

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
ISABELLE DUPUIS

LES FACTEURS DE PERSONNALITÉ AFFECTANT LE NIVEAU DE
RÉSOLUTION DU DEUIL CHEZ UNE POPULATION DE VEUF ET DE
VEUVES.

MARS 1999

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.

Sommaire

La résolution du deuil faisant suite à la perte d'un être cher dépend de plusieurs facteurs fort complexes. Le but de la présente étude est de vérifier l'influence des facteurs de personnalité sur la résolution du deuil chez une population composée exclusivement de veufs et de veuves qui ont perdu leur conjoint à la suite d'une maladie terminale, depuis plus de douze mois. La population étudiée se compose de 54 personnes qui ont répondu à deux tests et un questionnaire. Le premier test mesure la résolution du deuil. Il s'agit de la traduction du *Grief Experience Inventory* (GEI), qui est devenu l'Inventaire de comportements reliés au deuil (Lavallée ;1994). Le deuxième test qui mesure les facteurs de personnalité est la traduction du Millon Clinical Multiaxial Inventory II, soit l'Inventaire Clinique Multiaxial II (Laplane et Manning ; 1995). Le questionnaire recueille les informations démographiques du sujet. Certaines hypothèses de cette étude se vérifient. Ainsi on observe une corrélation significative positive entre les échelles Dépression Majeure, Dysthymie, Anxiété, Somatisation, Bordeline et l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil. Cette dernière échelle, l'échelle Désespoir, est considérée par les auteurs du *Grief Experience Inventory*, comme étant la plus représentative de la résolution du deuil. D'autres hypothèses sont infirmées, aucune corrélation n'étant ressorties significatives (Dépendance, Narcissisme, Défaitisme). Par ailleurs, d'autres échelles non reliées aux hypothèses se sont avérées significativement positives. Il s'agit des échelles Passive-agressive, Abus d'alcool, Illusions psychotiques et Pensées psychotiques. Les résultats, bien que sommaires,

permettent une vision plus large de la problématique de la résolution du deuil en regard des traits de personnalité.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	v
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE	3
Théorie sur le deuil	4
Résolution.....	6
Variables affectant la résolution du deuil	8
La dépression et l'anxiété lors du deuil	11
Résolution du deuil et facteurs de personnalité	14
Formulation d'hypothèses	19
CHAPITRE 2 : MÉTHODE	21
Sujets	22
Instruments de mesure	23
Description de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.....	23
Description de l'inventaire Clinique Multiaxial-II de Millon (MCMI-II).	26
Questionnaire d'informations générales	34
Déroulement de l'expérience	34
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	36
Analyse des données.....	37
Présentation des résultats	39
Vérification des hypothèses.....	41
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	46
CONCLUSION	58
RÉFÉRENCES	60
APPENDICES	65
APPENDICE A : Message téléphonique pour sollicitation	66
APPENDICE B : Lettre de sollicitation envoyée par la poste	68
APPENDICE C : Formulaire de consentement.....	70
APPENDICE D : Questionnaire démographique	72

Liste des Tableaux

Tableau

1	Échelles du MCMI-II et leur corrélation avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil	41
2	Résultats des hypothèses.....	42
3	Corrélations significatives entre les échelles du MCMI-II et l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil	43
4	Tableau de fréquence des gens qui ont obtenu un résultat égal ou supérieur à 50 sur chacune des échelles de l'Inventaire de comportements reliés au deuil	44
5	Tableau des fréquences de gens qui ont obtenu un résultat égal ou supérieur à 75 sur chacune des échelles du MCMI-II.....	45
6	Tableau de la distribution de l'âge des sujets	45

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de mémoire, Madame Françoise Lavallée, Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, à qui elle est redevable d'une assistance constante et éclairée.

L'auteure voudrait également remercier l'équipe du Centre Hospitalier Régional De Lanaudière et l'équipe de la maison Albatros de Trois-Rivières, sous la direction de Sr Francine Boutin ; ainsi que Sr Agathe Beaudry rattachée à la congrégation des Soeurs Saints Cœurs de Joliette. De plus, l'auteure tient à remercier tous les participant(e)s qui ont contribué à la présente recherche.

Introduction

INTRODUCTION

La perte d'un être cher est un événement difficile et marquant pour celui qui y fait face. Plusieurs variables ont été identifiées comme étant importantes lors de la résolution d'un deuil. Les auteurs soulignent l'importance du type de décès, de la relation avec la personne disparue et de certains traits relevant de la personnalité du sujet. La présente étude s'attarde plus spécifiquement aux personnalités pouvant affecter la résolution de deuil chez une population de veufs et de veuves qui ont perdu leur conjoint à la suite d'une maladie terminale.

Le présent mémoire est divisé en quatre parties. Le premier chapitre introduit les concepts reliés au deuil ainsi que les recherches effectuées sur la résolution du deuil et les variables de personnalité. Le second chapitre porte sur le déroulement de l'expérimentation et présente les sujets et les instruments de mesure utilisés. Le troisième chapitre soumet les résultats de l'expérimentation et la vérification des hypothèses. Le chapitre final analyse les résultats en mentionnant les limites de la méthode expérimentale et les perspectives futures.

Chapitre 1

Contexte théorique

Ce chapitre présente la théorie sur le deuil en mettant l'accent sur les dimensions des phases menant à la résolution et les différents facteurs pouvant l'influencer. Par la suite, les recherches portant sur la relation entre la résolution du deuil et les facteurs de personnalité seront présentées.

Théorie sur le deuil

Le deuil a été étudié, entre autres, par Freud, Clayton, Parkes et Sanders. Tous ces auteurs considèrent le deuil comme un processus qui contient un certain nombre d'étapes. Certains parlent de trois phases (Freud, 1917 et Clayton, 1974), d'autres de quatre phases (Parkes, 1972) ou encore de cinq phases (Sanders, 1989). Les différentes phases, quoique délimitées différemment selon les auteurs, démontrent un cheminement semblable allant de l'état de choc à une forme de dépression et de retrait pour finalement permettre une réorganisation de l'individu.

Freud (1917) décrit la phase de choc comme une perte d'intérêt pour le monde extérieur en raison de la disparition de l'objet d'amour. Parkes (1972) nomme cette phase le déni initial. Selon Sanders (1989) la personne vivant cette phase se retrouve dans un état d'incrédulité, éprouvant des sensations d'irréalité, de confusion et d'instabilité. Une impression de perte de contrôle, une insécurité, un replie sur soi ainsi que certaines manifestations d'égoïsme peuvent être observés. Selon Sanders (1989), il s'agit d'un état qui protège l'individu d'une trop grande peine.

Freud (1917) considère la phase de dépression comme celle qui prédomine dans le processus du deuil. C'est à ce moment que la personne peut soit nier la réalité de la mort et sombrer dans un état mélancolique, soit parvenir à se détacher de l'être aimé et passer à l'étape du réinvestissement. Parkes (1970, 1972) divise la période de dépression en deux temps : d'abord les regrets nostalgiques et la protestation, et par la suite, la désorganisation. Cette phase peut durer plusieurs semaines, voire un an. Lors de la phase de dépression, on peut remarquer des malaises somatiques, une obsession de l'image du défunt ainsi qu'une identification à ce dernier. Sanders (1989), de son côté, parle des phases de dépression de préservation et de retrait. Selon cette auteure, ces deux phases permettent à l'individu un temps d'arrêt et de retrait ce qui l'incite à mettre un peu d'ordre dans sa vie. L'individu est confronté à d'importants moments de désespoir et effectue une revue obsessionnelle de son passé. Cette période est la phase la plus difficile du processus de deuil, mais également la plus adaptative. L'individu doit réaliser que son ancienne condition de vie est révolue et s'investir afin de développer des objectifs de vie en fonction de sa nouvelle réalité s'il veut poursuivre son évolution vers l'étape suivante (Sanders, 1989).

La phase de réorganisation est présentée par Freud (1917) comme une phase de réinvestissement dans la vie. Selon cet auteur, cette nouvelle étape sous entend la résolution du deuil. La reconstruction d'une nouvelle identité, appelée récupération par Clayton (1973), est décrite par Parkes (1970, 1972) comme représentant la guérison. À ce moment, l'acceptation du décès démontre aussi le rétablissement des activités et intérêts habituels et le développement de nouveaux projets, de nouveaux rôles et de nouvelles relations. Suite à la résolution positive du deuil, les endeuillés ont souvent l'impression que leur vie a été modifiée de par les nombreux changements qui sont

survenus. Sanders (1989) nomme cette phase le renouveau et la décrit comme un nouveau mode de fonctionnement et une nouvelle conscience de soi. C'est l'acceptation d'une plus grande responsabilité de sa vie et l'intégration de la perte subie. Selon Sanders (1989), l'individu qui réussit à traverser toutes ces phases réussit à bien résoudre son deuil.

Basée sur les théories décrites précédemment, la présente recherche définit le deuil comme un état émotionnel, psychologique et physique dans lequel se retrouve la personne qui perd un être cher. Le deuil permet à l'endeuillé un moment de répit pour intégrer la nouvelle du décès et tenter de s'adapter au choc créé par la perte. Suite aux différentes phases énumérées précédemment, l'endeuillé pourra passer par la dernière phase du processus de deuil ; la résolution. Cette étape sera examinée plus en détails à la section suivante.

Résolution

Worden (1982), Alarcon (1984), Jacobsen (1986), Schawb (1986) et Sanders (1988) mentionnent que le deuil est habituellement résolu à l'intérieur d'une période de un à deux ans. Il est donc important de tenir compte de ces informations concernant le temps moyen que requiert la résolution du deuil afin de bien mesurer cette dernière.

Campbell, Swank et Vincent (1991) utilisent l'expression « résolution du deuil » pour référer aux ajustements auxquels sera confronté l'endeuillé. Pour eux, la résolution du deuil implique l'intégration de la perte, la reconstruction du soi, de l'identité et du rôle, ainsi que la redéfinition de sa propre vie. L'endeuillé qui résout son deuil peut

s'adapter aux changements suscités par la perte. La résolution demande un certain temps et implique des changements. Elle n'est pas systématique donc il se peut que le deuil soit qualifié de non-résolu. Des critères ont été établis afin d'évaluer le niveau de résolution du deuil.

Worden (1982) propose quatre critères permettant d'évaluer la résolution du processus de deuil. Le deuil est résolu si l'endeuillé parvient à : (1) l'acceptation de la réalité de la perte, (2) l'expression de la douleur reliée à cette perte, (3) l'adaptation à un environnement dans lequel le décédé est absent et (4) le retrait de l'énergie émotionnelle de la relation avec le défunt et le réinvestissement de cette énergie dans d'autres relations. Ces critères de résolution permettent de poser un regard objectif sur l'évolution de la résolution du deuil.

Plusieurs comportements peuvent témoigner de la résolution du deuil chez un endeuillé. Par exemple, il arrive qu'après un certain temps, l'endeuillé peut retrouver la sérénité et entrevoir l'avenir avec confiance. Dans le cas contraire, Weiss (1993) mentionne qu'une perte d'espoir à l'égard de l'avenir peut être observé.

Le temps requis pour résoudre un deuil varie d'une personne à l'autre. Plusieurs variables doivent être prises en considération et chaque cas doit être évalué sur la base de cet ensemble de variables soit: le sexe de l'endeuillé, les pertes déjà accumulées avant le décès, la qualité et la proximité de la relation qui était entretenue avec la personne décédée, le degré de parenté avec la personne décédée, le support disponible et le mode de perte soit soudain ou anticipé (Sanders, 1988).

Variables Affectant la Résolution du Deuil

Le fait que l'endeuillé anticipe ou non la perte a un impact sur l'intensité et la durée du deuil. Une mort soudaine est caractérisée par une maladie aiguë (crise cardiaque, infarctus, embolie, etc.), un accident, un meurtre ou un suicide. Lorsque l'endeuillé n'est pas confronté à une mort soudaine, il peut, en théorie, anticiper le décès. Le deuil qualifié « d'anticipé » est celui où l'endeuillé a l'occasion de se faire à l'idée de la perte éventuelle. Vanderlyn, 1974 et Gerber, 1974 rapportent que les personnes qui vivent une perte anticipée, sont moins prédisposées à divers types de déséquilibres que celles ayant vécu une perte soudaine.

Dans le cas où l'endeuillé n'a pas eu la possibilité d'anticiper la perte, il se peut que ce dernier se retrouve confronté à une « situation inachevée » où il demeure dans l'impossibilité de régler certaines mésententes avec le défunt (Myers, 1986). Sanders (1977) rapporte que lorsque le décès survient d'une façon soudaine ou encore lorsque l'anticipation de la perte n'est pas possible, les réactions suite au décès tendent à être plus intenses et à durer plus longtemps. La façon dont le décès se produit (accident de la route vs maladie terminale) a donc un impact sur la résolution du deuil.

Selon Sanders (1977) la notion de deuil anticipé correspond à l'anxiété de séparation ressentie par les familles de patients qui vivent une mort lente et douloureuse souvent associée à une maladies chroniques. Toutefois, elle rapporte qu'une préparation émotionnelle réduit l'intensité du deuil à la suite du décès, ou encore, augmente l'habileté à y faire face, permettant ainsi aux survivants d'être moins vulnérables et moins enclins à des réactions physiques, psychologiques et sociales. Sanders (1977)

conclut que l'entourage d'une personne décédée d'une maladie terminale (de moins de six mois) s'adapte plus facilement que celui d'une personne décédée soudainement.

En résumé, que le deuil vécu soit soudain ou anticipé influe sur sa résolution. Le deuil anticipé favorise chez l'endeuillé une meilleure adaptation compte tenu du temps de préparation dont il a disposé contrairement aux endeuillés d'une mort soudaine.

Outre les variables mentionnées précédemment, les auteurs considèrent le sexe de la personne qui vit le deuil comme étant un facteur de différence quant à la résolution du deuil.

Différence Entre les Sexes

Glick, Parkes et Weiss (1974), Thompson, Gallagher, Cover, Gilewski et Peterson (1989) rapportent que les femmes démontrent plus de réactions au deuil que les hommes. Jacobs, Hansen, Kasl, Ostfeld, Berkman et Kim (1990) affirment que les femmes endeuillées risquent plus de vivre un trouble d'anxiété généralisée que les hommes endeuillés.

L'étude de Thompson, Gallagher, Cover, Gilewski et Peterson (voir Lund, 1989) rapporte que chez les endeuillés comme chez le groupe contrôle, les femmes ont généralement plus de symptômes de détresse que les hommes. En parallèle à cette observation, le contexte Nord Américains valorise une plus grande expression des émotions chez la femme que chez l'homme. Bierhals, Prigerson, Fasiczka, Frank, Miller et Reynolds (1995-96) notent qu'avec le temps, les réactions au deuil non-résolu demeurent stables pour au moins les trois premières années et ce, autant chez les

femmes que chez les hommes. Cependant, par la suite, les réactions au deuil augmentent chez les hommes et à diminuer chez les femmes.

Par ailleurs, bien que certains comportements peuvent laisser croire que le deuil semble mieux se dérouler pour les hommes que pour les femmes, aucune affirmation ne peut être faite dans ce sens. À titre d'exemple, Sanders (1989) mentionne qu'à l'intérieur de la première année de deuil, le nombre d'hommes qui se remariaient est deux fois supérieur à celui des femmes. Le comportement de remariage indique une variante quant à la façon différente de vivre et de résoudre le deuil entre les femmes et les hommes. On pourrait donc exprimer que le deuil est vécu différemment selon le sexe plutôt que d'affirmer qu'il est vécu plus intensément ou plus longtemps par un sexe que par l'autre.

Il n'y a pas que la différence entre les sexes et le mode de perte qui ont un impact sur la résolution du deuil. Le type de relation entretenue entre les partenaires est également un aspect étudié.

Ambivalence dans la Relation Maritale et Résolution du Deuil

Le degré d'entente au sein du couple et la qualité de la relation influencent la façon dont le deuil évolue. Le fait d'être régulièrement en conflit, peut amener un sentiment d'incertitude et d'ambivalence quant à la relation ou au conjoint lui-même. Lieberman (1992) conclut que les femmes dont la relation de couple est caractérisée par l'ambivalence et la dépendance envers leur conjoint démontrent plus de réactions intenses face au deuil que les femmes dont la relation avec leur mari n'est pas caractérisée par ces traits.

Lorsque survient le décès de l'un des conjoints, la personne qui se retrouve seule peut manifester de la culpabilité et du regret. Parkes et Weiss (1983) notent que les endeuillés qui rapportent peu de conflits avec leur époux(se) vivent moins d'anxiété, de dépression et de culpabilité à la suite du décès. Raphael (1977) abonde dans le même sens : il rapporte que l'ambivalence dans la relation maritale constitue un facteur de risque lors de la résolution du deuil.

De plus, nombre de chercheurs s'intéressent aux symptômes cliniques des endeuillés, croyant que ces états peuvent influencer sur la résolution du deuil. Plusieurs recherches portent sur la dépression et l'anxiété vécues lors d'un deuil.

La Dépression et l'Anxiété Lors du Deuil

La dépression vécue au moment du deuil est traitée différemment selon qu'elle soit : une entité indépendante du deuil, que l'on qualifie de dépression chronique, ou un syndrome clinique lié au phénomène de deuil, que l'on qualifie de dépression situationnelle. Certains auteurs mentionnés plus bas ont étudié la dépression et l'anxiété en terme de facteurs de risques et en terme d'interactions par rapport à la résolution du deuil. De ces recherches, il ressort que plusieurs instruments différents sont utilisés pour évaluer la dépression. Ainsi, il est difficile de tenter de tirer des conclusions générales quant aux résultats de ces recherches puisqu'elle n'utilisent pas, à la base, les mêmes instruments de mesure. Il importe donc de préciser et surtout de différencier dans quel contexte chacune des études rapportées à été conduite.

Tout d'abord, les symptômes de dépression et d'anxiété ont souvent été reliés aux symptômes du deuil et aux manifestations du deuil non résolu. Pour leur part, Bornstein, Clayton, Halikas, Maurice et Robins (1973) concluent que la dépression est un phénomène indépendant du deuil. Les auteurs affirment que s'il y a manifestations de symptômes de dépression lors du deuil, ceux-ci ne sont pas associés systématiquement au fait que la personne traverse un deuil.

D'autre part, Zandt, Mou et Abbot (1989) présentent les résultats de 50 endeuillés à ceux de 50 non-endeuillés sur le « Beck Depression Inventory » (BDI). Après 11 semaines de deuil, les endeuillés obtiennent des résultats deux fois plus élevés que les non-endeuillés sur l'échelle de dépression. Les auteurs remarquent une diminution après trois ans et demi. Chez le groupe d'endeuillés, le résultat au BDI est légèrement plus faible que chez le groupe contrôle. Ces résultats confirment l'idée de Bornstein, Clayton, Halikas, Maurice et Robins (1973) à savoir que la dépression est bien une entité qui se distingue du deuil. Prigerson *et al.* (1995-1996) arrivent eux aussi à la même conclusion.

En somme, les manifestations de symptômes de dépression et/ou d'anxiété observés suite à un deuil, en plus d'être situationnels, peuvent être de nature chronique.

En ce qui concerne les syndromes dépressifs, Zisook (1995) rappelle que 33 % des veufs et des veuves présentent un syndrome dépressif au premier mois suivant le décès du conjoint, 25 % au 7^e mois, 15 % au bout d'un an, 50 % à un moment ou l'autre de la première année et 10 % pendant toute l'année qui suit le décès.

Certains facteurs qui pourraient favoriser la dépression au moment du deuil ont intéressé les chercheurs. Une de ces études, celle de Bruce, Kim, Leaf, Jacobs (1990) révèle que le deuil conjugal est associé à un risque plus élevé d'épisodes de dépression majeure chez les endeuillés qui n'ont pas d'antécédents d'épisodes de dysphorie (trouble de l'humeur, sentiment général d'insatisfaction). Toutefois, Bornstein, Clayton, Halikas, Maurice et Robins (1973) ainsi que Jacobs, Hansen, Berkman, Kasl et Ostfeld (1989) ont démontré que les antécédents personnels et familiaux n'influencent pas le risque de dépression durant le deuil conjugal. De plus, Jacobs, Hansen, Berkman, Kasl et Ostfeld (1989) ont ressorti que les femmes endeuillées et sans emploi sont plus à risque de vivre une dépression lors du deuil.

En plus d'étudier les effets de la dépression sur la résolution du deuil, certains auteurs se sont intéressés à l'interaction entre l'anxiété, la dépression et la résolution du deuil. Zisook et DeVaul (1983) ont obtenu des corrélations entre les mesures dimensionnelles du deuil non résolu, de la dépression et de l'anxiété. Ils ont utilisé le « Texas Inventory of Grief » (TIG) et le « Unresolved Grief Index » (UGI). Les résultats révèlent que les gens pour qui le deuil est non résolu, obtiennent des résultats plus élevés sur les échelles de dépression que ceux dont le deuil est qualifié de résolu. Les symptômes de dépression semblent persister plus longtemps chez le groupe de gens dont le deuil n'est pas résolu. Ce groupe est également composé de gens plus jeunes que ceux dont le deuil est résolu.

Jacobs, Hansen, Kasl, Ostfeld, Berkman et Kim (1990) ont étudié les désordres d'anxiété et de dépression durant le deuil. Une section du SCID a été utilisée pour évaluer les troubles paniques, l'agoraphobie, les phobies sociales, les phobies simples,

les troubles obsessionnels-compulsifs et les troubles d'anxiété généralisée ainsi que les troubles dépressifs majeurs. De plus, ces chercheurs ont utilisé le 20-item Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) et le « Psychiatric Epidemiology Research Interview » (PERI) pour évaluer la dépression et l'anxiété. Ils ont utilisé la forme abrégée du « Texas Inventory of Grief » (TIG) pour évaluer le niveau d'intensité du deuil. Les résultats obtenus démontrent que 44 % des endeuillés de cette étude rapportent au moins un type de désordre d'anxiété durant la première année de deuil. Ces gens obtiennent également des résultats significativement plus élevés sur les échelles du TIG et sur celles du CES-D, ce qui témoigne d'une intensité élevée de deuil et de dépression. Il ressort également un grand nombre de troubles paniques et d'anxiété généralisée observés chez les veuves et les veufs qui éprouvent de la difficulté à résoudre leur deuil. Selon ces auteurs, il y a un lien entre la difficulté à résoudre le deuil et les désordres d'anxiété et de dépression.

La prochaine section expose le point central de la présente recherche c'est-à-dire les études portant sur les facteurs de personnalité qui influencent la résolution du deuil.

Résolution du Deuil et Facteurs de Personnalité

Les définitions des concepts reliés au deuil et les diverses théories s'y rattachant ayant été exposées, les résultats de recherches concernant spécifiquement les facteurs de personnalité et leur influence sur la résolution du deuil seront maintenant approfondis.

Sanders (1979) effectue une étude avec le « Grief Experience Inventory » (GEI) pour mesurer les réactions face au deuil et le « Minnesota Multiphasic Personality

Inventory » (MMPI) pour évaluer les caractéristiques de la personnalité des endeuillés. L'échantillon utilisé par Sanders (1979) est composé de 73 personnes ayant perdu un époux, un parent ou un enfant à l'intérieur des trois derniers mois. Les sujets sont âgés en moyenne de 52 ans. Les causes de décès sont variées, on y retrouve de tous les types de décès à l'exception du meurtre et du suicide.

Quatre groupes d'endeuillés ressortent de cette étude. Un premier groupe de gens qui sont aux prises avec des sentiments d'inadéquacité, d'infériorité et d'insécurité, lesquels semblent être de nature chronique. Sanders (1979) observe au sein de ce groupe, un profil de MMPI qui ressemble à la personnalité schizoïde (apathique, distant, passif et détaché) avec des réactions de dépression.

Un deuxième groupe est composé de gens qui souffrent de dépression, de tensions, d'hypersensibilité et d'anxiété. Les personnes de ce groupe sont plus à risque de développer une relation basée sur la dépendance en compensation pour leur sentiment de faiblesse et de solitude.

Un troisième groupe est formé d'individus aux prises avec le déni, démontrant un état psychologique qui semble optimiste, mais qui représente plutôt une lutte contre la dépression. De même, ces personnes sont constamment préoccupées par des problèmes physiques qui leur demandent beaucoup d'énergie.

Finalement, un quatrième groupe d'individus présente des réactions au deuil plus saines et mieux intégrées. C'est dans ce dernier groupe que l'on retrouve la meilleure

adaptation, caractérisée par un bon contrôle émotionnel, une grande force de l'égo et peu d'expression de confusion et d'irréalité.

On remarque que dans l'étude de Sanders (1979), les causes de décès et le degré de parenté avec la personne décédée sont variés. L'étude de Vachon, Sheldon, Lancee, Lyall, Rogers et Freeman (1982), présente également des causes de décès variées. Cependant, le lien de parenté est limité au deuil du conjoint.

Vachon, Sheldon, Lancee, Lyall, Rogers et Freeman (1982) ont examiné les variables de la personnalité qui peuvent faciliter la résolution du deuil. Ils ont mesuré le niveau de détresse relié au deuil à l'aide du « General Health Questionnaire » (GHQ) et la personnalité avec le « 16 Personality Factor Questionnaire » (16 PF). Leur échantillon était composé de 162 femmes âgées en moyenne de 52 ans. De ce nombre, 45 % ont perdu leur mari à la suite du cancer, 38 % à la suite d'un problème cardio-vasculaire chronique, 13 % de façon soudaine et 4 % des suites d'alcoolisme chronique.

À l'aide du 16 PF, les auteurs ont ressorti deux styles de personnalité en relation avec la résolution du deuil. Selon les résultats peu élevés au GHQ, les femmes du premier groupe ressentaient peu de détresse. Elles sont, tels que l'indiquent les résultats au 16 PF, émotivement stables, consciencieuses, conservatrices et méticuleuses (31,9 %). D'autre part, les résultats obtenus au GHQ révèle que les femmes du deuxième groupe ressentent un niveau élevé de détresse. Le 16 PF révèlent que les femmes de ce groupe sont appréhensives, inquiètes, hautement anxieuses et indiquent un haut degré de culpabilité ainsi qu'une faible stabilité émotionnelle (19,4 %) sur le 16PF.

Utilisant également le 16PF et le GHQ, Stroebe et Stroebe (1987) remarquent que les endeuillés qui obtiennent des résultats élevés sur l'échelle « neuroticism » du 16PF sont à risque de dépression et de plaintes somatiques, particulièrement lors de circonstances de perte inattendue. L'échelle « neuroticism » révèle que la personne a peu de stabilité émotionnelle et de contrôle interne. Cependant, les auteurs soulignent certaines lacunes importantes. Ils mentionnent que plusieurs des études rapportées sont problématiques puisqu'elles n'utilisent pas de groupe contrôle de gens qui ne vivent pas de deuil.

Horowitz, Bonnano et Holen (1993) ressortent deux styles de personnalité en relation avec la façon de vivre le deuil. Il s'agit d'individus introvertis et d'anxieux chroniques. Les auteurs ressortent ces deux styles à partir du recensement de plusieurs études qui soulèvent ces dimensions de la personnalité. Selon Horowitz, Bonnano et Holen (1993) les personnes introvertis répriment leurs émotions et montrent moins de symptômes rattachés à l'anxiété durant la phase initiale du deuil. Horowitz, Bonnano et Holen (1993) définissent les phases du deuil et la différence entre des réactions normales et pathologiques au deuil par un tableau (Horowitz, 1980) et à l'aide des critères du DSM-III-R. Certains individus introvertis sont plus enclins que les anxieux chroniques à développer plus tardivement des symptômes de deuil alors que d'autres personnes introverties ont, quant à elles, des réactions indirectes au deuil telles que des plaintes psychosomatiques ou des cauchemars.

En contrepartie, des auteurs relèvent des traits adaptatifs reliés à la résolution du deuil. Effectivement, Campbell, Swank et Vincent (1991) soulignent l'impact de deux traits de personnalité dans la résolution du deuil de 84 femmes âgées en moyenne de 54

ans. Le premier, traduit comme étant la vigueur (« hardiness »), est mesuré par le « Personal Views Survey » (PVS). Ce premier trait de personnalité est un amalgame de six échelles mesurant les trois composantes de la vigueur, soit les obligations, le contrôle et les défis. Les personnes définies par ce trait sont engagées dans leur activités. Elles sentent qu'elles maîtrisent leur vie et l'envisagent comme une série de défis. Le deuxième trait de personnalité, soit l'aptitude à s'adapter dans le temps (« time competence »), est l'une des deux échelles majeures du « Personal Orientation Inventory » (POI). Cette échelle décrit des personnes actualisées qui vivent dans le présent, intégrant le passé et envisageant l'avenir. Selon Campbell, Swank et Vincent (1991), les résultats obtenus à l'aide du « Response of Loss Instrument » (RLI) mesurant le deuil, démontrent que les personnes qui obtiennent des scores élevés aux deux traits de personnalité expliqués plus haut s'adaptent mieux au deuil.

D'autres auteurs rapportent un parallèle entre certains traits de personnalité tels : des traits narcissiques (Gorkin, 1984), borderlines (DeRosis, 1985 ; Searles, 1985 et Kavalier-Adler, 1993), anxieux, insécures, compulsifs, ambivalents (Bowlby, 1980) et des réactions de deuil non-résolu. Ces données proviennent, pour la plupart, d'observations cliniques rapportées par des cliniciens d'expérience.

En effet, aucune des études mentionnées n'a réussi à combiner l'homogénéité du groupe d'endeuillés avec une évaluation des facteurs de personnalité à l'aide d'un test incluant plusieurs échelles à divers niveaux (désordres vs symptôme vs syndrome). Dans un groupe homogène, le type de deuil et le lien de parenté unissant l'endeuillé à la personne décédée doivent être les mêmes pour tous les sujets (ex : décès d'un époux suite à une maladie terminale).

Pour mesurer la personnalité, plusieurs outils peuvent être utilisés. Ces outils diffèrent quant à l'aspect de la personnalité qu'ils mesurent. Par exemple, le 16 PF décrit précédemment cerne davantage les tendances personnelles et les forces d'un individu. Il s'agit d'un outil davantage qualitatif. Le 16 PF ne sert pas à repérer des critères diagnostiques comme le font le MMPI et le MCMI.

La présente recherche tente de combiner l'homogénéité de la population étudiée et l'évaluation de la personnalité par un test à plusieurs échelles, tout en s'inspirant des résultats qui sont ressortis des différentes études. Le test utilisé pour la présente recherche comporte 25 échelles et permet de tracer un profil de personnalité tenant compte des patrons de personnalité (axe II du DSM), des désordres de la personnalité pathologique ainsi que des syndromes cliniques.

Formulation d'Hypothèse

Les études présentées portent sur la résolution du deuil. Des auteurs (Freud, 1917 ; Clayton, 1974 ; Sanders, 1989) définissent le deuil et les phases qui le compose. Ensuite, certains auteurs (Worden, 1982 ; Alarcon, 1984 ; Jacobsen, 1986 ; Schawb, 1986) rapportent des critères qui évaluent la résolution du deuil. Pour poursuivre, les variables affectant la résolution du deuil telles : le type de deuil (soudain vs anticipé), la différence entre les sexes, la présence ou non d'ambivalence dans la relation maritale ainsi que la dépression et l'anxiété lors du deuil sont présentées. Finalement, les études concernant la résolution du deuil et facteurs de personnalité sont rapportées. Il ressort de ces études que la dépression (Sanders, 1979), la dépendance (Sanders, 1979),

l'anxiété (Sanders, 1979 ; Vachon, Sheldon, Lancee, Lyall, Rogers et Freeman, 1982 ; Stroebe et Stroebe, 1987 et Bowlby, 1980) et la compulsivité (Bowlby, 1980) sont des facteurs observés chez les gens qui éprouvent de la difficulté à résoudre leur deuil.

Une corrélation positive est prévue entre les scores de l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil et les scores obtenus par les échelles suivantes du MCMI II : Dépendance, Narcissisme, Défaitisme, Borderline, Anxiété, Somatisation, Dysthymie et Dépression Majeure.

Suites aux résultats obtenus concernant les hypothèses émises, la présente recherche tentera de vérifier, à titre exploratoire, quelles sont les échelles du MCMI II qui sont reliées à la résolution ou à la non-résolution du deuil.

Chapitre 2

Méthode

Le chapitre 2 décrit la méthode utilisée pour la présente recherche. Il débute par la présentation de la population étudiée. Par la suite, on retrouve la description des instruments de mesure utilisés ainsi que le déroulement de l'expérimentation.

Sujets

Au départ, 165 personnes ont été sollicitées : 100 personnes référées par la maison Albatros de la région 04 ont été contactées par lettre puisque nous ne disposions pas de leur numéro de téléphone (se référer à l'appendice B pour la lettre envoyée) et 65 par contact téléphonique (se référer à l'appendice A pour le verbatim utilisé lors du contact téléphonique). Suite au courrier, seize (16) réponses positives ont été reçues alors que 42 sujets répondaient positivement à l'appel téléphonique. Au total, 58 personnes ont été rencontrées. De ce nombre, quatre ont dû être retirées ne correspondant pas aux critères établis. La population étudiée est composée de 54 sujets provenant de deux régions différentes. Les sujets issus de la région de Lanaudière ($n = 32$) ont été recrutés à partir du Centre Hospitalier Régional de Lanaudière (CHRD) et d'un groupe de suivi de deuil. Ceux provenant de la région de la Mauricie ($n = 22$) ont également été recrutés à partir de groupes de suivi de deuil et de la maison Albatros de la région 04 qui a collaborée au recrutement des sujets. Les sujets sont âgés entre 36 et 80 ans (moyenne d'âge = 61,18 ans). La population étudiée est composée de 43 femmes et 11 hommes. Tous ont complété les trois questionnaires. La moyenne de temps écoulé depuis le décès est de 34,11 mois (un minimum de douze mois étant requis) et la moyenne de scolarité est de 9,37 ans.

Instruments de Mesure

La présente étude a été effectuée à l'aide de deux tests et un questionnaire d'informations générales. Le premier test mesure la résolution du deuil à l'aide de l'Inventaire de comportements reliés au deuil (Lavallée, 1994), traduction du « Grief Experience Inventory » (Sanders, Mauger et Strong, 1975). Le deuxième test porte sur les facteurs de la personnalité. Il s'agit de l'Inventaire Clinique Multiaxial II de Millon (1987), traduction du « Millon Clinical Multiaxial Inventory II » (MCMI II). Le questionnaire d'informations générales identifie les données démographiques concernant les sujets. Ce questionnaire est présenté à l'annexe C.

Description de l'Inventaire de comportements reliés au deuil

Le test original est construit aux États-Unis par Sanders, Mauger et Strong (1975). Il sert à évaluer les expériences, les sentiments, les symptômes et les comportements d'un individu suite à un deuil. La traduction de ce test soit ; l'Inventaire de comportements reliés au deuil, a été effectuée par deux traductrices indépendantes qui en sont arrivées à un même énoncé (Lavallée, 1994).

Il s'agit d'un questionnaire individuel auquel le sujet répond seul. Le temps de passation est d'environ 30 minutes. Le sujet répond par vrai ou faux à de courts énoncés. La compilation de ces items donne un score global à trois échelles de validité et à neuf échelles de symptômes. Ces 12 échelles tracent le profil du deuil tel que vécu par le sujet évalué.

Selon Sanders, Mauger et Strong (1975), toutes ces échelles du deuil sont très interreliées. Mise à part l'échelle Réponse Atypique, les items du questionnaire ne servent que pour évaluer une seule échelle. Les auteurs définissent chacune des échelles de façon plus précise comme suit:

L'échelle Dénier : indique l'hésitation ou le refus d'admettre ses faiblesses et ses sentiments indésirables.

L'échelle Réponse Atypique : démontre la tendance à endosser les items que moins de 25 % des individus ont choisis.

L'échelle Désirabilité Sociale : évalue la propension du sujet à répondre d'une façon socialement acceptable.

L'échelle Désespoir : est rapportée par Sanders (1975) comme étant l'échelle la plus représentative du test. Elle évalue l'humeur dépressive du répondant.

L'échelle Colère : révèle le degré d'irritation du sujet ainsi que la colère et l'injustice qu'il ressent.

L'échelle Culpabilité : évalue les sentiments, les blâmes et les sentiments de colère socialement acceptables que l'individu éprouve concernant la perte.

L'échelle Isolement Social : démontre le retrait du sujet en ce qui concerne les contacts sociaux et tout ce qui en découle.

L'échelle Perte de Contrôle : indique le niveau de perte de contrôle des émotions.

L'échelle Rumination : évalue l'intensité des pensées et des préoccupations liées à la perte.

L'échelle Dépersonnalisation : mesure l'engourdissement, le choc et la confusion créés par le stress intense relié à la perte.

L'échelle Somatisation : identifie les symptômes physiques qui apparaissent suite à un très grand stress.

L'échelle Anxiété Face à la Mort : évalue le niveau de conscientisation face à l'éventualité de sa propre mort.

L'utilisation restreinte de l'Inventaire de comportements reliés au deuil avec une population québécoise fait en sorte que l'on doit présentement se fier aux normes américaines de validité et de fidélité. La fidélité du *Grief Experience Inventory* a été étudiée avec plusieurs échantillons américains. L'une de ces études effectuée avec un groupe de 22 étudiants qui ont vécu un deuil dans les cinq années précédant la participation à l'étude ainsi qu'un groupe de 79 personnes rencontrées dans les trois mois suivant un décès. Les deux groupes ont été évalués une première fois puis réévalués dans un intervalle de 18 mois. Les résultats du test/post-test du groupe d'étudiants sont similaires à ceux obtenus avec des questionnaires reconnus (ex. le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)) tandis que les résultats moins élevés du test/post-test du groupe d'endeuillés récents reflètent des transformations réelles apparues pendant la période de 18 mois entre les passations du questionnaire. Selon Sanders, Mauger et Strong (1975), les corrélations obtenues sont comparables à celles ressorties par le MMPI. Les résultats de fidélité du MMPI associés à l'Inventaire de comportements reliés au deuil portent à croire que les échelles de ce test conviennent pour la recherche.

La validité de l'Inventaire de comportements reliés au deuil a été comparée avec une échelle de mesure touchant des construits semblables, le MMPI. Les résultats du Test-T démontrent la capacité de l'Inventaire de comportements reliés au deuil à distinguer les endeuillés des non-endeuillés. L'analyse factorielle, effectuée auprès de 92 endeuillés à qui on a administré l'Inventaire de comportements reliés au deuil et le MMPI, fait ressortir un premier facteur qui compte pour 45,9 % de la variance. Ce facteur démontre que le rôle des échelles de l'Inventaire de comportements reliés au deuil est plus grand que celui du MMPI. La validité de l'Inventaire de comportements reliés au deuil dans l'étude d'aspects psychologiques relatifs au deuil semble mise en évidence par ce premier facteur. Ces résultats sont donc en mesure de supporter la validité de construit de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Dans la présente étude, l'échelle Désespoir uniquement est utilisée pour mesurer la résolution du deuil puisque qu'elle est rapportée par les auteurs du test comme étant la plus représentative de celui-ci. Les autres échelles de l'Inventaire de comportements reliés au deuil sont comptabilisées et servent entre autre pour comparer les résultats obtenus avec celui de l'échelle Désespoir.

Description de L'Inventaire Clinique Multiaxial-II de Millon (MCMI-II)

Le MCMI-II de Millon (1987) a été traduit et adapté pour le Québec par Laplante et Manning (1995). La traduction française a été élaborée par des techniques de traduction renversées.

Ce test comprend 175 questions à choix forcé (vrai ou faux) et requiert en moyenne 20-25 minutes pour le compléter. Les échelles du test correspondent aux

critères diagnostiques élaborés dans le DSM-III-R. Ce test permet d'identifier les traits et les troubles, les symptômes cliniques et les désordres plus sévères de la personnalité. Le MCMI II se compose de 22 échelles cliniques et trois échelles de validité soit les échelles X, Y, Z définies plus bas.

Échelles de validité :

L'échelle X = reflète l'ouverture et la coopération dont fait preuve la personne lors du processus de testing.

L'échelle Y = démontre la tendance à se décrire d'une façon favorable.

L'échelle Z = représente des tendances opposées à l'échelle Y. Des scores élevés sur l'échelle Z indiquent une tendance à se dévaloriser et à se déprécier.

En ce qui a trait aux 22 échelles cliniques, elles se divisent en quatre principales sections. La première section représente les patrons cliniques de la personnalité (échelles 1 à 8B), la deuxième décrit les désordres de personnalité sévères ou pathologiques (échelles S, C, P), la troisième présente les syndromes cliniques modérés (échelles A, H, N, D, B, T) et finalement, la quatrième démontre les syndromes cliniques sévères (échelles SS, CC, PP). Les échelles seront nommées et décrites dans les pages qui suivent.

Les échelles ont été conçues pour différencier les caractéristiques plus durables de la personnalité de l'Axe II (les troubles de la personnalité) et les symptômes cliniques aigus de l'Axe I (les syndromes cliniques). En plus, les échelles servent à distinguer les

troubles de la personnalité et les syndromes cliniques en fonction de leur niveau de gravité psychopathologique. Ainsi, des échelles séparées sont utilisées pour déterminer les patrons de personnalité (Axe II, soit les échelles 1 à 8B) et les désordres de personnalité pathologique (Axe II, soit les échelles S, C, P). De la même façon, les syndromes cliniques qualifiés de « modérément sévères » que Millon (1987) qualifie de « névrotiques » (Axe I, soit les échelles A, H, N, D, B, T) sont évalués séparément de ceux qui ont un degré de sévérité plus marqué et qualifié de « psychotiques » (Axe I, soit les échelles SS, CC, PP).

Patrons cliniques de la personnalité :

1 - La personnalité Schizoïde :

Ces individus sont décrits comme apathiques, distants et asociaux. Leurs besoins affectifs et émotionnels sont minimes et leur rôle est davantage celui d'observateur passif et détaché.

2 - La personnalité Évitante :

Ces individus sont vigilants, constamment sur leur garde et sont toujours prêts à établir eux-mêmes une distance avec leur entourage. Leur stratégie adaptative révèle une peur et une méfiance envers les autres.

3 - La personnalité Dépendante :

Ces personnes se tournent vers les autres pour obtenir encouragements et sécurité. Ces individus manquent d'initiative et d'autonomie.

4 - La personnalité Histrionique :

Ces individus démontrent une insatiable recherche de stimulation et d'affection dans leurs contacts interpersonnels. Ils investissent beaucoup de leur énergie pour être le centre d'attraction et ce, de façon constante.

5 - La personnalité Narcissique :

Ces individus sont qualifiés d'égocentriques. Ils surévaluent leurs propres valeurs et semblent avoir une confiance en eux si élevée qu'ils paraissent quelques fois se donner des airs de supériorité.

6A - La personnalité Antisociale :

Ces individus s'engagent dans des comportements illégaux et exploitent leur entourage. Ils sont décrits comme irresponsables, impulsifs, insensibles et rudes.

6B- La personnalité Sadique-Agressive :

Ces individus font l'expérience du plaisir dans la douleur. Leur satisfaction relève de l'intimidation et de l'humiliation qu'ils font subir aux autres en les dominant et en les brutalisant.

7 - La personnalité Compulsive :

La façon prudente, contrôlante et perfectionniste de fonctionner de ces individus témoigne de leur ambivalence. Ces personnes exigent beaucoup d'eux-mêmes et des autres.

8A - La personnalité Passive-Agressive :

Dans leur relation interpersonnelle, ces individus oscillent entre la déférence et l'obéissance d'une part, et la défiance et l'agressivité d'autre part.

8B - La personnalité Défaitiste :

Ces gens mettent le focus sur les choses mauvaises, se remémorent sans cesse leur passé infortuné et transforment les circonstances heureuses en situations problématiques.

Les désordres sévères ou pathologiques de la personnalité :

S - La personnalité Schizotypique :

Ces individus privilégient l'isolement social et font preuve de peu d'attachement personnel. Ils apparaissent souvent absorbés, ruminants et excentriques.

C - La personnalité Borderline :

Ces individus font souvent l'expérience de rage, d'anxiété et d'euphorie. Cela se voit dans leur instabilité et la labilité de leur humeur. Plusieurs d'entre eux ont des pensées suicidaires qui apparaissent lorsqu'ils sont déstabilisés par un problème d'insécurité affective.

P - La personnalité Paranoïaque :

Puisqu'ils anticipent constamment la critique, ces individus démontrent une méfiance vigilante et provoquent ainsi l'exaspération et la rage chez les autres.

Les syndromes cliniques modérés :

A - Anxiété :

Ces patients sont typiquement tendus, indécis, agités, éprouvant ainsi une variété d'inconforts physiques. De nature inquiète, ils sont appréhensifs face à l'environnement.

H - Somatisation :

Ces individus transforment leurs difficultés psychologiques en les exprimant davantage sur le plan somatique. Cette difficulté ressort davantage dans les périodes de fatigue et de faiblesse.

N - Hypomanie :

Ces individus hyperactifs démontrent un enthousiasme non sélectif pour des projets excessifs et non réalistes. On note une diminution du besoin de sommeil et un changement rapide et labile de l'humeur.

D - Dysthymie :

Ces gens sont enclins à des sentiments de découragement, des comportements d'apathie et une faible estime d'eux-mêmes. Une humeur dépressive est observée.

B - Dépendance à l'alcool :

Ces personnes présentent une histoire d'alcoolisme. Ils font des efforts pour dépasser leur problème de boisson mais obtiennent peu de succès.

T - Dépendance à la drogue :

Ces personnes ont probablement eu récemment (ou ont présentement) de la difficulté à restreindre leurs pulsions qui les poussent à consommer.

Les syndromes cliniques sévères :

SS - Pensées psychotiques :

Ces individus démontrent régulièrement des comportements incongrus, désorganisés ou régressifs. Ils apparaissent confus, désorientés et expriment des affects non appropriés.

CC - Dépression majeure :

Ces gens sont sévèrement déprimés et expriment beaucoup d'appréhension face au futur, une profonde résignation ainsi que des idées suicidaires.

PP - Illusions psychotiques :

Ces individus sont fréquemment considérés comme des paranoïaques pouvant devenir périodiquement agressifs et irrationnels tout en étant aux prises avec des illusions de jalousie et de persécution de nature grandiose.

Suite à la description des échelles du MCMI-II, nous abordons maintenant la fidélité et la validité de ce test.

La fidélité du MCMI-II

Les mesures de consistance interne des échelles du MCMI-II, trouvées sur la base d'une corrélation bisérale, ont été calculées à l'aide de la formule de Kuder-Richardson 20. Les coefficients de stabilité des échelles du MCMI-II rapportés par Millon (1987) ont été testés avec une population variée. Les intervalles test-retest ont varié entre trois et cinq semaines. Les coefficients KR obtenus pour 91 sujets non-cliniques étaient élevés et relativement constants. Plus spécifiquement, les échelles de personnalité de base (1-8B) possèdent des coefficients de stabilité variant entre 0,80 et 0,89, les échelles de désordres de personnalité ont des coefficients de stabilité qui varient entre 0,79 et 0,89 et les coefficients de stabilité des échelles de syndromes cliniques (A-PP) varient entre 0,79 et 0,91. Les coefficients de stabilité élevés obtenus de ce groupe contrôle non-clinique appuient bien la fidélité des test-retests des échelles du MCMI-II et fournissent une base de références avec laquelle d'autres groupes peuvent être comparés. Piersma (1989) a démontré que le MCMI-II présente des coefficients de stabilité plus élevés que le MCMI-I.

L'auteur rapporte que près de 65 % des gens ont obtenu la même première ou deuxième échelle la plus élevée et ce, lors des deux administrations. Ceci témoigne de la stabilité des résultats obtenus en ce qui a trait à l'analyse factorielle et donc de la fidélité du test. Également, plus de 45 % des sujets ont obtenu la même combinaison d'échelles les plus élevées soit les deux mêmes échelles les plus élevées, dans le même ordre ou dans l'ordre inverse (ex : l'échelle 5 et C ou l'échelle C et 5 sont les deux plus élevées). Ceci représente des données de fidélité fiables spécifiquement dues au nombre

élevé d'échelles du MCMI-II. Il est à noter que toutes les échelles du MCMI-II dépassent le .80 exigé au niveau de la fidélité.

La validité du MCMI-II

En ce qui a trait à la validité externe du MCMI-II, Millon (1987) rapporte que la sensibilité des échelles varie entre 50 et 79 %, la spécificité entre 91 et 99 %, le pouvoir de prédiction positif PPP (« Positive Predictive Power ») entre 58 et 80 %, le pouvoir de prédiction négatif NPP (« Negative Predictive Power ») entre 93 et 98 % et le pouvoir de diagnostique total entre 88 et 97 %.

Le Questionnaire d'Informations Générales

Ce questionnaire comprend des informations démographiques sur le sujet telles : le sexe, l'âge, l'état civil et le degré de scolarité. Il fournit des informations sur la conjoncture actuelle entourant la perte à savoir si la personne est incommodée par une incapacité physique ou une maladie. Les autres pertes, le moment auxquelles remontent les pertes, le support social entourant la perte et la situation actuelle vis-à-vis le deuil sont également explorés.

Déroulement de l'Expérience

Au départ, l'expérimentation s'est déroulée en groupe d'environ cinq (5) personnes à la fois. Les sujets répondaient individuellement aux tests. Par la suite, des

sujets, pour qui les moments d'expérimentations prévus ne convenaient pas, ont été rencontrés seuls. Dans tous les cas, le mode de fonctionnement et les consignes demeuraient les mêmes. À leur arrivée, le but de la recherche leur est expliqué et de brèves consignes leur étaient données afin de les guider dans leur façon de répondre aux questions. Un formulaire de consentement leur était présenté et lorsque celui-ci était signé, les sujets commençait le test. Les trois instruments de mesure présentés dans l'ordre suivant : MCMII-II, l'Inventaire de comportements reliés au deuil et questionnaire d'informations générales, ont été complétés lors d'une même rencontre. La passation de ces trois tests prend environ une heure. Lorsqu'ils avaient terminés, les sujets remettaient les questionnaires à la chercheuse tout en conservant avec eux une copie du formulaire de consentement sur lequel est indiqué un numéro de téléphone en cas de question ou de malaise suite à l'expérimentation. Les feuilles réponses sont numérotés afin de conserver l'anonymat des sujets.

Suite à la partie technique concernant la population étudiée, ses caractéristiques, la présentation des tests ainsi que le fonctionnement précis concernant le déroulement de l'expérimentation, les résultats seront maintenant présentés.

Chapitre 3

Résultats

Ce chapitre débute par l'analyse des données qui comprend la façon de procéder pour arriver à la réduction des données ainsi que la méthode statistique utilisée au cours de la présente recherche. Par la suite, les résultats seront présentés à partir d'analyses descriptives.

Analyse des Données

Cette section traite des transformations effectuées pour arriver à la réduction des données de chacun des deux tests utilisés dans la présente recherche. Il sera également question de la méthode d'analyse choisie pour analyser les données recueillies.

Réduction des Données

Pour le MCMI-II comme pour de l'Inventaire de comportements reliés au deuil, la réduction des données débute par la correction des tests à l'aide de clés de correction.

Dans le cas du MCMI-II, les grilles de correction attribuent une valeur pondérale (1, 2, 3) selon le choix (vrai ou faux) de réponse. La procédure suivant l'attribution pondérale de chacune des réponses est complexe. Les résultats bruts doivent subir une série de transformations à l'aide de tables de conversions et d'ajustements. Suite à toutes ces transformations, les résultats finaux varient entre 0 et 121. Les scores compris entre 0 et 74 correspondent à l'absence de trouble. Les scores variant entre 75 et 84 indiquent la présence de traits de personnalité. Les scores de 85 et plus indiquent la présence d'un trouble de la personnalité ou d'un syndrome clinique.

Dans le cas de l'Inventaire de comportements reliés au deuil, les scores obtenus suite à l'attribution des valeurs pondérales sont transformés en T-score. Les résultats finaux (T-scores) varient entre 20 et 85. Les résultats supérieurs à 50 indiquent la présence de difficultés et les résultats inférieurs indiquent l'absence de difficultés. La présente recherche se basera sur le score obtenu à l'échelle Désespoir, c'est-à-dire un score supérieur ou inférieur à 50 pour déterminer si l'endeuillé éprouve ou non des difficultés à résoudre son deuil. Le choix de se limiter à l'échelle Désespoir est influencé par l'auteur du test (Sanders, 1975) qui rapporte que l'échelle Désespoir est celle qui est la plus représentative du test et de la résolution du deuil.

Méthode d'Analyse

Les analyses statistiques sont effectuées à l'aide du logiciel SPSSX. Il s'agit de corrélations paramétriques de Pearson. Ce type d'analyse permet de déterminer un coefficient de corrélation correspondant au lien existant entre deux variables dépendantes et ce, à partir d'une petite quantité de sujets. En effet, le nombre restreint de sujets de la présente recherche et la difficulté d'effectuer des regroupements qui en découlent est un facteur limitatif dans le choix de la statistique utilisée. Également, puisque les échelles du MCMI-II sont intercorrélées entre elles, il devient difficile d'interpréter le pouvoir de prédiction des échelles de personnalité envers la résolution du deuil.

Présentation des Résultats

Suite à la correction des scores de l'Inventaire de comportements reliés au deuil et de l'Inventaire Clinique Multiaxial II de Millon, des corrélations ont été effectuées entre l'ensemble des échelles de l'Inventaire Clinique Multiaxial II de Millon et l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil. L'ensemble de ces corrélations obtenues entre l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil et les échelles du MCMI-II sont présentées dans le tableau 1.

On remarque au tableau 1 que les échelles Passif-Agressif, Défaitisme, Borderline, Paranoïa, Anxiété, Somatisation, Dysthymie, Abus d'alcool, Pensées Psychotiques, Dépression Majeure et Illusions Psychotiques obtiennent des corrélations significatives avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Tableau 1

Échelles du MCMI-II et leur Corrélation avec l'Échelle Désespoir de l'Inventaire de
comportements reliés au deuil

Échelles du MCMI-II	Corrélation avec (Des) de l'Inventaire de comportements reliés au deuil	p
1- Schizoïde	,1392	,316 n.s.
2- Évitement	,2924	,032 n.s.
3- Dépendance	,1356	,328 n.s.
4- Histrionique	-,0199	,887 n.s.
5- Narcissique	-,0197	,888 n.s.
6A- Antisocial	-,0205	,883 n.s.
6B- Sadique/agressif	,1105	,426 n.s.
7- Compulsif	,0871	,531 n.s.
8A- Passif-agressif	,5064	,000 ***
8B- Défaitisme	,2943	,031 *
S- Schizotypie	,1995	,148 n.s.
C- Borderline	,3884	,004 **
P- Paranoïa	,2766	,043 *
A- Anxiété	,4928	,000 ***
H- Somatisation	,4482	,001 ***
N- Hypomanie	,1103	,427 n.s.
D- Dysthymie	,5035	,000 ***
B- Abus d'alcool	,4280	,001 ***
T- Abus de drogues	,1218	,380 n.s.
SS- Pensées psychotiques	,3109	,022 *
CC- Dépression Majeure	,5397	,000 ***
PP- Illusions psychotiques	,3158	,020 *
* p < ,05		
** p < ,01		
*** p < ,001		

Vérification des Hypothèses

Le tableau 2 présente, en synthèse, le résultat des hypothèses afin de faciliter la compréhension des résultats. Chacune des échelles du MCMI-II citée dans les hypothèses de départ est présentée en relation avec la corrélation (r) qu'elle a obtenue avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Tableau 2
Résultats des Hypothèses

Échelles concernées par les hypothèses :	Corrélation avec (Des) de l'Inventaire de comportements reliés au deuil	p
Dépendance	,1356	,328 n.s.
Narcissisme	-,0197	,888 n.s.
Défaitisme	,2943	,031 *
Borderline	,3884	,004 **
Anxiété	,4928	,000 ***
Somatisation	,4482	,001 ***
Dysthymie	,5035	,000 ***
Dépression Majeure	,5397	,000 ***
* p < ,05		
** p < ,01		
*** p < ,001		

L'hypothèse du départ est partiellement confirmée. En effet, les échelles Borderline, Anxiété, Somatisation, Dysthymie et Dépression Majeure du MCMI-II ont obtenu une corrélation significative avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Les échelles Dépendance, Narcissisme et Défaitisme n'ont pas obtenu de corrélation significative avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil. Les hypothèses les concernant n'ont donc pu être confirmées. Cependant, quatre échelles non prévues par les hypothèses soient : Passive-Aggressive, Abus d'Alcool, Pensées Psychotiques et Illusions Psychotiques ont obtenu des corrélations significatives avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Tableau 3
Corrélations Significatives Entre les Échelles du MCMI-II
et l'Échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Échelles du MCMI-II	La corrélation avec (Des) de l'Inventaire de comportements reliés au deuil	p
Dépression Majeure	,5397	,000 ***
Passive-agressive	,5064	,000 ***
Dysthymie	,5035	,000 ***
Anxiété	,4928	,000 ***
Somatisation	,4482	,001 ***
Abus d'alcool	,4280	,001 ***
Borderline	,3884	,004 **
Illusions Psychotiques	,3158	,020 *
Pensées Psychotiques	,3109	,022 *
* p < ,05		
** p < ,01		
*** p < ,001		

À titre exploratoire, des analyses de fréquence permettent de constater le nombre de personnes dans chaque catégorie selon leur résultat aux différentes échelles. Ainsi, au test de l'Inventaire de comportements reliés au deuil, une analyse de fréquence permet de constater que 19 sujets ont obtenu un résultat égal ou supérieur à 50 sur l'échelle Désespoir ce qui démontre que 19 personnes éprouvent toujours des difficultés avec la résolution de leur deuil. Le tableau 4 présente les fréquences obtenues pour chacune des échelles de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Au même titre, des analyses de fréquence ont également été faites pour le MCMI-II (voir tableau 5). Le fait d'obtenir 75 ou plus sur l'une des échelles du MCMI-II indique la présence d'un trait ou trouble de personnalité ou encore d'un syndrome clinique.

Tableau 4

Tableau de Fréquence des Personnes qui ont Obtenu un Résultat Égal ou Supérieur à 50 sur Chacune des Échelles de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Échelles de l'Inventaire de comportements reliés au deuil	Nombre de personnes qui ont obtenu plus de 50 sur les échelles
DES-Désespoir	19/54
COH-Colère-Hostilité	11/54
CUL-Culpabilité	27/54
ISO-Isolement Social	20/54
PEC-Perte de Contrôle	14/54
RUM-Rumination	18/54
DEP-Dépersonnalisation	20/54
SOM-Somatisation	29/54
ANM-Anxiété face à la mort.	16/54

Variables secondaires

Également, une analyse à l'aide du Test-T a été effectuée pour vérifier s'il y avait des différences au niveau du sexe des sujets quant à la résolution du deuil. Aucune différence significative n'est ressortie sur les 12 échelles de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Voilà qui termine la partie sur la présentation des résultats. Les corrélations obtenues entre les échelles du MCMI-II et l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil ont été présentées. La section suivante porte sur la discussion de ces corrélations et les conclusions qui en découlent.

Tableau 5

Tableau des Fréquences de Gens qui ont Obtenu un Résultat Égal ou Supérieur à 75
sur Chacune des Échelles du MCMI-II

Les échelles du MCMI-II	Le nombre de personnes qui ont obtenu un score supérieur à 75
1- Schizoïde	7/54
2- Évitement	10/54
3- Dépendance	20/54
4- Histrionique	15/54
5- Narcissique	14/54
6A- Antisocial	1/54
6B- Sadique/agressif	7/54
7- Compulsif	38/54
8A- Passif-agressif	2/54
8B- Défaitisme	4/54
S- Schizotypie	2/54
C- Borderline	1/54
P- Paranoïa	4/54
A- Anxiété	11/54
H- Somatisation	11/54
N- Hypomanie	2/54
D- Dysthymie	6/54
B- Abus d'alcool	1/54
T- Abus de drogues	0/54
SS- Pensées psychotiques	0/54
CC- Dépression Majeure	0/54
PP- Illusions psychotiques	1/54

Chapitre 4

Discussion

Cette section se compose de trois parties. Tout d'abord, la première partie apporte des éclaircissements sur l'ensemble des résultats. Ensuite, les retombées théoriques qui peuvent découler d'une telle recherche sont présentées. Finalement, la dernière section traite des forces et des faiblesses de la présente recherche.

Retour sur l'Ensemble des Résultats

Suite à la présentation brute des résultats à la section précédente, l'explication des corrélations obtenues entre la mesure de la résolution du deuil à l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil et les facteurs de personnalité mesurés par le MCMI-II est présentée plus en détails. Ensuite, les résultats spécifiques concernant les hypothèses seront mis en relation avec les résultats d'études antérieures. Finalement, les résultats de l'exploration (analyse de fréquences) concernant les observations autres que celles concernant les hypothèses seront exposés.

Selon les analyses effectuées, il ressort que neuf échelles du MCMI-II sont significativement corrélées avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil. Ces neuf échelles sont (1-) Passive-agressive, (2-) Borderline, (3-) Anxiété, (4-) Somatisation, (5-) Dysthymie, (6-) Abus d'alcool, (7-) Pensées psychotiques, (8-) Dépression Majeure et (9-) Illusions psychotiques. L'ordre de présentation des échelles se fera en ordre décroissant selon la puissance de corrélation obtenue pour chacune.

L'échelle Dépression Majeure décrit des gens qui sont sévèrement déprimés et qui expriment une peur du futur, des idées suicidaires et une résignation sans espoir. Le

lien entre cette échelle et la résolution du deuil s'explique si l'on prend en considération les symptômes semblables vécus par les endeuillés qui éprouvent de la difficulté à résoudre leur deuil.

L'échelle Passive-Aggressive décrit des individus qui oscillent entre la déférence et l'obéissance d'une part, et d'autre part, la défiance et l'agressivité. Une rage explosive entrecoupée de périodes intermittentes de culpabilité et de honte peut être observée chez ces individus (Millon, 1987). Tel que démontré par Bowlby (1980), les gens qui éprouvent de la difficulté à résoudre leur deuil vivent beaucoup d'ambivalence. Il est possible que cette ambivalence s'apparente avec celle rencontrée chez les gens qui présentent des traits passifs-agressifs tels que décrit par Millon (1987).

L'échelle Borderline décrit un type de personnalité aux prises avec plusieurs problèmes lorsque confronté aux épreuves de la vie. Il est très plausible pour les gens borderlines que la labilité de leur humeur soit davantage éprouvée lors du deuil. DeRosis (1985), Searles (1985) et Kavalier-Adler (1993) remarquent les problèmes de résolution du deuil, particulièrement chez ce type de personnalité.

L'échelle Anxiété et l'échelle Somatisation, fortement intercorrélées entre elles (.65), ont toutes deux obtenu une corrélation significative avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil. Tel qu'émis par les hypothèses, ces deux syndromes cliniques se retrouvent souvent lors de difficultés face au deuil, ce qui est appuyé par Jacobs, Hansen, Kasl, Ostfeld, Berkman et Kim (1990).

Les échelles Dysthymie et Dépression Majeure sont aussi fortement intercorrélées entre elles (.76). Les deux échelles portent sur une humeur dépressive mais diffèrent au niveau du degré de sévérité. Une personne éprouvant des problèmes avec ces deux échelles peut également présenter des antécédents d'alcool et risquer de retourner vers cette béquille. Ainsi, le lien entre l'échelle Abus d'alcool et l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil peut être expliqué.

Concernant les deux dernières échelles : Pensées psychotiques et Illusions psychotiques, il est probable qu'une personne aux prises avec une de ces deux problématiques éprouve aussi de la difficulté avec la résolution de son deuil.

Résultats Concernant Spécifiquement les Hypothèses

Cette partie traite des hypothèses qui ont été confirmées et de celles qui ne l'ont pas été. En ce qui a trait aux hypothèses confirmées, cinq des huit échelles de l'hypothèse émise ont été confirmées. Il s'agit des échelles Borderline, Anxiété, Somatisation, Dysthymie et Dépression Majeure du MCMI-II qui ont obtenu une corrélation significative avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportement reliés au deuil. En ce qui concerne les échelles Borderline, Anxiété Dysthymie et Dépression Majeure, des études précédentes sur le sujet relèvent un lien entre ces échelles et la difficulté à résoudre le deuil. Cependant, aucune d'entre elles n'avaient utilisé le MCMI-II comme outil diagnostique de la personnalité. En ce qui concerne l'échelle Somatisation ; symptôme fréquent des gens qui vivent un deuil, compte-tenu que les échelles Somatisation et Anxiété du MCMI-II sont hautement corrélée entre elles, une hypothèse de corrélation significative avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil a été émise. Le DSM-III-R décrit le trouble somatoforme

indifférencié comme ne survenant pas exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble anxieux.

Trois des échelles concernées par les hypothèses soit Dépendance, Narcissisme et Défaitisme n'ont pas obtenu de corrélation significative avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Quatre échelles non prévues par les hypothèses soit Passive-Aggressive, Abus d'Alcool, Pensées Psychotiques et Illusions Psychotiques ont obtenu des corrélations significatives avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

En ce qui a trait à l'échelle Passive-Aggressive, l'hypothèse emmenée pour tenter d'expliquer la corrélation trouvée réside dans le mécanisme de défense typique de ce style ; soit de ne pas exprimer clairement les sentiments vécus et de les véhiculer par de l'agressivité détournée. Cette façon de se comporter peut empêcher l'endeuillé de vivre son deuil et de le résoudre. Les émotions vécues par rapport à la perte n'étant pas canalisées par la verbalisation de celles-ci, l'endeuillé peut rester davantage aux prises avec des difficultés se rapportant à ce phénomène.

En ce qui a trait à l'échelle Abus d'alcool, le lien peut être explicable par un passé de consommation qui peut inciter à se tourner à nouveau vers l'alcool pour oublier ses problèmes. Dépendamment du niveau de résolution du problème d'alcool, à savoir si la personne en est arrivée à l'abstinence et depuis combien de temps elle est sobre et également, en tenant compte des expériences de stress vécues simultanément à la perte

et de leur intensité, la personne qui vit un deuil peut être tentée de replonger vers la béquille connue, soit l'alcool.

Concernant les deux dernières échelles soient Pensées Psychotiques et Illusions Psychotiques, leurs explications sont liées. Une personne aux prises avec des problèmes d'ordre « psychotique », donc sévères, risque d'être plus hypothéquée au niveau de sa capacité adaptative et éprouve donc plus de difficultés avec tous les événements de la vie ; le deuil y compris. Les résultats obtenus lors de la présente recherche et de l'utilisation du MCMI-II permettent de faire ressortir la difficulté de ces personnes à résoudre un deuil, ce qui n'avait pas été démontré par les recherches précédentes.

Une analyse exploratoire a été faite afin de tenter de découvrir s'il n'y a pas d'autres données conduisant à des liens intéressants. Une analyse de fréquence a permis de constater que 35 personnes sur 54 obtiennent un résultat égal ou supérieur à 75 à l'échelle Compulsivité du MCMI-II. Cela signifie que ces personnes ont des traits de personnalité compulsive, voire un trouble de la personnalité pour ceux qui obtiennent un résultat supérieur à 85. De plus, on peut constater qu'il n'y a également personne qui a obtenu un résultat supérieur à 75 sur l'échelle Dépression Majeure qui pourtant, obtient la corrélation la plus élevée avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil. Cela signifie, en fait, qu'il n'y a personne qui soit excessivement déprimé sans pour autant infirmer la corrélation.

Aussi, concernant les résultats du MCMI-II, Millon (1987) a ressorti des catégories de facteurs suite à une analyse factorielle pour voir si certaines échelles se regroupaient ensemble et mesuraient un thème semblable. Le facteur 1 englobe les

échelles positivement reliées entre elles, notamment, les échelles Évitement (0,92), Défaitiste (0,83), Schizotypique (0,78), Pensées psychotiques (0,73), Dépression psychotique (0,71), et d'autres ayant moins d'ampleur telles Passive-agressive (0,68), Schizoïde (0,63) et Borderline (0,63). Cela signifie qu'un premier groupe d'échelles est fortement relié par l'ensemble de leurs items en commun. On doit tenir compte des matrices de facteurs lors de l'interprétation des corrélations obtenues. Par exemple, des recoupements sont rapportés entre certaines échelles du MCMI-II qui ont obtenues des corrélations positives avec l'échelle DES. Dans la présente recherche, l'échelle qui a obtenu la corrélation la plus élevée, soit Dépression Majeure avec 0,54, obtient en fait une corrélation significative de 0,58 avec l'échelle Passive-agressive, la deuxième corrélation la plus élevée (0,51). Il y a donc 33,6 % de variance commune entre les deux échelles du MCMI-II les plus fortement corrélées avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil.

Ainsi, certains résultats obtenus sont à même de confirmer et consolider les hypothèses obtenues par les recherches précédentes. D'autres hypothèses n'ont cependant pas pu être confirmées et finalement, des corrélations significatives non prévues par les hypothèses sont ressorties.

Retombées Théoriques

Cette section abordera les conclusions que l'on peut tirer suite aux résultats obtenus.

Bien que les conclusions théoriques apportent certaines précisions et viennent appuyer des études déjà effectuées sur la relation existante entre les facteurs de

personnalité et la résolution du deuil, tels les liens trouvés entre les échelles Borderline, Anxiété, Somatisation, Dysthymie et Dépression Majeure du MCMI-II et la résolution du deuil mesuré par l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil, celles-ci doivent être émises avec prudence. La construction du MCMI-II, plus précisément les recoupements d'items entre ses échelles, fait en sorte qu'il est plus difficile d'affirmer dans quelle proportion chacune des échelles est reliée à l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil, ni lesquelles d'entre elles ont le plus grand pouvoir de prédiction lors de la résolution du deuil.

Ainsi, un raisonnement similaire peut être applicable pour les trois échelles concernées par les hypothèses qui n'ont pu être confirmées soient Dépendance, Narcissisme et Défaitisme. Ces échelles n'ont effectivement pas obtenu de corrélation significative avec l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil. Il est plausible que les intercorrélations présentes entre les échelles du MCMI-II aient contribué indirectement au fait que ces échelles n'ont pas obtenu de corrélations positives avec l'échelle Désespoir.

Ces observations témoignent de l'importance de continuer la recherche sur la relation entre les facteurs de personnalité et la résolution du deuil.

Forces et Faiblesses

Avantages

L'avantage principal de cette étude, se voulant un des objectifs précisément ciblés au cours de cette recherche, réside dans les critères pré-établis pour la sélection

des sujets afin de regrouper une population homogène d'endeuillés. L'homogénéité de l'échantillon s'est traduit par la sélection de personnes ayant perdu leur conjoint(e) depuis un minimum d'une année. De plus, la cause du décès devait se limiter à une maladie chronique.

Également, l'Inventaire de comportements reliés au deuil et le MCMI-II, de par leur réponse à choix forcé, représentent des tests appréciés par les sujets. Ces derniers n'ont pas à élaborer leur pensée donc l'expérimentation est moins longue et moins difficile pour eux. De plus, l'Inventaire de comportements reliés au deuil est le seul test qui mesure les réactions au deuil et qui comprend plusieurs échelles. Bien qu'une seule échelle soit retenue pour évaluer la résolution du deuil, il n'en demeure pas moins que les autres échelles ajoutent de l'information entourant le processus de deuil vécu par les endeuillés. Elles sont également utiles pour valider l'évaluation de l'échelle Désespoir compte-tenu que cette dernière est rapportée comme la plus représentative des échelles et donc, de la résolution du deuil. Ce test est composé de 135 questions et permet donc de cibler plus d'un aspects du deuil (se référer aux échelles). De plus, en référence au nombre de questions et d'échelles présentes pour les deux tests, autant pour le MCMI-II (175 questions, 22 échelles) que pour l'Inventaire de comportements reliés au deuil (135 questions, 12 échelles), il ressort clairement que ce sont deux tests complets et plus élaborés que la moyenne des tests dans leur catégorie respective.

Ajustements souhaitables

Certaines limites ont été constatées au cours de la présente recherche. L'une d'entre elles concerne les tests. Bien que de l'Inventaire de comportements reliés au deuil et le MCMI-II représentent des tests possédant des points très avantageux pour ce

type de recherche, il faut cependant relever leur limite. Entre autre, les énoncés peuvent suggérer un contenu différent pour certaines personnes tenant compte de l'âge, de la scolarité et de l'éducation de ces mêmes personnes. Cependant, ceci est difficile à vérifier et surtout à éviter lorsque des tests à choix forcés sont utilisés.

Limite au niveau de la représentativité de la population

Une recherche de cette nature est évidemment délicate compte-tenu des sentiments profonds qu'elle suscite chez les sujets qui vivent une perte. Le recrutement est donc plus ardu et le nombre de sujets qui acceptent de participer est limité. Si l'on se réfère à l'étude de Sanders (1979), le taux de participation était de 39 % tandis que dans l'étude de Stroebe et Stroebe (1989), le taux de 28 % qu'ils ont obtenu est qualifié par les auteurs de relativement bas, mais non atypique pour ce type de recherche. Ainsi, une limite au niveau du nombre de sujets, à savoir s'ils sont représentatifs de la population visée, est soulevée. Un nombre plus élevé de sujets aurait pu permettre de généraliser davantage les résultats.

On peut se demander s'il n'y a pas des caractéristiques communes entre les sujets qui se sont prêtés volontaires. En effet, les gens qui se portent volontaires pour des recherches ont été l'objet de nombreuses études dans le milieu de la psychologie sociale. Entre autres, on y a découvert que ces gens sont en général plus instruit que la moyenne, étaient mieux nantis au niveau socio-économique, ont un besoin plus élevé d'approbation sociale que la moyenne des gens, veulent se rendre utiles en participant à faire avancer la science (Rosenthal, R. & Rosnow, R. L. (1984)). La difficulté de recruter une population théoriquement objective se pose dans toutes recherches. Il est difficile de vérifier s'il existe des différences au niveau de la personnalité des gens qui

acceptent de participer et ceux qui refusent, tel que souligné par Campbell, Swank et Vincent (1991).

Rappelons que les résultats de cette étude s'appliquent donc uniquement pour une population d'endeuillés québécois. De même, les résultats ne sont pas applicables aux endeuillés qui ont vécu la perte d'une personne de façon subite tel un accident ou un suicide.

La section suivante, concluant le travail, résume les principaux apports d'une telle recherche et terminera en laissant une piste de réflexion concernant la recherche sur le deuil.

Conclusion

Plusieurs auteurs (Parkes et Weiss, 1983 ; Stroebe et Stroebe, 1987 ; Sanders, 1988 ; Middleton, 1989 ; Raphael et Middleton, 1990) ont soulevé l'intérêt d'étudier les facteurs de personnalité et leurs liens avec la résolution du deuil. La présente étude voulait vérifier si des liens existent entre les facteurs de personnalité, évalués à l'aide du MCMI-II, et la résolution du deuil, mesurée par l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil, chez une population de veufs et de veuves ayant perdu leur conjoint à la suite d'une maladie terminale.

Les corrélations positives significatives obtenues dans cette étude ; soit un lien entre les échelles Dépression Majeure, Passive-Aggressive, Dysthimie, Anxiété, Somatisation, Abus d'alcool, Bordeline, Illusions Psychotiques, Pensées Psychotiques et l'échelle Désespoir du MCMI-II et l'échelle Désespoir de l'Inventaire de comportements reliés au deuil, confirment l'existence de liens entre les facteurs de personnalité et la résolution du deuil.

La problématique entourant les liens existants entre les facteurs de personnalité et la résolution du deuil est certainement un domaine de la recherche qui gagnerait à être davantage exploré.

Références

- Alarcon, R. D. (1984). Single Case Study : Personality as a Pathogenic Factor in Bereavement. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(1), 45-47.
- Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Fasiczka, A., Frank, E., Miller, M., & R. Reynolds, C. F. (1995-96). Gender Differences in Complicated Grief Among the Elderly. *Omega*, 32(4), 303-317.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss* (Vol. 3). London : Mogart.
- Bornstein, P. E., Clayton, P. J., Halikas, W. L., Robins, M., & Robins, E. (1973). The Depression of Widowhood After Thirteen Months. *The British Journal of Psychiatry*, 122, 561-566.
- Bruce, M. L., Kim, K., Leaf, P. J., & Jacobs, S. (1990). Depressive Episodes and Dysphoria Resulting From Conjugal Bereavement in a Prospective Community Sample. *American Journal of psychiatry*, 147(5), 608-611.
- Campbell, J., Swank, P., & Vincent, R. (1991). The Role of Hardiness in the Resolution of Grief. *Omega*, 23(1), 53-65.
- Clayton, P. J. (1973). Mortality and Morbidity in the First Year of Bereavement. *Archives of General Psychiatry*, 30, 747-750.
- DeRosis, L. E. (1985). Comments on Separation and Loss in Psychoanalytic Therapy with Borderline Patients : Discussion of Dr. Searles' Paper. *The American Journal of Psychoanalysis*, 45(1), 29-34.
- Freud, Sigmund (1917). *Mourning and Melancholia*. In A general selection from the works of Sigmund Freud. New York : Doubleday Anchor Books.
- Gerber, I., Rusalem, R., Hannon, N., Battin, D., & Arkin, A. (1974). 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.
- Gorkin, M. (1984). Narcissistic Personality Disorder and Pathological Mourning. *Contemporary Psychoanalysis*, 20(3), 400-420.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological Grief : Diagnosis and Explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Jacobs, S., Hansen, F., Berkman, L., Kasl, S., & Ostfeld, A. (1989). Depressions of Bereavement. *Comprehensive Psychiatry*, 30(3), 218-224.

- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Kim, K. (1990). Anxiety Disorders During Acute Bereavement : Risk and Risk Factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(7), 269-274.
- Jacobsen, R. H. (1986). Unresolved Grief of 25 Years Duration Exacerbated by Multiple Subsequent Losses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(10), 624-627.
- Kavaler-Adler, S. (1993). Object Relations Issues in the Treatment of the Preoedipal Character. *The American Journal of Psychoanalysis*, 53(1), 19-34.
- Laplante, L., & Manning, A. (1995). Traduction de l'inventaire Clinique Multiaxial II de Millon.
- Lavallée, F. (1994). *Révision de vie et processus de deuil dans l'intervention auprès de la personne âgée*. Thèse inédite de doctorat. Université du Québec à Montréal.
- Lieberman, M. A. (1992). Limitations of Psychological Stress Model : Studies of Widowhood. In M. L. Wykle, E. Kahana, & J. Kowal (ed), *Stress and Health Among the Elderly* (133-150). New York : Springer.
- Lund, D. A. (1989). *Older Bereaved Spouses*. Hemisphere Publishing Corporation. New York 1989, 240.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II : Manual for the MCMI-II*. National Computer systems, Inc., Minneapolis.
- Myers, E. (1986). *When Parents Die : A guide for Adults*. New York : Viking Penguin.
- Parkes, C. M. (1970). *Bereavement : Studies in Grief in Adult Life*. New York : International Universities Press.
- Parkes, C. M., & Weiss, R. W. (1983). *Recovery From Bereavement*. Basic Books, Inc. Publishers, New York.
- Piersma, H. L. (1986). The Stability of the Millon Clinical Multiaxial Inventory for Psychiatric Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 50, 193-197.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995). Complicated Grief and Bereavement-Related Depression as Distinct Disorders : Preliminary Empirical Validation in Eldery Bereaved Spouses. *American Journal of psychiatry*, 15(1), 22-30.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1996). Complicated Grief as a Disorder Distinct From

- Bereavement-Related Depression and Anxiety : A Replication Study. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1484-1486.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Newsom, J. T., Frank, N. E., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Houck, P. R., Bierhals, A. J., & Kupfer, D. J. (1996). Anxiety Among Widowed Eders : Is It Distinct From Depression And Grief ? *Anxiety*, 2, 1-12.
- Raphael, B. (1977). Preventive Intervention With the Recently Bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1984). *Essential of Behavioral Research..* New York: McGraw-Hill.
- Sanders, C. M. (1979). *The Use of the MMPI in Assessing Bereavement Outcome.* In C. S. Newmark (Ed.), *MMPI : Clinical and Research Trends* (223-247). New York : Praeger.
- Sanders, C. M. (1980). A Comparaison of Adult Bereavement in the Death of Spouse, Child, and Parent. *Omega*, 10, 303-322.
- Sanders, C. M., Mauger, P. A., & Strong, P. N. (1985). *A Manual for The Grief Experience Inventory.* Consulting Psychologists Press, Inc.
- Sanders, C. M. (1988). Risk Factors in Bereavement Outcome. *Journal of Social Issues*, 44(3), 97-111.
- Sanders, C. M. (1989). *Grief : the Mourning After.* New York, Wiley.
- Schwab, R. (1986). Support Groups for the Bereaved. *Journal for Specialists in Group Work*. 11(2), 100-106.
- Searles, H. F. (1985). Separation and Loss in Psychoanalytic Therapy with Borderline Patients : Further Remarks. *The American Journal of Psychoanalysis*, 45(1), 9-27.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and Health : The Psychological and Physical Consequences of Partner Loss.* New York : Cambridge University.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1989). Who Participates in Bereavement Research ? A Review and Empirical Study. *Omega*, 20(1), 1-29.
- Vachon, M. L. S., Sheldon, A. R., Lancee, W. J., Lyall, W. A. L., Rogers, J., & Freeman, S. J. J. (1982). Correlates of Enduring Distress Patterns Following Bereavement : Social Network, Life Situation and Personality. *Psychological Medicine*, 12, 783-788.

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.

Worden, J. W. (1982). *Grief Counselling and Grief Therapy : A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York : Springer.

Zisook, S., & DeVaul, R. A. (1983). Grief, Unresolved Grief, and Depression. *Psychosomatics*, 24(3), 247-256.

Appendices

Appendice A

Message téléphonique pour sollicitation

Formulaire pour sollicitation téléphonique

Bonjour, je voudrais parler à Mme ou M.

Bonjour Mme ou M....., Je me nomme Isabelle Dupuis et je suis étudiante à la maîtrise en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Dans le cadre de ma formation de future psychologue, j'ai à effectuer un projet de recherche. Suite à mon expérience de bénévolat auprès des personnes en phase terminale, j'ai choisi de m'intéresser au processus du deuil pour aider les gens qui y sont confrontés. J'ai obtenu vos coordonnées par le CHRDL.

Nous avons besoin de l'aide de ceux et celles qui sont passés à travers cette expérience pour nous apprendre à aider ceux et celles qui seront éventuellement en deuil. C'est pourquoi nous vous avons rejoint. Il est facile de nous aider. Vous n'avez qu'à répondre à trois questionnaires ce qui demandera environ une heure de votre temps.

Seriez-vous intéressé à participer à cette recherche sur le deuil ?

.... Si la réponse est positive, la chercheuse fixe un rendez-vous pour rencontrer le sujet.

.... Si la réponse est négative, des remerciements sont adressés à la personne pour avoir pris la peine d'écouter la chercheuse.

Appendice B

Lettre de sollicitation envoyée par la poste

Trois-Rivières, le 5 août 1997

Madame, Monsieur,

Je me nomme Isabelle Dupuis et je suis étudiante à la maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Dans le cadre de notre formation, nous avons à effectuer un projet de recherche. Mon expérience en tant que bénévole dans un centre de soins palliatifs m'a emmené à vouloir aider les gens qui ont subi la perte d'un être cher.

Afin de réussir ce projet qui nous tient énormément à cœur, nous avons besoin de l'aide de ceux et celles qui sont passés à travers cette épreuve pour nous apprendre à aider d'autres gens qui auront à vivre une situation semblable. Très souvent, les gens qui vivent un deuil ont peu de ressources pour leur venir en aide. En participant à cette recherche, vous contribuez à améliorer la condition de ces personnes. Nous avons autant besoin des gens qui ressentent encore de la difficulté que des gens qui s'en sortent plus facilement.

Il est facile de nous aider. Vous n'aurez qu'à répondre à deux questionnaires par des vrai ou faux et à un questionnaire de renseignements généraux. Le tout se fait en une seule rencontre d'environ une heure et de façon individuelle. Vous n'avez donc pas à dévoiler vos réponses à quiconque. Toutes les données recueillies demeurent confidentielles.

Si vous êtes intéressés à nous aider ou si vous avez des questions au sujet de cette recherche, veuillez nous contacter à l'Université au **376-5090** et **laissez le message au laboratoire de gérontologie**. **N'oubliez pas de préciser à la réceptionniste que vous appelez au sujet du projet de recherche sur le deuil**. Laissez-nous **votre nom et votre numéro de téléphone** afin que nous puissions vous contacter pour une rencontre qui pourra avoir lieu à la maison Albatros ou à l'Université selon votre préférence.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre et d'y avoir accordé votre attention et nous espérons grandement votre participation.

Isabelle Dupuis
Étudiante à la maîtrise en psychologie

Appendice C

Formulaire de consentement

PROJET DE RECHERCHE
Département de psychologie

Formule de consentement

J'accepte de participer à l'étude en cours concernant la résolution du deuil. J'ai été informé que cette étude vise à mieux comprendre l'influence de certaines variables de la personnalité sur la résolution du deuil.

Je sais que je ne cours aucun risque à répondre à ces questionnaires. Si, toutefois, je ressentais des difficultés que je croyais reliées au fait d'avoir participé à cette expérimentation, il me sera possible de rencontrer une des responsables du projet afin d'en discuter.

Je sais que l'on me demandera de remplir trois questionnaires. Le premier recueille l'information générale concernant les gens qui participent à l'expérimentation, le deuxième touchera les variables de la personnalité et enfin, le troisième analysera le niveau de résolution du deuil.

Je sais que l'anonymat et la confidentialité seront strictement respectés, seul un numéro de code attribué à mon nom apparaîtra sur les documents. La responsable du projet sera donc la seule personne à détenir la liste des noms et des numéros de code.

Il me sera possible de me retirer de l'étude à n'importe quel moment de l'expérimentation.

Cette étude est sous la responsabilité d'une professeure du département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Françoise Lavallée Ph.D. En cas de problème quelconque ou simplement si vous avez des questions, il vous sera possible de la contacter (T-R) au (819) 376-5085 poste 3522 ou de contacter M. Pierre Rousseau (CHRDJ à Joliette) au (514) 759-8222, poste 2585.

----- Nom (lettres moulées)	----- Signature	----- Date
----- Témoin (lettres moulées)	----- Signature	----- Date
----- Chercheuse (lettres moulées)	----- Signature	----- Date

Appendice D

Questionnaire démographique

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

1- Code : _____

2- Sexe : _____

3- Âge : _____

4- État civil : _____

5- Scolarité : _____

6- Maladie ou incapacité physique :

7- État de santé général :

8- De quelle façon évaluez-vous votre support social et familial. Cochez une seule affirmation.

_____ Mes amis(es) et/ou ma famille me supportent très bien.

_____ Mes amis(es) et/ou ma famille me supportent bien.

_____ Mes amis(es) et/ou ma famille ne me supportent pas autant que j'en ai besoin.

_____ Mes amis(es) et/ou ma famille sont absents et ne m'accordent pas le support dont j'ai besoin.

9- De quelle façon évaluez-vous votre situation actuelle vis-à-vis le deuil . Cochez une seule affirmation.

_____ Je n'accepte pas du tout cette réalité.

_____ J'ai beaucoup de difficulté à l'accepter.

_____ J'ai de la difficulté à l'accepter mais je n'ai pas le choix.

_____ J'ai appris à vivre avec cette difficulté.

_____ J'ai l'impression que cette difficulté m'a fait découvrir une nouvelle façon de vivre qui en bout de ligne est plus enrichissante.

- 10- Selon vous, avez-vous subi d'autres pertes importantes dans votre vie ? (ex : décès d'une autre personne, perte d'emploi, perte du domicile, etc.) Expliquez brièvement :

- 11- Depuis combien de temps le décès de votre conjoint(e) est-il survenu ?

- 12- Aimeriez-vous nous mentionner d'autres informations vous concernant que vous jugez importantes ?
