

Deuil normal et pathologique

D^r Laure Angladette, P^r Silla M. Consoli

Service de psychologie clinique et psychiatrie de liaison, Hôpital européen Georges Pompidou, 75908 Paris Cedex 15

silla.consoli@hop.egp.ap-hop-paris.fr

OBJECTIFS

Distinguer un deuil normal d'un deuil pathologique et argumenter les principes d'accompagnement.

Le terme de deuil désigne à la fois la perte liée au décès d'un être cher, la période de souffrance qui suit cet événement douloureux, les rituels associés au décès, et le processus psychologique évolutif consécutif à la perte ou

« travail de deuil ». Par extension, ce terme désigne les remaniements psychiques accompagnant d'autres types de perte (séparation, mais aussi échecs sur le plan social et professionnel).

Nous n'envisagerons ici que ce qui concerne les réactions psychologiques liées au décès d'un être cher.

DEUIL NORMAL

DÉROULEMENT CLINIQUE DU DEUIL

Le deuil normal se déroule selon un processus comportant plusieurs phases, communes à tous les individus. Chaque deuil reste cependant singulier, puisqu'il dépend de la personnalité de chacun et de la relation entretenue avec le défunt. Les différences individuelles apparaissent dans les manifestations du deuil et dans le rythme d'évolution de ce processus.

On distingue généralement trois étapes dans le déroulement clinique d'un deuil : le début, marqué par un état de choc ; l'étape centrale qui regroupe les symptômes caractéristiques d'un état dépressif ; et la phase de rétablissement.

1. État de choc

La période suivant immédiatement le décès d'un être cher

POINTS FORTS à comprendre

- Le déroulement du deuil normal est marqué par trois grandes étapes : le choc, la phase dépressive et la période de rétablissement.
- Le travail de deuil qui conduit à l'acceptation de la perte et au désinvestissement du défunt est nécessaire à l'investissement de nouvelles relations d'objet.
- Parmi les deuils ne se déroulant pas selon un processus normal, on distingue les deuils compliqués, qui ne conduisent pas à un trouble psychiatrique caractérisé, et les deuils pathologiques, qui réalisent un tableau de maladie psychiatrique ou somatique.
- Un traitement est souhaitable dans les deuils compliqués, et s'impose dans le cas des deuils pathologiques.

est marquée par un état de choc, à la fois psychique et physique, qui est d'autant plus intense que la perte est brutale. Cette période se divise en deux phases.

✓ **Phase de sidération.** À l'annonce de la mort d'un être cher, la toute première réaction est le refus de la douloureuse réalité. La stupéfaction et le refus s'accompagnent d'un état de sidération mentale, qui réalise un blocage de toutes les fonctions psychiques, avec une anesthésie des affects et un émoussement des perceptions. La personne endeuillée agit de manière automatique, dans une sorte d'engourdissement qui la rend imperméable à l'environnement. Elle aura par la suite peu de souvenirs de cette période. La stupéfaction et l'engourdissement peuvent durer de quelques heures à quelques jours, parfois quelques semaines.

Le vécu somatique se traduit par des manifestations de tous les grands états émotionnels : tachycardie, hypotension, oppression thoracique, gêne respiratoire, crampes pharyngées, douleurs épigastriques, tendances lipothymiques pouvant aller jusqu'à la syncope. S'y ajoutent la perte presque complète de l'appétit, du sommeil et la sensation d'une intense fatigue.

✓ **Phase de décharge émotionnelle et de recherche de la personne disparue.** L'état de sidération se dissipe après un délai variable, pour laisser place à l'expression des émotions. Surviennent alors

Deuil normal et pathologique

les pleurs, les sanglots et les lamentations, ces manifestations du chagrin étant plus ou moins bruyantes selon les individus.

Cette période de forte décharge émotionnelle s'accompagne d'une recherche de la personne aimée et disparue. Le comportement peut alors alterner entre des moments d'abattement et de prostration et des moments d'agitation anxieuse.

Différentes manifestations témoignent de la recherche de la personne disparue.

– **Orientation des comportements vers la personne disparue.**

Le sujet en deuil éprouve le besoin de parler du défunt, de s'entourer de ses objets, de son cadre familial et des personnes qui l'ont connu et aimé.

– **Existence d'illusions perceptives**

Il s'agit le plus souvent d'images visuelles, mais aussi de perceptions auditives, olfactives ou tactiles. Ces impressions surviennent spontanément ou à l'occasion de perceptions diverses de la réalité ambiante, que le sujet ressent comme des indices de la présence du défunt. Le sujet en deuil croit voir le visage ou la silhouette de la personne disparue, entendre sa voix ou sentir sa présence à ses côtés, alors même qu'il sait qu'elle est morte. Il s'agit d'illusions de présence et non d'hallucinations, dans la mesure où le sujet n'a pas la conviction que cette présence est réelle. Ces manifestations sont banales et ne préjugent en aucun cas d'un pronostic défavorable.

Sur le plan somatique, l'insomnie et l'anorexie persistent, ainsi qu'une asthénie majeure.

2. Phase dépressive

Cette étape centrale constituée par une phase dépressive s'installe plus ou moins rapidement après la survenue du décès, et va durer en général plusieurs mois (entre quelques semaines et un an). La symptomatologie dépressive ne peut apparaître qu'après la période du choc.

Le tableau clinique est constitué du trépied sémiologique de la dépression (humeur dépressive, ralentissement psychomoteur, et symptômes somatiques), auquel s'ajoutent des pensées et des attitudes à l'égard du disparu.

✓ **Symptômes affectifs.** Ils comportent :

- tristesse, douleur morale, idéation suicidaire ;
- anhédonie (perte du plaisir à avoir des loisirs, à participer aux événements sociaux et familiaux, ainsi qu'à toutes les activités auxquelles participait le disparu, sentiment que plus rien n'est agréable sans lui) ;
- sentiment de solitude, même en présence des autres.

✓ **Ralentissement psychomoteur.** Généralement modéré, il comporte :

- bradypsychie, troubles de la concentration et de l'attention, troubles mnésiques ;
- hypokinésie, hypomimie, apathie, aboulie, repli sur soi.

✓ **Troubles somatiques.** Ils s'expriment sous forme d'anorexie, d'insomnie, d'asthénie, de plaintes fonctionnelles (douleurs, inconfort digestif, symptômes neurovégétatifs, etc.).

✓ **Pensées et attitudes à l'égard du disparu.** Elles sont diverses :

- intrusion répétitive de souvenirs tristes, mais aussi heureux, relatifs au disparu ;

→ idéalisation : tendance à ignorer les défauts du disparu et à exagérer ses caractéristiques positives ;

→ ambivalence : coexistence de sentiments positifs et négatifs envers la personne disparue ;

→ culpabilité : auto-accusation et blâme concernant certains événements (par exemple, se reprocher de ne pas avoir su éviter la mort du disparu), regrets liés au comportement passé à l'égard du disparu (par exemple, n'avoir pas su l'aimer ou le protéger) ; en revanche, dans le deuil normal, il n'y a pas de sentiment de culpabilité ou d'auto-dépréciation relatif à des thèmes autres que ceux qui concernent le disparu ;

→ illusions perceptives concernant le disparu ;

→ identification au défunt : préoccupations de santé, symptômes somatiques mimant la maladie du défunt, imitation temporaire de ses manières et de ses habitudes ;

→ idées de mort, s'exprimant généralement par la pensée qu'il aurait mieux valu mourir avant le disparu, en même temps que lui ou encore à sa place.

Cet état dépressif a un retentissement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu : relations interpersonnelles (familiales, amicales, sociales), et fonctions professionnelles. Toute l'attention, toute l'énergie se concentrent sur l'objet perdu ; tous les autres intérêts semblent laissés de côté.

Il est fréquent également d'observer une augmentation de la consommation d'alcool (principalement chez les hommes), de psychotropes (principalement chez les femmes), et de tabac (dans les deux sexes).

3. Rétablissement

La dernière étape du deuil est celle du rétablissement. Durant cette période, le sujet retrouve progressivement ses intérêts antérieurs et se montre capable peu à peu de se tourner vers l'avenir, d'investir de nouvelles relations, de ressentir de nouveaux désirs et de les exprimer. Ce retour vers le monde extérieur débute habituellement dans les rêves (rêves de rencontre, d'acquisition, etc.).

L'état dépressif se dissipe, la douleur s'apaise. Le sujet éprouve d'abord du soulagement, puis retrouve une sensation de bien-être, de l'énergie et du goût à vivre.

Des modifications du cadre de vie témoignent également de ce processus de guérison : changement de lieu de vie ou modification de l'aménagement, séparation des objets personnels du défunt, en gardant seulement ceux que le sujet endeuillé considère comme particulièrement évocateurs et significatifs.

Les représentations associées au disparu sont moins nombreuses et moins fréquentes, mais elles persistent, même après la fin du deuil : elles sont seulement devenues moins poignantes et moins douloureuses. Peu à peu, ces souvenirs tristes et nostalgiques s'estompent, pour resurgir périodiquement dans certaines circonstances. Même après un deuil normal, il existe une reviviscence de souvenirs accompagnée de tristesse au moment de la date anniversaire de la perte. Ces réactions d'anniversaire sont particulièrement vives dans les deuils compliqués et pathologiques.

Si le deuil est une expérience douloureuse, il peut être

également, dans la mesure où il a été résolu, l'occasion d'une maturation affective et d'un développement personnel.

TRAVAIL DE DEUIL

La succession des manifestations cliniques du deuil est l'expression du déroulement d'un processus psychique, le travail de deuil.

Les fonctions du travail de deuil sont l'acceptation de la réalité, le désinvestissement de l'objet perdu et le réinvestissement de nouveaux objets.

Après la perte d'un être cher, un travail de désinvestissement doit nécessairement s'opérer. C'est un travail de détachement progressif. Chacun des souvenirs doit être remémoré, puis confronté à l'idée de disparition afin d'être désinvesti, ce qui entraîne à chaque fois douleur et nostalgie. Ce travail se fait au travers du vécu dépressif.

L'accomplissement de ce travail est indispensable pour accéder, par la suite, à un réinvestissement de qualité vers de nouveaux objets.

DURÉE DU DEUIL NORMAL

Il est souvent admis qu'un travail de deuil normal dure entre 10 et 12 mois.

En fait, le processus peut être atténué et durer beaucoup moins longtemps, mais il peut également durer plus longtemps, sans pour autant devoir être considéré comme un deuil « pathologique ». Il faut ajouter que la durée et l'expression du deuil « normal » varient considérablement selon les groupes culturels.

DEUILS COMPLIQUÉS ET DEUILS PATHOLOGIQUES

Il n'existe actuellement aucune définition consensuelle établissant les critères d'un deuil pathologique.

On distingue classiquement les deuils compliqués des deuils pathologiques.

Dans les deuils compliqués, le déroulement habituel du travail de deuil est entravé, sans toutefois conduire à une pathologie psychiatrique caractérisée. Néanmoins, la suspension de l'accomplissement du deuil a des conséquences délétères sur le fonctionnement psychique et social.

Les deuils pathologiques constituent d'authentiques maladies, psychiatriques mais aussi somatiques, survenant au décours d'un deuil, chez des sujets n'ayant généralement aucun antécédent psychiatrique ou médical. Le deuil est également un facteur de perturbation au cours de l'évolution de maladies mentales préexistantes et peut, sur un tel terrain, prendre plus facilement une forme pathologique.

FACTEURS DE RISQUE DE DEUIL COMPLIQUÉ OU PATHOLOGIQUE

Ils comportent :

- type de liens avec le disparu : décès d'un enfant, d'un conjoint, d'un père ou d'une mère (surtout dans l'enfance ou à l'adolescence) ; relation conflictuelle ou ambivalente ;
- circonstances du décès : décès brutal et inattendu ; décès

par suicide ; décès par homicide ; décès lors d'une catastrophe naturelle ou d'un attentat (décès multiples) ; décès dont on a été le témoin (pathologie aiguë, accident, etc.) ;

– annonce du décès : absence de préparation au décès ; absence de tact dans l'annonce ;

– caractéristiques de l'endeuillé : âge (les sujets jeunes souffrent plus de culpabilité et de symptômes anxieux, dépressifs et somatiques, que les sujets plus âgés) ; sexe (le risque de deuil compliqué ou pathologique est plus important dans le cas du veuvage chez les hommes âgés, par comparaison aux veuves du même âge) ; personnalité « borderline » ou état limite (trouble de la personnalité caractérisé par une incomplétude narcissique, où la relation à l'autre est dominée par une forte angoisse de perte ou d'abandon) ; antécédents psychiatriques, en particulier dépression ou tentatives de suicide ; deuils répétés ; désinsertion professionnelle ou autres difficultés de vie ; état de santé précaire : favorise le risque de complications somatiques ;

– environnement social et affectif : absence de rites communautaires ; environnement familial peu étayant.

DEUILS COMPLIQUÉS

1. Deuil différé

Le sujet en deuil est maintenu dans une position de déni de la réalité, ce qui diffère la survenue des affects dépressifs. En conservant les affaires du défunt à la même place, en perpétuant les gestes qui lui étaient destinés et les habitudes du quotidien, l'endeuillé prolonge la présence de celui-ci, comme si rien n'avait changé.

Une ritualisation de la vie permet de maintenir ce déni (par exemple une mère préparant les affaires de son fils mort tous les matins ou la chambre d'un enfant mort constituant un « sanctuaire » dans lequel aucun objet ne doit être déplacé).

La réaction dépressive est ici retardée. Elle surviendra à l'occasion d'un événement réactivant la perte ou à partir d'une élaboration personnelle permettant l'accès au travail de deuil.

2. Deuil inhibé

Comme dans le deuil différé, les manifestations normales du deuil ne sont pas apparentes. Le sujet endeuillé a intégré la réalité de la perte, mais il refuse les émotions et la douleur qui y sont liées. Les affects, non exprimés pendant un temps plus ou moins long, réapparaissent le plus souvent subitement et parfois de manière difficilement compréhensible, à l'occasion d'un rappel conscient ou inconscient de la disparition de l'être aimé. Ce sont eux qui déclenchent alors le processus de deuil.

3. Deuil prolongé ou deuil chronique

On parle d'un deuil prolongé lorsque la symptomatologie dépressive persiste avec la même intensité, même après plus d'un an d'évolution.

Le deuil est considéré également comme prolongé si, plusieurs années après le décès, l'évocation du défunt provoque une tristesse intense ou qu'un comportement de recherche de

la personne disparue persiste ou que les périodes d'anniversaire provoquent des réactions particulièrement douloureuses, ou encore si le sujet endeuillé n'a pas pu réinvestir des relations affectives ou des activités professionnelles.

DEUILS PATHOLOGIQUES

Les deuils pathologiques peuvent revêtir toutes les formes de la pathologie mentale. Dans l'ensemble, leurs expressions cliniques sont comparables à celles de la pathologie habituelle, même si ce contexte particulier du deuil leur imprime cependant quelques caractères spécifiques.

On distingue classiquement les deuils marqués par un syndrome psychiatrique et les deuils caractérisés par la décompensation d'une personnalité névrotique (plus récemment, des auteurs américains ont proposé une nouvelle catégorie nosologique, le deuil traumatique).

1. Syndromes psychiatriques

✓ **États anxieux.** La pathologie anxieuse, souvent méconnue, est néanmoins fréquente dans la période du deuil. Elle se manifeste par une anxiété généralisée ou des attaques de panique. Elle peut encore réaliser un état de stress post-traumatique (syndrome de répétition, évitement des situations qui rappellent l'événement traumatique, sentiment de détachement d'autrui et restriction des affects, sentiment d'un avenir vain, réduction des intérêts, hypervigilance ou état de « qui-vive », troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration, irritabilité, qui survient le plus souvent lorsque le sujet assiste au décès d'un ou plusieurs proches, dans une situation traumatique (accident, guerre, attentat, etc.). Le syndrome de stress post-traumatique est à distinguer du deuil traumatique que nous décrirons plus loin.

✓ **Accès mélancolique.** Il est difficile de faire la distinction, dans le deuil, entre une phase dépressive « normale » du deuil et une réaction aggravée constituant au maximum un deuil « mélancolique ». Dans le deuil mélancolique, la symptomatologie dépressive se détache en quelque sorte de la cause originelle et devient autonome dans l'expérience du patient.

On considère habituellement qu'un ralentissement psychomoteur important, une baisse importante de l'estime de soi, l'intensité excessive des sentiments de culpabilité, des idées d'indignité, la présence d'idées suicidaires, et a fortiori d'une symptomatologie délirante ou d'idées de damnation, sont en faveur d'un état mélancolique.

Selon la classification américaine des maladies mentales, le DSM-IV, un certain nombre d'individus présentent, comme réaction à la mort d'un être cher, des symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif majeur, qui seront identifiés comme l'expression d'un deuil « normal ». En revanche, on parlera « d'épisode dépressif majeur » et non de deuil « normal » :

- si les symptômes dépressifs durent plus de 2 mois ;
- ou si les symptômes suivants sont présents : culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant avant le décès de l'être cher, idées de mort autres que le sentiment, pour le survivant, qu'il aurait dû mourir

avec la personne décédée, sentiment morbide de dévalorisation, ralentissement psychomoteur marqué, altération profonde et prolongée du fonctionnement, hallucinations proprement dites et non simple impression d'entendre la voix du défunt ou de voir transitoirement son image.

Hormis la question de la durée, qui n'est pas prise en compte pour caractériser le deuil mélancolique, la définition « d'épisode dépressif majeur » proposée par le DSM-IV dans le cadre du deuil recouvre en grande partie la notion de deuil mélancolique des auteurs français.

✓ **Épisode maniaque.** Le tableau clinique de la manie de deuil ne diffère pas fondamentalement de celui d'un accès maniaque aigu typique, mais il présente quelques particularités.

Tout d'abord, il existe souvent un temps de latence, de durée variable, entre le décès et la réaction maniaque. Pendant ce temps, l'endeuillé paraît faire face à la situation. L'état maniaque, lorsqu'il apparaît, est marqué par l'importance du déni de la mort et par l'intensité des sentiments de triomphe et de puissance. Le déni peut porter sur la réalité de la mort, avec un délire dans lequel le disparu est donné pour vivant, délire auquel le sujet adhère plus ou moins. Mais d'une manière générale, le déni porte bien plus sur la signification de la perte. Dans la manie de deuil, la perte semble ne pas avoir d'importance.

✓ **Troubles psychotiques.** En dehors des deuils mélancoliques et des deuils maniaques, dans lesquels des caractéristiques psychotiques peuvent être présentes, les deuils psychotiques peuvent revêtir des formes aiguës ou des formes chroniques, d'installation insidieuse.

Les états aigus sont habituellement accompagnés d'une note confusionnelle.

Dans le cadre des délires chroniques (schizophrénies, paranoïa, etc.), la situation de deuil peut inaugurer la maladie ou révéler un état mental qui évoluait déjà depuis quelque temps.

2. Décompensation d'un trouble névrotique de la personnalité

✓ **Deuil hystérique.** Les réactions dans les premiers jours sont très variables. Dans la majorité des cas, l'individu en deuil exprime très rapidement sa souffrance, avec des manifestations bruyantes. Le plus souvent, il s'agit d'une violente crise émotionnelle avec décharge motrice, parfois passages à l'acte auto-agressifs. L'endeuillé peut également développer des symptômes de conversion aiguë. Mais le deuil peut aussi sembler se dérouler normalement dans un premier temps, masquant parfois un déni intense et prolongé.

Par la suite, le tableau du deuil hystérique se caractérise par la présence de 4 types de symptômes :

- comportements autodestructeurs : les tentatives de suicide sont très fréquentes, avec le désir exprimé de retrouver la personne aimée dans la mort. L'autodestruction se manifeste également dans des comportements d'incurie, ces sujets négligeant leurs besoins vitaux (alimentation, sommeil, etc.) et leur santé physique et psychique ;
- refus de quitter le défunt : la personne endeuillée reconnaît la mort du défunt, mais se comporte dans le quotidien comme

s'il était toujours présent, en entretenant avec lui une relation intérieure. Il pense constamment à lui, lui parle pendant des heures, lui écrit, etc. ;

– identification au défunt : ce processus d'identification est présent au cours du deuil normal, mais prend un caractère particulièrement intense au cours du deuil hystérique. L'endeuillé s'identifie tout d'abord au disparu en tant que mort, avec des mouvements d'autodestruction. Il exprime ensuite des symptômes identiques à ceux du défunt, s'identifiant ainsi à celui-ci lorsqu'il était malade. Ces symptômes se développent de manière inconsciente, selon le même mécanisme qu'une conversion hystérique. L'identification porte enfin sur des caractéristiques du défunt lorsqu'il était en vie, l'endeuillé adoptant des traits de sa personnalité ou de son apparence physique ;

– chronicité de l'état dépressif : dans le deuil hystérique, l'état dépressif est particulièrement prolongé, s'étendant souvent sur plusieurs années.

✓ **Deuil obsessionnel.** Dans les premiers moments, l'endeuillé ne manifeste pas ou peu son chagrin, gardant sa souffrance en lui. Il tient à s'occuper des problèmes matériels : organisation des obsèques, gestion de la situation administrative et financière du défunt.

Dès les premiers jours apparaît la culpabilité, qui va marquer l'évolution de tout le deuil obsessionnel.

Lorsque les premiers moments sont passés, la dépression apparaît. L'état dépressif se manifeste habituellement par de l'abattement, de la lassitude, une anhédonie et une asthénie intense. La culpabilité est au premier plan, avec des reproches que l'endeuillé s'adresse à lui-même et par lesquels il ne cesse de se torturer. Des séquences précises de mots : il s'est suicidé, on l'a tué, il m'a abandonné(e)... ou des images de mort s'imposent peu à peu de manière compulsive et obsédante. Un geste suicidaire n'est pas rare.

Ce blocage obsessionnel inhibe le travail de deuil. Il s'agit d'un blocage des affects destiné à se protéger contre les émotions

douloureuses et agressives suscitées par le décès.

Une dépression grave prolonge donc le temps du deuil par rapport à la normale. Le sujet risque d'évoluer vers un état d'inhibition qui touche tous les domaines de sa vie : affectif, intellectuel, social et professionnel.

Ce phénomène peut aussi s'épuiser au bout de quelque temps et permettre ainsi la reprise du travail de deuil.

3. Deuil « traumatique »

Certains auteurs ont proposé cette catégorie diagnostique pour faciliter l'identification et encourager le traitement des réactions de deuil pouvant être considérées comme pathologiques, sans entrer dans la catégorie d'un trouble dépressif ou anxieux.

Selon ces auteurs, le deuil réaliserait un type particulier de traumatisme : le traumatisme de la séparation. Ils soulignent d'ailleurs l'existence d'un certain nombre de symptômes communs au deuil et à l'état de stress post-traumatique (détachement d'autrui, sentiment d'un avenir vain, perte des sentiments de sécurité, de confiance et de contrôle, colère, irritabilité).

Le deuil « traumatique » est donc défini par la présence de 2 catégories de symptômes : d'une part les symptômes reflétant la difficulté de la séparation, d'autre part les symptômes indiquant l'impact traumatique du décès (v. tableau).

4. Pathologie somatique du deuil

Après un deuil, on constate une augmentation des manifestations coronariennes chez les deux sexes.

Contrairement à une idée très répandue, il n'y a pas d'augmentation d'incidence des cancers après un deuil (sauf peut-être pour des cancers liés à la modification du mode de vie, comme le cancer du poumon, dû à l'augmentation du tabagisme).

Tableau Critères diagnostiques du deuil traumatique

D'après Prigerson HG, Jacobs SC. JAMA 2001 ; 286 : 1369-73

Critère A (difficultés de séparation)	Présence d'au moins 3 des 4 symptômes suivants : - intrusions répétitives de pensées concernant le disparu - sentiment que le disparu manque - comportement de recherche du disparu - sentiment excessif de solitude
Critère B (impact traumatique du décès)	Présence d'au moins 4 des 8 symptômes suivants : - sentiment d'un avenir sans but ou vain - sentiment de détachement ou restriction des affects - difficulté à reconnaître la mort (incrédulité) - sentiment d'une vie vide ou dépourvue de sens - sentiment d'avoir perdu une partie de soi - bouleversement de la vision du monde (perte des sentiments de sécurité, de confiance et de contrôle) - appropriation de symptômes ou de comportements du disparu - irritabilité, amertume ou colère vis-à-vis du décès
Critère C	Les symptômes (critères A et B) évoluent depuis au moins 6 mois
Critère D	Les symptômes induisent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

PRINCIPES DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement du deuil est nécessaire pour tout deuil pathologique, souhaitable pour un deuil compliqué et peut s'avérer utile dans certains deuils normaux, dans la mesure où le deuil est toujours source d'une grande souffrance. La finalité d'un tel accompagnement n'est cependant pas de faire l'économie de la tristesse et de l'inconfort majeur qu'implique tout travail de deuil.

En amont, c'est-à-dire avant le décès ou immédiatement au décours de celui-ci, il s'agit également de prévenir un deuil pathologique dans l'entourage du défunt.

PRÉVENTION DU DEUIL PATHOLOGIQUE

Après d'un malade en fin de vie, il conviendra de :

- favoriser la présence des proches et les échanges entre eux (verbaux ou non verbaux) ;
- faire participer le plus possible les proches aux soins, leur expliquer les gestes médicaux et les traitements ;
- favoriser les soins de confort pour le patient, être attentifs aux demandes des proches à ce sujet ;
- préparer les proches au décès de leur malade ;
- repérer les sujets et les situations à risque et proposer un soutien psychologique.

Après le décès, on veillera à :

- annoncer le décès avec tact ;
- décrire, s'il y a lieu, à l'entourage les circonstances du décès, rapporter les paroles et les gestes du mourant ;
- savoir, en tant que médecin, présenter ses condoléances et exprimer de l'empathie ;
- encourager à annoncer le décès à tout l'entourage (y compris les personnes supposées fragiles, comme les enfants et les personnes âgées) et à assister aux funérailles, tout en respectant les choix et les stratégies défensives individuelles ;
- donner des informations aux sujets en deuil sur les affects qu'ils peuvent ressentir et les aides qui peuvent leur être proposées ;
- prévoir une consultation d'évaluation : il s'agit de rencontrer les proches (particulièrement les sujets à risque) au moins une fois dans les semaines qui suivent le décès, afin d'évaluer leur état psychologique, mais aussi pour répondre à leurs questions concernant la maladie du défunt, les soins de fin de vie, le deuil, etc.

DEUIL PATHOLOGIQUE

La prise en charge du deuil pathologique associe traitement médicamenteux et traitement psychothérapeutique.

1. Traitement médicamenteux

Le type de traitement est fonction de la symptomatologie psychiatrique :

- antidépresseur (inhibiteur de la recapture de la sérotonine ou tricyclique) dans le deuil mélancolique, le deuil hystérique et le deuil obsessionnel ;
- anxiolytique dans les troubles anxieux ;

- thymorégulateur et (ou) neuroleptique dans le deuil maniaque ;
- neuroleptique dans le deuil psychotique.

2. Psychothérapies

✓ Psychothérapies individuelles

→ **Psychothérapie de soutien** : il s'agit d'assurer un accompagnement au cours duquel le sujet endeuillé peut parler des circonstances du décès, de la nature de ses relations avec le disparu, tant dans ses aspects positifs que dans ses aspects négatifs, ainsi que des difficultés concrètes auxquelles il a à faire face. Ce cadre doit lui donner la possibilité d'exprimer les émotions, souvent intenses, qu'il ressent. La psychothérapie de soutien peut être utilisée dans tous les types de deuil pathologique.

→ **Psychothérapie d'inspiration analytique** : elle permet au sujet de prendre conscience de phénomènes psychiques qui étaient jusqu'alors inconscients et qui entravaient le déroulement normal du travail de deuil : sentiments hostiles ou agressifs vis-à-vis du disparu, réactivation de deuils antérieurs, etc. Ce type de psychothérapie n'est généralement pas indiqué d'emblée si une symptomatologie psychiatrique sévère (dépressive, maniaque ou délirante) est au premier plan. Elle peut être proposée dans un second temps, lorsque l'état clinique a été amélioré par un traitement associant chimiothérapie et psychothérapie de soutien.

→ **Thérapies cognitivo-comportementales** : la thérapie cognitive a pour objectif d'identifier les pensées « irrationnelles » ou « erronées », et de les modifier. Elle permet d'agir en particulier sur les symptômes anxieux, dépressifs, obsessionnels, ainsi que dans les états de stress post-traumatique. Les thérapies comportementales, après une évaluation de l'impact fonctionnel du deuil sur la vie du patient, proposent plusieurs types d'intervention : relaxation, désensibilisation (qui consiste à associer à un état de détente, des souvenirs ou des situations pénibles), renforcement social.

✓ Psychothérapies de groupe

→ **Groupe d'entraide** : le groupe d'entraide est fondé sur l'idée que des personnes peuvent s'apporter aide et soutien mutuel, dans la mesure où elles vivent la même expérience. Il permet l'expression et le partage des émotions et des difficultés rencontrées par chacun, la recherche de solutions et la restauration d'un lien social. Les groupes d'entraide sont souvent animés par une personne qui a déjà vécu un deuil et qui partage sa propre expérience avec le groupe (groupes de parents ayant perdu un enfant, groupe de conjoints endeuillés, etc.). D'autres groupes sont menés par des professionnels (psychologues ou psychiatres) ou par des bénévoles formés.

Ce type de groupe a été particulièrement développé dans le cadre de mouvements associatifs.

→ **Psychothérapie de groupe d'inspiration psychanalytique** : elle applique les principes théoriques psychanalytiques à l'analyse de la dynamique du groupe, et en particulier des mouvements transférentiels qui se produisent dans ce cadre.

→ **Psychothérapie de groupe cognitivo-comportementale** : elle s'appuie sur les principes des thérapies cognitives et

comportementales, tout en proposant un partage des expériences entre les participants et un étayage apporté par le groupe.

DEUIL COMPLIQUÉ

Le deuil chronique peut bénéficier d'un traitement antidépresseur associé à une psychothérapie, individuelle ou collective.

En revanche, un traitement médicamenteux ne se justifie pas dans le cas de deuil retardé et inhibé, qui relève uniquement d'un travail de psychothérapie, plutôt d'inspiration psychanalytique.

DEUIL NORMAL

Dans le cadre d'un deuil normal, il n'y a généralement pas d'indication à un traitement.

Toutefois, l'importance de la détresse peut conduire à proposer un soutien psychologique, sous forme d'entretiens individuels avec un psychologue ou un psychiatre ou sous forme de groupes. Une aide médicamenteuse peut également être apportée, de manière ponctuelle, afin de soulager une anxiété trop importante ou des troubles du sommeil. ■

POINTS FORTS à retenir

- La perte d'un être cher constitue un des événements les plus douloureux de l'existence. L'accès à un mieux-être n'est possible qu'à l'issue d'un long travail psychique passant par l'acceptation de la perte, le désinvestissement progressif de la personne disparue, puis le réinvestissement de nouveaux objets.
- Le travail de deuil ne peut se dérouler sans que le sujet ne traverse des moments d'intense souffrance, et en particulier une phase dépressive, qu'il importe de respecter et de ne pas médicaliser de manière excessive.
- Les traitements (en particulier médicamenteux) ne doivent en aucun cas être systématiques lors d'un deuil normal. En revanche, le deuil pathologique, qui constitue en quelque sorte un obstacle au déroulement du travail de deuil, doit conduire à proposer des mesures thérapeutiques.
- Il faut souligner l'importance du travail de prévention qui peut permettre d'éviter la survenue d'un certain nombre de deuils pathologiques.

MINI TEST DE LECTURE

A./VRAI ou FAUX?

- 1 Le déroulement d'un deuil normal est caractérisé par la succession de trois phases : le choc, la phase dépressive, la période de rétablissement.
- 2 Un état de prostration suivant immédiatement l'annonce du décès d'un être cher est une manifestation de la phase dépressive du deuil normal.
- 3 Au cours d'un deuil normal, la phase dépressive dure moins d'un mois.
- 4 Trois mois après le décès d'un être cher, un tableau associant une douleur morale, une anhédonie, un ralentissement psycho-moteur et des troubles du sommeil doit nécessairement conduire à la prescription d'un traitement antidépresseur.

B./VRAI ou FAUX?

- 1 Au cours de la phase dépressive d'un deuil, la présence d'un ralentissement psychomoteur marqué et d'une culpabilité majeure oriente vers le diagnostic de deuil mélancolique.
- 2 L'identification massive au défunt est une des caractéristiques du deuil obsessionnel.
- 3 Les tentatives de suicide sont fréquentes au cours des deuils hystériques.
- 4 La survenue d'un deuil augmente le risque de pathologie coronarienne.

C./QCM

Au cours du déroulement d'un deuil normal, on peut constater les symptômes suivants :

- 1 Idéations suicidaires
- 2 Idées de damnation
- 3 Symptômes somatiques mimant la maladie du défunt
- 4 Illusions perceptives concernant le défunt

POUR EN SAVOIR PLUS

► Deuil. Clinique et pathologie

Bourgeois M, Verdoux H
EMC (Paris-France), Psychiatrie,
37-395-A-20, 1994, 8 p

► Deuil normal et deuil pathologique

Bourgeois M
Paris : Doin, 2000

► Le deuil

Hanus M, Bacqué MF
Paris : PUF, 2001

► Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte et l'enfant

Hanus M
Paris : Maloine, 1998

Réponses : A : V, F, F, F / B : V, F, V, V / C : 1, 3, 4.