étape de la croissance. Ottawa: Québec/Amérique.
- Kutscher, A.H., Goldberg, I. K., Poslusny, E. (1974). Anticipatory grief: Terminology, meaning, usage, and connotations in thanatology, in Schoenberg et al. (Pubs.): Anticipatory grief. New York: Columbia Press.
- Kutscher, A. H. (1969). Death and bereavement. Springfield, Illinois: Thomas.
- Lewis, Robert, L. (1977). The effects of type of death and preparation time on bereavement. Disertation Abstract International, 38, (9-B).
- Lindermann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101, 141-148.
- Loewald, H. (1962). Internalization, separation, mourning and the superego. Psychoanalytic Quarterly, 31.
- Malinak, D.P., Hoyt, M.F., Patterson, V. (1979). Adults reaction to the death of a parent: A preliminary study. American Journal of Psychiatry, 136, 9, 1152-1156.
- Moss, M.S., Moss, S.Z. (1983). The impact of parental death in the middle aged children. Omega, 14, (10), 65-75.
- Myerowitz, J.H. (1974). Dromenon vs drama, in Schoenberg, B., et al. (Pubs.): Anticipatory grief. New York: Columbia University Press.
- Myers, Edward (1986). When parents die: A guide for adults. New York: Viking Penguin.
- Osterweis, Marian, Solomon, F., Green, M. (Eds.). Bereavement: Reactions, consequences, and care. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Parkes, C.M. (1965). Bereavement and mental illness: A clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. British Journal of Medical Psychology, 38, 1-12.
- Parkes, C. M. (1971). The first year of bereavement. Psychiatry, 33, 444-467.
- Parkes, C. M. (1975). Determinants of outcome following bereavement. Omega: Journal of Death and Dying, 6 (4), 303-323.
- Parkes, C. M., Weiss, R.S. (1983). Recovery from bereavement. New York: Basic Books.

- Peretz, David (1970). Development, object-relationships, and loss, in Schoenberg, B., et al. (Eds.): Anticipatory grief. New York: Columbia University Press.
- Peretz, David (1970). Reaction to loss, in Schoenberg, B., et al. (Eds.): Anticipatory grief. New York: Columbia University Press.
- Peretz, David (1971). Understanding your mourning: A psychiatrist's view, in Kutscher and Kutscher (Eds.): For the bereaved. New York: Frederick Fell, 90-96.
- Pincus, Lily (1974). Death and the family: The importance of mourning. New York: Pantheon Books.
- Pollack, G. H. (1961). Mourning and adaptation. International Journal of Psychoanalysis, 42, 341-361.
- Prouty, E. N. (1982). The impact of race, age, and other factors on the experience of bereavement. Thèse de doctorat. Ann Arbor: University Microfilms International.
- Rando, Therese A. (1984). Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers. Illinois: Research Press.
- Raphael, Beverly (1983). The anatomy of bereavement. New York: Basic Books.
- Rees, D.W., Lutkins, S.G. (1967). Mortality and bereavement. British Journal of Medicine, 4, 13-16.
- Sanders, Catherine M. (1977). Typologies and symptoms of adult bereavement. Thèse de doctorat. Dissertation Abstract International, 38 (7-B).
- Sanders, C. M. (1980). A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. Omega, 10, 4, 303-322.
- Sanders, C. M. (1982). Effects of sudden vs chronic illness death on bereavement outcome. Omega, 13, (3), 227-241.
- Sanders, C. M., Mauger, P. A., Strong, P. N. Jr. (1979). A manual for the Grief Experience Inventory. North Carolina: Consulting Psychologists Press.
- Schneidman, Edwin S. (1984). Death: Current perspectives. Third Edition. California: Mayfield.
- Schoenberg, B., Carr, A.C., Kutscher, A.H., Peretz, D., and Goldberg, I.K. (Eds.) (1974). Anticipatory grief. New York: Columbia University Press.
- Schulz, R. (1978). The psychology of death, dying and bereavement. Pennsylvania: Addison-Wesley.

- Shand, A. F. (1920). The foundation of character, in Bowlby, John (Ed.): Attachment and loss: Separation, anxiety, and anger, Volume 2 Second Edition. New York: Pelican Books, 1973.
- Silverman, Phyllis R. (1972). Anticipatory grief from the perspective of widowhood, in Schoenberg, B., et al. (Eds.): Anticipatory grief. New York: Columbia University Press, 1974.
- Sullivan, H. S. (1956). The dynamics of emotion, in Clinical Studies in Psychiatry, Chapter 5. London: Norton.
- Temes, Roberta (1977). Living with an empty chair: A guide through grief, 32-33.
- Vachon, M. L. S., Formo, A., Freeman, K., et al. (1976). Stress reactions to bereavement. Essence, 1, 1, 23-33.
- Vanderlyn, R. Pine (1974). Dying, death, and social behavior, in Schoenberg, B., Carr, A., Kutscher, A. H., Peretz, D., and Goldberg, I. K. (Eds.): Anticipatory grief. New York: Columbia University Press.
- Weisman, A. D. (1974). Is Mourning necessary ?, in Schoenberg, B., et al. (Eds.): Anticipatory grief. New York: Columbia University Press.
- Weiss, Jay M. (1970). Somatic effects of predictable and unpredictable shock. Psychosomatic Medicine, 32, 4.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life, in Bloom-Feshbach, J. B. and Bloom-Feshbach, S. B. et al. (Eds.): The psychology of separation and loss, 17-18. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- Weiss, R. (1977). Transition state and other stressful situations: Their nature and programs for their management, in Caplan, G., and Killilea, M. (Eds.): Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations. New York: Grune and Stratton.
- Worden, William J. (1982). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer.