

Deuil et vulnérabilité psychique chez les personnes âgées

Grief and psychological vulnerability in the elderly

L. Fasse · C. Flahault · A. Brédart · S. Dolbeault · S. Sultan

Reçu le 10 février 2012 ; accepté le 6 novembre 2012
© Springer-Verlag France 2012

Résumé Depuis 1989, en France, les cancers sont la première cause de décès chez l'homme, et la deuxième chez les femmes. Le deuil d'un proche à cause d'un cancer est une problématique qui traverse l'ensemble de notre société, dont l'espérance de vie a par ailleurs augmenté. La littérature spécialisée investigate depuis plusieurs décennies les différences entre deuil normal et deuil compliqué/pathologique. Récemment, un ensemble de symptômes caractéristiques de ce trouble a été identifié et isolé dans la nosographie. L'âge avancé serait un facteur de risque de développement d'un deuil compliqué, notamment dans le contexte d'un veuvage et lorsque la personne décédée souffrait d'une maladie grave comme le cancer. Cependant, cette question d'une vulnérabilité accrue des personnes plus âgées reste débattue, et les déterminants de cette fragilité demeurent méconnus.

Méthode : Quarante-cinq conjoints de patients atteints de cancer ont été recrutés pendant la période de fin de vie (T1). Les participants ont été évalués une deuxième fois, six mois après le décès de leurs conjoints (T2 ; 27 participants). Les variables indépendantes investiguées sont : l'âge, le style d'attachement (ECR) ; les styles de coping de deuil (IDWL). Les variables dépendantes mesurées sont : l'existence d'une dépression (BDI S-F), le vécu de fardeau (MBCBS), l'intensité des réactions de deuil (ITG), l'ajustement social (SAS-R), le développement post-traumatique

(PTGI). Des statistiques descriptives ont été menées à T1 et à T2, ainsi que des analyses de corrélation, et enfin des tests-*t* pour comparer les moyennes de deux sous-groupes (endeuillés âgés de moins de 70 ans et de plus de 70 ans).

Résultats : Les analyses montrent que la grande majorité des conjoints fait l'expérience, en fin de vie, de mouvements dépressifs d'intensité variable ($m = 6,51$ ET = 4,25) et d'un vécu de fardeau subjectif lié au stress : $m = 15,02$, ET = 3,39. Leur adaptation sociale reste satisfaisante. Six mois après le décès, la symptomatologie dépressive s'est accentuée ($m = 9,47$, ET = 4,92). Les réactions de deuil sont d'une intensité moyenne : 81,28 (ET = 26,39). L'adaptation sociale globale est plus satisfaisante ($m = 0,64$, ET = 0,68). Les conjoints ne présentent pas de développement post-traumatique ($m = 35,55 < 42$, ET = 21,31). En amont du décès (T1), on constate une vulnérabilité accrue des personnes les plus âgées en termes de symptomatologie dépressive et de vécu de fardeau. En revanche, après le décès du patient (T2), les conjoints les plus jeunes (< 70) présentent des scores de dépression et de deuil compliqués plus importants que les conjoints plus âgés. Concernant l'attachement, quel que soit leur âge, les conjoints ont des scores assez équivalents en termes d'attachement insécure. Quant aux stratégies de coping de deuil, on constate des tendances identiques en matière de stratégies orientées vers la perte et de stratégies orientées vers la restauration.

Conclusion : Les sujets âgés constituent une population vulnérable, présentant plus de risque de développer des troubles psychopathologiques en amont du décès. La prévention de tels troubles implique le repérage de ces personnes dès la période de fin de vie des patients atteints de cancer.

Mots clés Deuil · Vulnérabilité · Cancer · Sujet âgé · Fin de vie

Abstract Since 1989, cancer has been the primary cause of death for men, and the second for women in France. Mourning a loved one who has died as the result of cancer is a problem that transcends all areas of our society, despite life expectancy having increased. For several decades,

L. Fasse (✉) · C. Flahault · A. Brédart · S. Dolbeault
Institut Curie, 26 rue d'Ulm, F-75005 Paris, France
e-mail : leonor.fasse@curie.net

L. Fasse · C. Flahault · A. Brédart
Université Paris-Descartes, LPPS EA 4057, IUPDP, Paris, France

S. Dolbeault
Institut Curie, 26 rue d'Ulm, F-75005 Paris, France

S. Sultan
Département de psychologie, université de Montréal, Montréal,
Québec, Canada

Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec,
Canada

specialised literature has investigated the differences between normal and complicated/pathological grief. Recently, a set of characteristic symptoms of this disorder was identified and formally classified. Advanced age may be a risk factor for experiencing a more complicated grieving process, especially for widows and when the deceased had suffered from a serious illness, such as cancer. However, this question of increased vulnerability older people remains debatable, and the overriding factors of this fragility remain unclear.

Method: Forty-five partners of cancer patients were recruited in the period around the end of their loved one's life (T1). The participants were assessed for a second time, 6 months after the death of their partner (T2; 27 participants). The independent variables investigated were: age, nature of attachment (ECR); and the grief coping mechanisms (IDWL). The dependent variables measured were: the existence of depression (BDI S-F), dealing with the burden (MBCBS); the intensity of reactions to grief (ITG), social adjustment (SAS-R) and the development of post-traumatic stress issues (PTGI). Statistical analysis was carried out at T1 and T2, as well as correlation analyses and t-tests to compare the averages of the 2 sub-groups (those grieving who were aged under 70 and those who were over 70).

Results: Analyses showed that, at the end of life, the large majority of partners experienced feelings of depression, at varying levels of intensity ($m = 6.51$ $SD = 4.25$) and coped with the subjective burden of stress: $m = 15.02$, $SD = 3.39$). How they adapted socially remained satisfactory. Six months after their partner's death, symptoms of depression became more marked ($m = 9.47$, $SD = 4.92$); Reactions to grief were of average intensity: 81.28 ($SD = 26.39$). The overall social adjustments were more satisfactory ($m = 0.64$, $SD = 0.68$). Partners did not present issues relating to post traumatic-stress ($m = 35.55 < 42$, $SD = 21.31$). Before death (T1), increased vulnerability of the more elderly population in terms of symptoms of depression and coping with stress was noted. However, after the death of the patient (T2), the younger partners (< 70) presented higher depression scores and were more effected by grief than the older partners. When it came to attachment, regardless of their age, the partners had fairly equivalent scores in terms of feelings of insecurity. With regard to grief coping mechanisms, similar tendencies for strategies focussing on loss and strategies centred around recovery were noted.

Conclusion: Elderly patients are a vulnerable group, presenting a greater risk of developing psychopathological disorders before death. The prevention of such disorders involves identifying such people from the time of death of cancer patients.

Keywords Grief · Vulnerability · Cancer · Elderly patient · End of life

Introduction

Depuis plusieurs décennies, la littérature spécialisée investigate les différences entre deuil normal et deuil compliqué. En effet, le deuil (comme constellation complexe de réactions cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales à la perte d'un être cher), et plus particulièrement l'affliction qui lui est associée, reste un phénomène normal, même dans ses manifestations les plus spectaculaires (on songera par exemple aux phénomènes de fausses reconnaissances ou même d'hallucination du disparu dans les premiers temps du deuil). Mais certaines réactions de deuil incitent les cliniciens à penser qu'un processus psychopathologique s'est engagé. Ce n'est pas tant la *nature* de ces réactions qui serait pathognomonique du deuil compliqué que leur intensité et le degré de souffrance et de dysfonctionnement chez la personne en deuil. Récemment, un ensemble de symptômes caractéristiques du deuil compliqué [47] a été identifié et isolé dans la nosographie ; les personnes présentent alors une souffrance émotionnelle particulièrement intense, une vulnérabilité accrue en termes de comorbidité psychopathologique (particulièrement TDM et troubles anxieux) et de passage à l'acte suicidaire. Le PGD fera vraisemblablement l'objet d'une inclusion dans le DSM-5, même si les critères diagnostiques et la pertinence de cette inclusion font encore débat [29,47].

Si le deuil compliqué suscite l'attention de plus en plus de cliniciens et de chercheurs, la souffrance psychique des personnes endeuillées, sans qu'elle atteigne un niveau psychopathologique, a elle aussi fait l'objet d'études empiriques approfondies, essentiellement dans la littérature anglo-saxonne. Par ailleurs, avec l'allongement de l'espérance de vie dans notre société occidentale, de plus en plus de personnes âgées souffrant de maladies graves voient celles-ci se chroniciser (pathologies cardiaques, rénales et surtout cancers). En France, 145 000 nouveaux cas de cancer ont été identifiés chez les plus de 70 ans.¹ Deviennent nécessaires de fréquentes hospitalisations, des traitements souvent lourds et des soins à domicile parfois contraignants pour le malade et ses proches. Le nombre grandissant de patients âgés atteints de cancer (au-dessus de 70 ans), voire très âgés (après 90 ans), a un retentissement grandissant sur les institutions de soin et les pratiques cliniques (en termes de santé publique mais aussi au niveau local de l'organisation de soins et des moyens requis pour prendre en charge ces personnes). L'approche oncogériatrique devient de plus en plus nécessaire pour notamment prendre en compte les comorbidités des patients âgés atteints de cancer et leurs besoins spécifiques tant dans le strict champ somatique que dans la sphère psychosociale (c'est-à-dire Recommandations de la

¹Francim/Inca, 2009 - <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/>

Société française de psycho-oncologie, 2012 ; actions 23.4 et 4.2 du Plan cancer, 2009–2013). Si l'issue de la maladie est fatale, ce sont potentiellement des milliers de conjoints âgés qui vont être touchés par le deuil.

Différentes recherches menées ces dernières années ont souligné la vulnérabilité psychique des « aidants-soignants » (*caregivers*) qui s'occupent quotidiennement des personnes souffrant de maladie grave [5,27,28,31]. Cette vulnérabilité se traduit notamment en termes de patterns anxiodépressifs. Il semble que, parmi les proches, ce soit les conjoints qui rencontrent le plus de difficultés dans leur vie quotidienne pendant la maladie et face au deuil : ils rapportent très fréquemment le ressenti d'un fardeau pendant la période de fin de vie du malade [51]. Cette expérience de fardeau chez le proche-aidant fait l'objet d'études dans les champs somatique et psychiatrique, notamment auprès des proches de patients touchés par la maladie d'Alzheimer [40] ; il s'agit d'une part d'un ensemble complexe de réactions émotionnelles chez l'aidant face aux nouvelles responsabilités, aux exigences liées aux soins et à la maladie. D'autre part, ce fardeau résulte aussi des coûts physiques et financiers associés à la prise en charge du malade, et qui incombent au proche-aidant [8]. Au ressenti d'un fardeau peut aussi s'ajouter un vécu d'impuissance et d'incapacité [20] : le proche est traversé par un douloureux sentiment d'incompétence, il se sent submergé par les contraintes liées à sa situation d'aidant. Le risque de deuil compliqué est également plus important chez les conjoints de patients [45,59]. Cependant, le soutien fourni par le conjoint-aidant pendant la maladie et la période de fin de vie peut aussi représenter pour lui une source de satisfactions et est parfois associé à un sentiment de croissance personnelle [32]. Comme le souligne Lelorain [35] : « l'idée d'associer souffrance et détresse à des changements positifs existe depuis fort longtemps (comme en témoigne par exemple l'histoire des religions), mais la psychologie ne s'est intéressée à cette question que depuis peu [57] ». Cette idée selon laquelle des changements psychologiques positifs pourraient résulter d'événements traumatiques apparaît dans la littérature spécialisée sous différents termes, dont les plus répandus sont *personal* ou *post-traumatic growth* [57], *stress-related growth* [42]. Ces concepts s'inscrivent dans un courant de pensée et de recherche fort en vogue actuellement, surtout dans la littérature anglo-saxonne : celui de la psychologie positive, qui explore notamment les facteurs favorisant le bien-être, la résilience, la croissance personnelle [22]. La croissance post-traumatique peut être définie comme tout changement psychologique positif survenant après un événement traumatique et douloureux. Face à l'imprécision ponctuelle du concept dans la littérature et à une absence de consensus, nous avons choisi d'adopter la notion de développement post-traumatique [57], notion clairement définie et opérationnalisée par ses auteurs, et faisant l'objet de nombreuses

recherches sur sa nature et ses déterminants [35]. Le développement post-traumatique désigne « les changements psychologiques positifs résultant de la confrontation, de la lutte avec tout événement de vie défiant hautement les ressources de l'individu » [35]. Le PTG (*post-traumatic growth*, développement post-traumatique), tel qu'il a été conceptualisé et opérationnalisé par Tedeschi et Calhoun [56,57], comprend cinq grands domaines que sont : l'appréciation de la vie (sentiment d'être chanceux, de profiter de la vie...), les relations aux autres (plus investies, sources de davantage de plaisir), le développement d'une force personnelle (sentiment d'être plus fort après une épreuve, d'avoir développé des compétences...), le développement de nouvelles possibilités (avènement d'actions ou de situations « rendues possibles » par l'événement traumatique) et enfin le développement d'une spiritualité (qui ne se confond pas avec la foi religieuse). Il est important de souligner que pour les auteurs, le développement post-traumatique n'est ni systématique après un événement traumatique ni incompatible avec une souffrance émotionnelle. Au contraire, Tedeschi et Calhoun [57] mettent en lumière cette coexistence paradoxale d'une fragilité émotionnelle *et* d'un développement psychologique, chez certaines personnes ayant traversé des expériences traumatiques. Cette coexistence reste peu investiguée chez les personnes en deuil [32], alors même que la rencontre clinique avec ces dernières la met fréquemment en exergue.

Nous avons évoqué la vulnérabilité psychique des personnes endeuillées, et plus particulièrement des conjoints, mais aussi les éventuels processus salutogènes qui pouvaient advenir au fil du deuil. Mais qu'en est-il de la variabilité de cette expérience en fonction de l'âge des personnes endeuillées ? Il n'y a pas actuellement de réel consensus dans la littérature internationale concernant la « fourchette d'âge » identifiant la population dite « âgée ». La littérature spécialisée mentionne l'âge de 65, 70 ou encore 75 ans [23,58]. L'âge avancé a été identifié comme étant un facteur de risque pour développer des troubles de l'humeur et/ou des troubles anxieux, mais aussi un deuil compliqué, notamment dans le contexte d'un veuvage et lorsque la personne décédée souffrait d'une maladie grave telle que le cancer [5,15,26,28]. Dans une étude quantitative récente auprès de 72 personnes âgées de plus de 65 ans, Gana et K'Delant montrent que le taux de prévalence du deuil compliqué était de 25 %, ce qui est supérieur à la prévalence du deuil compliqué dans une population plus jeune. Les auteurs rappellent que les recherches sur la prévalence du stress au cours de la vie montrent des corrélations positives entre l'âge avancé et les niveaux de stress ; ce phénomène peut être expliqué par le fait que les personnes âgées, en plus du deuil de leur conjoint, font l'expérience d'une multitude d'événements stressants tels que la dégradation de leur santé physique et parfois mentale, la mort de leurs amis, la perte de leurs rôles sociaux, mais aussi des problèmes financiers. Pour Brazil et al. [15], cette

fragilité psychique des personnes les plus âgées s'expliquerait notamment par les comorbidités physiques liées au grand âge, comorbidités qui entameraient la qualité de vie des veufs et veuves. Quelle est l'expérience de deuil chez les personnes âgées ? A-t-elle des spécificités ? Comme nous l'avons précédemment évoqué, elle intervient souvent après une longue maladie, période de *caregiving* associée à un vécu teinté à la fois de difficultés et de satisfactions [17,52]. Des études récentes portant spécifiquement sur le deuil des personnes âgées ont montré que ces dernières connaissent un isolement social beaucoup plus marqué que les endeuillés plus jeunes [17]. N'ayant plus d'activité professionnelle, moins d'activités sociales (du fait d'une détérioration physique et/ou mentale), le rôle d'aidant auprès de leur conjoint malade constituait souvent leur dernière modalité d'investissement social et relationnel. Avec le décès de ce conjoint, en plus de la souffrance liée à la perte d'un être cher, d'un partenaire qui partageait leur quotidien depuis plusieurs décennies, les personnes âgées vivent souvent douloureusement le changement de rôle que le deuil leur impose. Ainsi, Boerner et al. [10] montrent que la perte de la fonction de *caregiver* et des bénéfices associés à cette position (notamment satisfaction de pouvoir aider son conjoint et sentiment d'accomplissement) est associée avec des conséquences néfastes à long terme pour les endeuillés plus âgés (au-dessus de 65 ans) ; ces derniers présenteraient une souffrance émotionnelle plus importante et un ajustement social moins bon que les plus jeunes. Les retentissements liés à l'âge se conjuguent avec ceux liés au genre : Antonucci et al. [1] ont mis en évidence que les hommes endeuillés ont souvent moins de relations amicales et des réseaux sociaux moins denses que les femmes. Par ailleurs, ils entretiennent des relations plus distantes avec leurs enfants, par rapport aux veuves. Ils seraient donc plus affectés par cette détresse émotionnelle propre aux personnes âgées en deuil, si on les compare aux femmes dans la même situation.

Cependant, cette question d'une vulnérabilité émotionnelle et sociale accrue chez les personnes en deuil plus âgées reste débattue [17]. En effet, Boelen et al. [9] ont montré dans une étude auprès de conjoints endeuillés que les scores au deuil compliqué étaient inversement corrélés à l'âge des participants : plus les personnes endeuillées étaient jeunes et plus leur symptomatologie de deuil compliqué était marquée. Pour Manor et Eisenbach [37], ce sont les endeuillés les plus jeunes qui présenteraient un risque accru de mortalité par rapport aux plus âgés : chez les hommes, l'effet du deuil sur le taux de mortalité décroît linéairement avec l'âge, avec un risque de décès trois fois plus important pour les hommes les plus jeunes au début du veuvage.

Pour certains auteurs, cette vulnérabilité moindre chez les endeuillés plus âgés peut être expliquée par une réactivité émotionnelle moins importante [18]. Plus précisément, les

capacités de régulation émotionnelle augmenteraient avec l'âge, ce qui entraînerait une diminution des émotions négatives chez les personnes âgées. Par ailleurs, des représentations sociales assez communément partagées soulignent le fait que les personnes âgées « s'habituent » à la perspective d'être prochainement en deuil ; cela serait particulièrement vrai pour les femmes âgées qui, du fait des caractéristiques démographiques de la population actuelle et de l'espérance de vie, voient beaucoup de leurs amies devenir veuves. Les transitions de vie prévisibles et anticipées étant considérées comme des sources de stress moins importantes que les transitions inattendues, les conjoints endeuillés plus âgés feraient l'expérience de difficultés d'adaptation moindres que les plus jeunes [44]. Une autre représentation répandue concerne la fameuse « sagesse » des anciens, qui appréhenderaient de tels événements difficiles avec moins de détresse émotionnelle, avec plus de recul, que les plus jeunes.

Cependant, il semble qu'il existe plusieurs biais méthodologiques dans les études qui soulignent la vulnérabilité des endeuillés les plus jeunes : les personnes les plus âgées sont souvent peu représentées dans les recherches empiriques, notamment parce qu'elles sont souvent hospitalisées, ou institutionnalisées, parfois loin des centres de recherche. En outre, il y a encore quelques années, la recherche en psycho-oncologie investiguait encore rarement le vécu des personnes âgées, ce « manque d'intérêt » spontané pouvant s'expliquer par les difficultés inhérentes à la recherche auprès de cette population (fatigabilité des personnes, déficits sensoriels et cognitifs...). On connaît encore mal les éventuelles caractéristiques du vécu de deuil des personnes âgées [26]. Un autre élément peut enfin expliquer l'absence de consensus concernant la vulnérabilité psychique des sujets âgés, ou bien au contraire des plus jeunes : les causes de décès des personnes plus jeunes sont souvent plus brutales que celles des décès des personnes plus âgées (accidents, suicides ou homicides). Ce serait donc la brutalité de ces décès ainsi que le traumatisme qui y serait lié qui seraient associés à une vulnérabilité psychique, bien plutôt que le jeune âge des endeuillés [54].

Par ailleurs, les déterminants de cette potentielle fragilité, qu'elle concerne les endeuillés les plus jeunes ou les plus âgés, demeurent méconnus. La littérature se penche de plus en plus sur la nature et le rôle des déterminants du deuil, qu'il soit compliqué ou sans symptômes psychopathologiques. Parmi les facteurs relevant du fonctionnement de la personne endeuillée, les auteurs soulignent l'importance du style d'attachement au conjoint disparu [60]. Selon la théorie de l'attachement, les êtres humains naissent dotés d'un système comportemental d'attachement destiné à s'activer lorsque l'individu est privé, même temporairement, de ses figures d'attachement (le plus souvent les parents) qui lui procurent réconfort et sentiment de sécurité [12–14]. La fonction de ce système est de maintenir ce sentiment de sécurité en faisant

émerger des comportements qui garantiront la proximité physique avec la figure d'attachement. Au fil de leur développement, les individus n'ont plus nécessairement besoin de la présence physique et concrète de leur figure d'attachement pour se sentir en sécurité ; cette dernière est intégrée psychiquement, de même que le lien sécurisé. On parle alors de modèles internes opérants qui vont présider à la manière dont se tissent les relations interpersonnelles de l'adulte. Le partenaire amoureux devient souvent à l'âge adulte la principale figure d'attachement : sa proximité physique et psychique est recherchée et est source d'apaisement en cas de détresse.

Parce que chacun n'a pas bénéficié des mêmes interactions précoces, les personnes peuvent avoir des styles d'attachement différents. Les auteurs ont coutume d'opposer l'attachement sécurisé et insécurisé [2,16]. Ce dernier inclut notamment le style évitant (difficulté à reconnaître l'importance d'une relation, à élaborer et à s'investir sereinement dans une relation d'attachement) et le style anxieux (doute constant sur l'attachement de ses proches, besoin d'être réassuré en permanence par l'être aimé). La perte d'un être cher, a fortiori d'un conjoint, peut entraîner une détresse de séparation ; pour faire face à celle-ci, le système d'attachement de la personne endeuillée va se déployer dans le style propre à cette personne. Dans une étude empirique longitudinale, Johnson et al. [30] montrent que les modalités d'attachement au conjoint décédé sont de puissants médiateurs entre facteurs de personnalité et ajustement psychologique du conjoint. Un attachement insécurisé serait prédictif d'un moins bon ajustement à moyen et long terme, bien qu'il y ait encore débat sur le type exact d'attachement insécurisé (anxieux ou évitant) [61].

La présente recherche vise à étudier l'ajustement émotionnel de conjoints endeuillés à la suite d'un cancer, les différences éventuelles en fonction de l'âge et les facteurs présents en amont du décès pouvant expliquer les réactions de deuil. Nous ne cherchons pas ici à mesurer la prévalence du deuil compliqué, mais notamment à étudier la relation entre l'intensité des réactions de deuil et l'âge des participants. Cette recherche s'appuie sur le Dual Process Model of Coping with Bereavement [53]. Le DPM enrichit les précédents modèles du coping face au deuil en insistant sur l'oscillation entre des phases de « restauration » (faire face aux nouveaux rôles et responsabilités après la perte d'un être cher, maîtriser de nouvelles compétences...) et des phases orientées sur la perte (intrusion des affects liés au deuil dans la vie quotidienne, remaniement des liens avec le défunt, déni ou évitement des changements liés à la restauration elle-même). Aux facteurs de stress propres au deuil correspondent des modalités de coping : centré sur la perte versus centré sur la restauration (stresseurs secondaires comme les aspects matériels par exemple). Une oscillation entre ces modes de faire face est cruciale pour l'ajustement au long

cours. Ce modèle intégratif se fonde sur la théorie de l'attachement [12-14] et insiste sur la variabilité interindividuelle.

Trois hypothèses sont au cœur de cette étude :

- premièrement, les personnes touchées par le deuil de leur conjoint après un cancer traversent une détresse psychologique et sociale qui serait identifiable dès la période de fin de vie du malade. On s'attend donc à repérer une symptomatologie dépressive, un vécu de fardeau et des symptômes de deuil compliqué, parmi certains conjoints, avant et après le décès du patient ;
- deuxièmement, les personnes âgées de plus de 70 ans qui ont perdu leur conjoint après un cancer présentent une adaptation émotionnelle et sociale différente de celle des personnes plus jeunes dans la même situation de deuil, avec un vécu de fardeau, une symptomatologie dépressive et des symptômes de deuil plus marqués que les plus jeunes. Leur adaptation sociale serait moins satisfaisante ;
- troisièmement, des profils spécifiques liés au fonctionnement de la personne endeuillée pourraient être dégagés en fonction de l'âge. Plus précisément, nous faisons l'hypothèse que les conjoints endeuillés âgés de plus de 70 ans ont un style d'attachement et des stratégies de coping de deuil différents des conjoints endeuillés plus jeunes.

Méthode

Sujets

Quarante-cinq conjoints (20 femmes et 25 hommes) de patients atteints de cancer ont été recrutés selon une suite consécutive par le biais de l'unité mobile d'accompagnement et de soins continus et de l'hôpital de jour DISSPO de l'institut Curie (Paris). Ces conjoints ont été recrutés lorsque la phase palliative a été identifiée selon des critères cliniques et diagnostiques par les médecins oncologues référents du patient ou par les médecins des soins palliatifs de l'hôpital. Les critères de non-inclusion étaient les suivants : présence d'un trouble psychiatrique majeur actuel modifiant le rapport à la réalité (syndrome délirant, confusionnel, trouble psychotique) ; impossibilité de participer à l'étude pour des raisons médicales (démence, pathologies somatiques ou fatigabilité majeure rendant difficiles la passation des questionnaires ou les déplacements), sociales ou géographiques. Le taux de participation à cette étude est de 95 %.

Le recueil des données pour le deuxième temps de l'étude (T2, six mois après le décès) est en cours. À ce jour, nous avons pu rencontrer 27 des 45 conjoints recrutés à T1 lors de la phase palliative. Cet échantillon de 27 conjoints est composé de six femmes et 21 hommes. Cette surreprésentation des hommes est liée au lieu de recrutement de l'étude : un

centre de lutte contre le cancer, prenant surtout en charge des femmes atteintes de cancers gynécologiques.

Les caractéristiques démographiques de l'échantillon à T1 et à T2 apparaissent dans le Tableau 1. L'âge moyen des participants est de 63,04 ans (ET = 7,43). À T1, parmi les 45 participants rencontrés, 16 avaient plus de 70 ans ; à T2, parmi les 27 participants, 12 étaient âgés de plus de 70 ans. Dans leur grande majorité, ces conjoints étaient mariés avec le patient (90 %) et à la retraite (90 %). Soixante-seize pour cent d'entre eux avaient fait des études supérieures, et 10 % des études secondaires. Enfin, 97 % de ces conjoints avaient au moins un enfant. Lorsqu'ils ont été rencontrés lors du premier temps de l'étude (avant le décès, voir *Procédure*), 61,63 mois en moyenne s'étaient écoulés depuis le début de la maladie ; lorsqu'ils ont été rencontrés lors du deuxième temps de l'étude (six mois après le décès), 54,54 mois en moyenne.

Procédure

Une étude longitudinale a été menée auprès de conjoints de patients atteints de cancer en phase palliative. Ils ont été rencontrés à deux reprises. D'abord à T1 : un à six mois avant le décès du patient (cette fourchette temporelle est estimée par le médecin oncologue référent ou les médecins des soins palliatifs) ; puis à T2, six mois après le décès. Le choix des temps de l'étude repose sur la littérature existante et est justifié par l'absence de données sur l'adaptation à moyen et long terme des personnes endeuillées (un troisième temps

d'évaluation, de 12 à 18 mois après le décès, fera l'objet d'analyses ultérieures).

Dans la présente étude sont investigués :

- l'existence d'une dépression [4] et le vécu de fardeau [41]. La BDI-SF est un autoquestionnaire de 13 items dérivé de la version à 21 items [3]. Elle a été traduite et validée en français [11,21]. La version abrégée a été élaborée pour mesurer l'intensité d'une symptomatologie dépressive chez des patients souffrant de pathologies somatiques. Sont notamment explorés : la tristesse de l'humeur, le pessimisme, le sentiment d'échec personnel, l'insatisfaction, la culpabilité, l'autodévalorisation. Les symptômes somatiques de la dépression sont pris en compte mais pondérés en faveur des items renvoyant à l'humeur dépressive. Chaque item est coté sur une échelle type Likert de 4 points, avec un score global calculé d'après la somme des items. Un score de 0–4 indique une absence de dépression ; de 4–7 : dépression légère ; de 8–15 : dépression modérée ; et enfin si le score est supérieur à 16 : une dépression sévère. Utilisée dans la littérature internationale et en France, la BDI-SF possède de bonnes qualités psychométriques (sensibilité = 0,79 ; spécificité = 0,77 ; consistance interne = 0,85 ; corrélation test–retest = 0,77). Son utilisation auprès des sujets âgés a été largement validée. Pour notre étude, la consistance interne de la BDI est excellente ($\alpha = 0,926$). Nous avons choisi cet outil car sa passation est rapide, et il possède peu d'items « somatiques », ce qui est particulièrement intéressant lorsqu'on évalue la dépression de sujets âgés rapportant de fréquentes plaintes physiques.

La MBCBS (Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale est un autoquestionnaire traduit et validé en canadien-français [24] explorant trois types de vécu de fardeau chez les personnes prenant en charge des malades. Ce questionnaire mesure chez le proche-aidant sa perception des activités accomplies et des émotions vécues en lien avec les tâches à accomplir pour la personne malade. Le fardeau objectif (concernant le retentissement fonctionnel sur la vie privée, ou perturbations perçues quant aux aspects concrets de la vie quotidienne de l'aidant), mesuré par six items (par exemple : restriction du temps de loisirs, des vacances. Les scores varient pour ce type de fardeau de 6 à 30 (fardeau maximal). Un score de plus de 23 indique un fardeau significatif. La consistance interne de cette sous-échelle est de 0,87 à 0,90. Le fardeau subjectif lié à la demande est défini comme la perception chez l'aidant d'un déséquilibre entre les exigences liées aux soins et ses propres capacités, et d'une exagération des demandes du malade (quatre items, par exemple : tentatives de manipulation par le malade, demandes exagérées...). La consistance interne de cette sous-échelle est de 0,68 à 0,82 en fonction des études. Les scores varient

Tableau 1 Caractéristiques démographiques de l'échantillon à T1 et T2.			
	T1	T2	%
Nombre de conjoints	45	27	
Femmes	20	6	
Hommes	25	21	
Âge moyen	63,04	63,1	
Statut professionnel conjoint (retraité)			90
Niveau d'études conjoint (études sup)			76
Statut marital conjoint–patient (mariés)			90
Enfants (au moins un enfant)			97
Mois depuis le début de la maladie	61,63	54,54	
Suivi psychologique du conjoint	29 %	26 %	
Suivi psychologique du patient	40 %	Décès	
Localisation cancer du patient			
Cancer du sein			35,5
Adénocarcinome pulmonaire			14
Cancer gynécologique			13,33

de 4 à 20. Un score supérieur à 15 indique un vécu de fardeau significatif. Enfin, le fardeau subjectif lié au stress correspond à l'impact émotionnel chez l'aidant des responsabilités de soin. Les quatre items de cette sous-échelle mesurent notamment : les tensions dans la relation au malade, la dépression et l'anxiété liées à la relation avec le malade, les tensions dans la vie quotidienne. Les scores varient de 4 à 20, un score de plus de 13,5 indiquant un fardeau significatif. La consistance interne de cette sous-échelle est de 0,81 à 0,88. La MBCBS présente l'intérêt de s'appliquer à d'autres champs que les pathologies démentielles, pour lesquelles d'autres outils mesurant le fardeau ont été élaborés. La consistance interne des trois sous-échelles dans notre étude est satisfaisante, avec des alpha de Cronbach de respectivement 0,87, 0,77 et 0,87 ;

- l'intensité des réactions de deuil [46]. L'ITG a été élaboré pour mesurer l'intensité des réactions de deuil dysfonctionnelles. Cet outil permet également de repérer les personnes risquant de développer un deuil compliqué. C'est un autoquestionnaire de 30 items où il est demandé au participant de répondre sur une échelle à cinq points dans quelle mesure, au cours du mois passé, il a fait l'expérience des symptômes évoqués par les items. Certaines questions mesurent la fréquence des réactions (de « presque jamais » à « toujours »), tandis que d'autres leur intensité (par exemple : « pas d'amertume » à « amertume intense »). Le score total est calculé à partir de la somme de tous les items et donne une indication de la sévérité des réactions de deuil dysfonctionnelles. Il varie entre 30 et 150. Des études européennes sur de larges échantillons [9] ont montré qu'un score supérieur à 90 indiquait un deuil compliqué (ici deuil traumatique). La consistance interne de cet outil est excellente (α de Cronbach = 0,94), de même que sa stabilité test-retest ($p = 0,92$). Pour notre étude, la consistance interne de l'ITG est de 0,95 ;
- l'ajustement social (SAS-SR, Weissman 1999) [63]. Cet autoquestionnaire, traduit et validé en langue française [62], mesure le degré de satisfaction d'un individu quant à son fonctionnement social durant les deux dernières semaines. L'échelle a été originellement développée pour investiguer l'adaptation sociale de patients sous traitement ou en psychothérapie et ainsi en mesurer l'efficacité. Elle est à présent utilisée dans le domaine de la santé. Six sous-échelles mesurent respectivement : l'adaptation dans la vie professionnelle, au foyer (neuf items), dans les loisirs et avec les amis (11 items), dans les relations avec la famille élargie (huit items), avec le conjoint (neuf items), avec les enfants (quatre items), et dans la gestion matérielle du foyer (quatre items). Le score d'adaptation sociale total est calculé par la somme des scores à tous les items, divisée par le nombre d'items complétés. Un score pour chaque sous-échelle peut aussi être calculé. Un score plus important indique une adaptation sociale

plus médiocre. Les qualités psychométriques de cette échelle sont satisfaisantes (α de Cronbach = 0,78). Dans cette recherche, la consistance interne est de 0,78 ;

- le développement post-traumatique : *post-traumatic growth inventory* [56]. Nous avons utilisé la version traduite en français par Lelorain [35]. Ce questionnaire comprend 21 items décrivant chacun un développement post-traumatique survenu du fait d'un événement stressant (ici la mort de son conjoint). Le sujet doit coter, sur une échelle de « 0, pas du tout », à « 5, totalement », à quel point il a vécu, et vit encore aujourd'hui, le changement décrit par cet événement. Le questionnaire comprend cinq sous-échelles (relations aux autres, nouvelles possibilités, forces personnelles, changements spirituels et appréciation de la vie) et un score global. Le développement post-traumatique n'est vécu qu'à partir d'un score global de 42. Le score nécessaire pour que le changement soit significativement vécu pour chaque sous-échelle figure dans le Tableau 2. Le PTGI possède de bonnes qualités psychométriques, avec des alpha de Cronbach de 0,79 à 0,85. Dans cette étude, la consistance interne du PTGI est de 0,82.

Les variables indépendantes mesurées sont :

- les variables sociodémographiques (dont âge et genre) ;
- le style d'attachement [16,34]. L'ECR est un autoquestionnaire investiguant le style d'attachement insécure chez l'adulte, dans les relations de couple ; l'analyse factorielle a mis en évidence deux sous-échelles, correspondant à un style insécure évitant et insécure anxieux. Le score total pour chaque sous-échelle peut varier de 1 à 7, un score élevé reflétant une anxiété ou un évitement intense. La consistance interne est élevée pour les deux sous-échelles (ECR évitement, $\alpha = 0,94$; ECR anxiété, $\alpha = 0,91$). Nous avons dû adapter ce questionnaire en T2 afin d'analyser spécifiquement le style d'attachement au conjoint décédé. Dans notre étude, la consistance interne de l'ECR est excellente (ECR total, $\alpha = 0,94$; ECR évitement, $\alpha = 0,96$; ECR anxiété $\alpha = 0,94$) ;
- le questionnaires de coping de deuil [19]. L'IDWL est un autoquestionnaire de 22 items, élaboré d'après le Dual Process Model of Coping with Bereavement [53]. Cet outil a été traduit en français et est actuellement en cours de validation [49]. Il mesure deux types de stratégies de deuil : centrées sur la perte et centrées sur la restauration. Cette échelle investigue également l'oscillation entre ces deux processus, de même que l'oscillation entre les mouvements d'évitement et les mouvements de confrontation à la perte. Les qualités psychométriques de cet outil sont satisfaisantes. Dans la présente recherche, la consistance interne de l'IDWL est de 0,77.

Parallèlement à ce volet quantitatif, des entretiens qualitatifs ont été proposés aux conjoints afin de leur donner la

Tableau 2 Adaptation psychologique et sociale des conjoints de patients à T1 (un à six mois avant le décès, $n = 45$) et à T2 (six mois après le décès, $n = 27$).

	Phases de l'étude		Boelen et al. [9]	Valeur référence pour laquelle la dimension du PTGI peut être considérée comme vécue [35]
	T1	T2		
	$n = 45$	$n = 27$		
	$m (SD)$			
Dépression (BDI-SF)	6,51 (4,25)	9,47 (4,92)		
Vécu de fardeau				
Fardeau objectif	11,56 (4,46)			
Fardeau subjectif lié au stress	15,02 (3,39)			
Fardeau subjectif lié à la demande	12,13 (3,00)			
Intensité des réactions de deuil dysfonctionnelles		81,28 (26,3)	91,62(19,08)	
Adaptation sociale totale	1,83 (0,52)	0,64 (0,68)		
Adaptation dans la vie professionnelle ou au foyer	1,50 (0,73)	0,87 (0,77)		
Dans les loisirs et avec les amis	2,04 (0,66)	0,94 (0,88)		
Avec la famille élargie	1,31 (0,47)	0,68 (0,48)		
Avec le conjoint	3,09 (0,98)	NS		
Avec les enfants	0,58 (0,69)	0,26 (0,37)		
Dans la gestion matérielle du foyer	1,38 (0,57)	0,58 (0,47)		
Vécu de croissance post-traumatique total		35,55 (21,31)		42
Relations aux autres		16,33 (8,34)		14
Nouvelles possibilités		6,5 (6,37)		10
Forces personnelles		4,77 (5,34)		8
Changements spirituels		2,22 (2,51)		4
Appréciation de la vie		5,72 (3,34)		6

possibilité d'évoquer en détail leur quotidien, leur expérience de deuil, ce qui les aidait à faire face à la situation, ou au contraire ce qui suscitait le plus de difficultés pour eux. L'analyse de ces entretiens fait l'objet de publications en cours de soumission.

Des précautions éthiques et déontologiques particulières ont été prises, compte tenu de la vulnérabilité particulière de cette population. Cette étude a reçu un avis favorable de la CERC de l'institut Curie et du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS). Lors des rencontres avec les conjoints de patients, il leur était rappelé qu'ils pouvaient bénéficier à tout moment d'un suivi psychologique, quelle que soit leur décision de participer ou non à l'étude. La psychologue chargée de cette recherche a été formée à la prise en charge des personnes en deuil et des personnes accompagnant des patients en situation palliative.

Analyses statistiques

Dans un premier temps, des statistiques descriptives ont été menées à T1 et T2 en utilisant le logiciel SPSS (SPSS Inc.

14.0.0 version), afin d'établir les scores moyens des participants aux différentes variables dépendantes et indépendantes. Des études de corrélation ont ensuite été conduites entre la variable « âge des conjoints » et les différentes variables dépendantes et indépendantes. Nous avons aussi utilisé des tests t pour comparer les moyennes de deux sous-groupes (endeuillés âgés de moins de 70 ans, et plus de 70 ans, en nous fondant sur l'âge le plus fréquemment cité dans la littérature), concernant les mêmes variables.

Résultats

Adaptation des conjoints de patients

Le Tableau 2 synthétise l'adaptation psychoémotionnelle et sociale des conjoints à T1 et à T2. Lors de la phase palliative (T1, d'un à six mois avant le décès), les conjoints de patients présentent un niveau de dépression d'intensité légère ($m = 6,51$, $ET = 4,25$) à la BDI-SF ; 71,11 % des participants présentent des niveaux de dépression significatifs à la BDI-SF (> 4). Un seul participant a un score supérieur à 16

(dépression sévère). Les conjoints rapportent un niveau significatif de vécu de fardeau subjectif lié au stress ($m = 15,02$, $ET = 3,39$), leurs scores aux autres types de fardeau étant en dessous du niveau clinique. Soixante et onze pour cent des conjoints rapportent un fardeau subjectif lié au stress.

Quant à leur adaptation sociale, ils présentent un niveau de fonctionnement global satisfaisant ($m = 1,83$, $ET = 0,52$), meilleur que dans des études internationales chez des participants de la population générale [36,64], mais les conjoints rapportent une adaptation médiocre dans leur relation à leur conjoint ($m = 3,1$, $ET = 0,98$).

À T2 (six mois après le décès), le niveau de dépression des conjoints est devenu modéré ($m = 9,47$, $ET = 4,92$) ; 80 % des participants présentent des niveaux de dépression cliniquement significatifs à la BDI-SF (> 4) ; trois participants traversent une dépression sévère (> 16). Ces résultats suggèrent donc une augmentation de l'intensité de la symptomatologie dépressive. L'ITG fait état de réactions de deuil d'une intensité moyenne de 81,28 ($ET = 26,39$), ce qui est inférieur aux scores moyens obtenus dans d'autres études sur les conjoints endeuillés utilisant le même outil [9]. Neuf conjoints (33,33 %) souffrent d'un deuil compliqué (traumatique), selon le cutoff de 90 établi par Boelen et al. [9]. Cette prévalence du deuil compliqué est inférieure à celle identifiée dans des études utilisant le même outil [9] parmi des conjoints endeuillés. On peut constater que l'adaptation sociale globale est plus satisfaisante ($m = 0,64$, $ET = 0,68$), et ce dans tous les domaines. Concernant le vécu de développement post-traumatique, les scores des conjoints endeuillés sont assez faibles. Le score total est en effet inférieur à la valeur de référence suggérant que le développement post-traumatique n'est pas vécu : les conjoints ne présentent pas de développement post-traumatique ($m = 35,55 < 42$, $ET = 21,31$). Si l'on considère les scores aux sous-échelles du PTGI, on identifie un processus de développement vécu exclusivement pour le domaine suivant : relations aux autres ($m = 16,33 > 14$, $ET = 8,34$).

Analyses de corrélation entre l'âge des conjoints et les variables adaptatives

À T1, une corrélation positive significative d'intensité modérée a été trouvée entre l'âge des conjoints et leurs scores au MBCBS, vécu de fardeau total ($r = 0,39$; $p = 0,05$). À T2, aucune corrélation significative n'a été trouvée entre l'âge des conjoints et les variables d'adaptation.

Statistiques de groupes en fonction de l'âge

Des tests-*t* ont été menés afin d'étudier d'éventuelles différences d'adaptation et de profils, distinguant les sujets les plus âgés (> 70 ans) des plus jeunes. Les scores entre ces

deux sous-groupes aux différentes variables ont donc été comparés. Les résultats figurent dans le Tableau 3.

En amont du décès (T1), on constate une vulnérabilité accrue des personnes les plus âgées en termes de symptomatologie dépressive et de vécu de fardeau : à la BDI et au MBCBS, pour les trois types de fardeau, les conjoints âgés de plus de 70 ans présentent des scores plus élevés que les conjoints les plus jeunes. L'adaptation sociale générale des plus âgés est moins bonne que celle des plus jeunes, et plus particulièrement dans les domaines suivants : parentalité, partenaire, activités sociales et travail (y compris activités domestiques pour les personnes retraitées).

En revanche, après le décès du patient (T2), les conjoints les plus jeunes (< 70) présentent des scores de dépression et de deuil compliqué plus importants que les conjoints plus

Tableau 3 Tests-*t*, statistiques de groupe en fonction de l'âge des conjoints, à T1 (un à six mois avant le décès) et à T2 (six mois après le décès), concernant l'adaptation et les variables prédictrices.

Adaptation	Émotionnelle des conjoints	T1	T2
		<i>m</i> (<i>ET</i>)	
		<i>n</i> > 70 = 16	<i>n</i> > 70 = 12
		<i>n</i> < 70 = 29	<i>n</i> < 70 = 15
BDI-SF	< 70 ans	5,93 (4,24)	9,30 (5,62)
	> 70 ans	7,36 (4,34)	8,85 (4,01)
MBCBS (fardeau obj ; subj stress ; subj demande T1)	< 70 ans	10,75(4,02)	
		14,79(3,39)	
		11,93(3,4)	
	> 70 ans	12,86(4,89)	
		16,14(3,06)	
		12,79(2,25)	
SAS totale	< 70 ans	1,83 (0,32)	1,27 (0,21)
	> 70 ans	1,86 (0,60)	1,38 (0,30)
ITG	< 70 ans		82,63 (31,74)
	> 70 ans		79,14 (16,92)
PTGI totale	< 70 ans		36,7 (22,64)
	> 70 ans		33,7 (20,64)
Variables indépendantes			
ECR			
ECR anxiété	< 70 ans	3,46 (0,87)	1,63 (1,88)
	> 70 ans	3,17 (1,38)	1,77 (1,91)
ECR évitement	< 70 ans	2,85 (1,05)	1,16 (1,46)
	> 70 ans	2,44 (1,11)	1,19 (1,27)
IDWL			
Confrontation	< 70 ans		3,44 (0,69)
	> 70 ans		2,66 (1,99)
Évitement	< 70 ans		1,63 (0,46)
	> 70 ans		1,77 (1,48)

âgés. Concernant l'adaptation sociale totale, les plus âgés ont un moins bon fonctionnement que les plus jeunes. Les conjoints les plus âgés présentent un développement post-traumatique total moins important que les plus jeunes ; si l'on considère les différentes facettes du phénomène de développement post-traumatique, les conjoints se différencient au niveau de l'âge : les conjoints plus âgés ont davantage le sentiment d'avoir développé une force personnelle (sentiment d'être plus fort), et ils évoquent une vie spirituelle plus importante par rapport aux plus jeunes. Par ailleurs, les conjoints plus âgés investissent avec moins de plaisir les relations interpersonnelles par rapport aux plus jeunes et apprécient moins la vie que ces derniers.

Les scores aux variables indépendantes ont également été soumis à des tests-*t*. Concernant l'attachement, quel que soit leur âge, les conjoints ont des scores assez équivalents en termes d'attachement insécure ; on notera néanmoins que les conjoints de plus de 70 ans ont des scores légèrement moins élevés dans les deux sous-échelles « évitement » et « anxiété », par rapport aux conjoints plus jeunes. Quant aux stratégies de coping de deuil, évaluées par l'IDWL, on constate des tendances identiques en matière de stratégies tournées vers la perte et de stratégies tournées vers la restauration. En revanche, on note une différence entre les deux sous-populations en termes de tendance à l'évitement et de tendance à la confrontation ; en effet, les conjoints plus âgés se caractérisent par une moindre tendance à se confronter à la perte et une tendance plus marquée à l'évitement des éléments liés à cette dernière, par rapport aux plus jeunes.

Discussion

Cette étude visait à étudier, d'une part, l'ajustement émotionnel et social des conjoints de patients atteints de cancer, tel qu'il se déploie dès la fin de vie du patient, et à moyen terme, six mois après le décès de ce dernier. D'autre part, nous voulions évaluer l'existence de différences éventuelles entre les conjoints âgés et les plus jeunes, en termes d'adaptation et de facteurs associés à cette adaptation.

Au terme de cette étude, il apparaît que les conjoints de patients présentent souvent en amont du deuil une symptomatologie dépressive, dont l'intensité augmente après le décès. La plupart font l'expérience d'un vécu de fardeau subjectif lié au stress, et nombre d'entre eux ont des difficultés d'adaptation sociale, et ce plus particulièrement dans le fonctionnement de couple. Il semble que plus les conjoints sont âgés, et plus ils font l'expérience d'un fardeau objectif. Ce résultat peut être expliqué par les comorbidités associées au grand âge, à la détérioration physique et cognitive qui entament souvent les capacités de *caregiving*.

Conformément à notre première hypothèse sur l'identification de la détresse psychosociale des conjoints de patients

en amont du décès du malade, une souffrance significative a pu être identifiée durant la phase palliative. Cette détresse se traduit au moyen en termes de symptomatologie dépressive, avec plus de 70 % des conjoints présentant un niveau cliniquement significatif, et un vécu de fardeau lié aux responsabilités d'aidant naturel. Ce fardeau subjectif lié au stress, ressenti par 71 % des participants, est lié à l'anxiété et à la dépression attachées à la relation au malade et au *caregiving*. Les scores à la BDI et au fardeau subjectif lié au stress sont d'ailleurs corrélés dans cette étude ($r = 0,4$, $p = 0,001$).

La symptomatologie dépressive va se déployer après le décès et devenir plus intense. Ces données appuient les résultats de la littérature spécialisée soulignant que la dépressivité est extrêmement fréquente chez les conjoints endeuillés et qu'elle doit être considérée avec prudence par les cliniciens : elle ne constitue pas un symptôme pathognomonique du deuil compliqué ni même du trouble majeur dépressif [6,38]. Par ailleurs, on remarque que l'adaptation sociale des conjoints, avant et après le décès, reste globalement satisfaisante, et dans les normes de la population générale. Seul l'ajustement social dans les relations conjugales est plus médiocre, reflétant une certaine insatisfaction, probablement due à la souffrance associée à la maladie et aux traitements.

Notre deuxième hypothèse concernait des différences éventuelles dans l'adaptation psychologique et sociale, selon l'âge des conjoints. Au terme de cette étude, il apparaît que les conjoints plus âgés présentent une forme de vulnérabilité bien spécifique par rapport aux plus jeunes. En effet, les conjoints âgés de plus de 70 ans semblent plus fragiles que les plus jeunes avant le décès de leur proche, durant la phase palliative : ils sont plus déprimés et rapportent un vécu de fardeau lié aux responsabilités d'aidant naturel plus important que les plus jeunes conjoints de notre échantillon. Un lien significatif a été trouvé entre l'âge et le fardeau objectif : plus les conjoints sont âgés et plus ils ont le sentiment que leur vie quotidienne est perturbée par leurs tâches d'aidants (temps de loisirs et de repos réduit, diminution des interactions sociales). Leur adaptation sociale générale est également moins bonne, notamment après le décès : les relations avec leurs enfants semblent moins satisfaisantes, et leurs loisirs sont décrits moins nombreux et/ou moins agréables. Enfin, ils ne paraissent pas vivre de développement post-traumatique, comparés aux plus jeunes.

Cette fragilité accrue des conjoints les plus âgés peut être expliquée par le fait qu'ils souffrent souvent d'une détérioration physique et/ou mentale plus marquée qui les entrave dans l'aide qu'ils apportent au malade. En revanche, après le décès du patient, ce sont les conjoints les plus jeunes de notre échantillon qui rapportent la vulnérabilité psychologique la plus importante : ils sont plus déprimés et ont des réactions de deuil plus intenses que les plus âgés. Au sein de notre population de conjoints endeuillés après un cancer, ce sont bien les conjoints les plus jeunes qui seraient les plus

vulnérables : ce résultat appuie des études antérieures [9] qui investiguaient l'adaptation des endeuillés selon l'âge, avec des causes de décès variées.

Comment comprendre cette vulnérabilité psychique accrue des conjoints les plus jeunes ? Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être proposées. Tout d'abord, comme le soulignent certaines études sur la régulation émotionnelle au cours de la vie [18], les personnes plus âgées régulent avec plus d'aisance leurs émotions négatives (ici l'affliction liée au deuil, la culpabilité fréquente dans le deuil et les affects dépressifs), au profit d'affects plus positifs (douceur des bons souvenirs, satisfaction d'avoir aidé son conjoint par exemple). Cette idée est appuyée par les entretiens qualitatifs que nous avons menés auprès des conjoints avant et après le décès du malade. Nous avons pu faire le constat clinique (mais il conviendra d'analyser plus en détail ces problématiques) que les conjoints plus âgés parvenaient plus aisément que les plus jeunes à mettre à distance les pensées et affects négatifs liés à leur perte, tout en accédant avec plus de facilité à des émotions plus positives. La tonalité affective de leur ressenti de deuil était ainsi plus positive, colorée d'une douceur et d'un apaisement plus marqués que chez les plus jeunes. On pourrait également avancer que les conjoints les plus âgés, forts d'une relation conjugale ancienne et satisfaisante, parviennent à puiser dans les bons souvenirs de cette relation des ressources pour faire face à la perte de leur conjoint.

Notre troisième hypothèse postulait que les conjoints plus âgés avaient des styles d'attachement et des styles de coping de deuil différents des conjoints les plus jeunes. Les résultats de notre étude appuient cette hypothèse. En effet, les conjoints âgés de plus de 70 ans présentent un attachement insécuré anxieux et insécuré évitant moins important que les plus jeunes pendant la phase palliative ; en revanche, la tendance s'inverse après le décès : l'attachement des plus âgés est plus teinté d'anxiété. Comme nous l'avons précédemment souligné, ce style insécuré anxieux correspond à un malaise dans l'attachement à la personne aimée, à un doute sur cet attachement. Cette évolution, même a minima, du style d'attachement, semble contredire la notion selon laquelle les modalités d'attachement se développent dans la petite enfance pour rester identiques au fil des années [12]. Les recherches investiguant les liens entre l'attachement et le deuil soulignent néanmoins que ces styles peuvent évoluer, faisant des modalités d'attachement des cibles thérapeutiques de choix [39]. L'accentuation, à l'occasion d'un deuil, de l'attachement insécuré anxieux chez les conjoints les plus âgés, peut être expliquée par une difficulté pour ces derniers à intérioriser le caractère sécuré du lien, qui pourrait persister malgré le décès [33]. L'analyse qualitative des entretiens nous permettra là encore d'explorer plus en détail les remaniements des liens avec le défunt et les aléas de l'attachement à ce dernier.

Par ailleurs, si les conjoints les plus âgés de notre échantillon présentent des styles de coping centrés sur la perte et centrés sur la restauration d'un niveau équivalent à ceux des plus jeunes, ils ont en revanche une tendance moindre à la confrontation aux pensées et aux émotions liées à la perte, et une tendance plus importante à l'évitement. Nous rappelons que ces tendances ne sont pas exclusives l'une de l'autre : une personne peut être à la fois très évitante et très confrontante par exemple. Ce résultat est cohérent avec nos données concernant l'adaptation émotionnelle après le décès des conjoints de plus de 70 ans, adaptation plus satisfaisante que celle des plus jeunes ; nous évoquions précédemment la possibilité d'une régulation émotionnelle qui permettrait aux premiers de mettre à distance les émotions les plus douloureuses, en privilégiant les affects positifs. Cette régulation émotionnelle s'étaye peut-être sur un mécanisme d'évitement, sensible dans l'investigation des styles de coping de deuil.

Limites de l'étude

Cette étude avait pour objectif principal d'étudier des relations éventuelles entre l'âge des conjoints et leur adaptation lors de la phase palliative du malade et après son décès. Nous avons donc volontairement concentré notre attention sur la phénoménologie « normale » du deuil, et non sur la prévalence de la dépression ou du deuil pathologique au sein de notre population. Ainsi, l'étude approfondie des caractéristiques des conjoints endeuillés présentant ces troubles psychopathologiques manque dans la présente recherche (par exemple prévalence en fonction du genre). Cette étude, nécessaire au dépistage et à la prise en charge des personnes en deuil présentant une détresse marquée et pérenne, fera l'objet d'analyses ultérieures. Il est par ailleurs important d'être attentif à l'évolution de la symptomatologie au fil du temps : une étude longitudinale intégrant une évaluation à 18 mois permettra d'explorer le fonctionnement des conjoints endeuillés, sachant que des études antérieures ont souligné que les personnes âgées touchées par le deuil présentaient certes une adaptation émotionnelle satisfaisante dans les premiers mois du deuil, mais que celle-ci se détériorait par la suite [50].

De plus, il convient de rappeler que les conjoints de notre étude ont été recrutés dans un lieu unique où le patient a reçu une prise en charge assez homogène (le plus souvent, prise en charge par l'équipe mobile d'accompagnement et de soins continus de l'institut Curie). Cette homogénéité peut sans doute expliquer certaines caractéristiques de l'adaptation des conjoints, plus particulièrement leur ajustement social satisfaisant. En effet, la majorité des conjoints que nous avons rencontrés avaient un niveau socio-économique élevé qui leur a sans doute permis de s'ajuster plus facilement, notamment matériellement. De la même manière, les

participants de cet échantillon ont dans leur grande majorité la même origine socioculturelle (population majoritairement française, d'un niveau socio-économique élevé), ce qui prive notre analyse de la prise en considération de facteurs culturels qu'on sait importants dans le deuil [48]. Néanmoins, cette homogénéité, renforcée par le fait que nous avons recruté les participants selon une suite consécutive, avec un excellent taux de participation, permet aussi de limiter le nombre de facteurs pouvant interférer avec les variables étudiées. L'important taux de participation et les réactions des conjoints, dans leur immense majorité désireux de participer à l'étude, montrent que la recherche auprès des endeuillés est possible lorsqu'elle est menée par des chercheurs formés et que des précautions éthiques particulières sont prises. Par ailleurs notre modalité de recrutement (suite consécutive) et un taux très élevé de participation nous permettent de souligner la représentativité de notre échantillon quant à la population de patients pris en charge par l'institut Curie, et de contrer les critiques fréquentes dans la recherche auprès des endeuillés relatives au fait que seules les personnes allant bien, ou au contraire celles allant mal, acceptent de participer à la recherche.

La taille modeste de notre échantillon en T2 (six mois après le décès du patient), avec 27 conjoints, entraîne une certaine faiblesse statistique qui sera corrigée par la suite, puisque le recrutement des participants est en cours. Nous pourrions alors tenter d'élaborer un modèle tendant à expliquer l'ajustement psychoémotionnel des conjoints endeuillés dans le champ du cancer. Les évolutions ou le maintien de la vulnérabilité des conjoints selon l'âge feront l'objet d'une attention particulière. Par ailleurs, certains des outils utilisés dans cette étude, notamment l'inventaire de deuil traumatique et l'inventaire de coping de deuil, sont d'un emploi très récent dans la littérature spécialisée et n'ont pas fait l'objet d'études de validation dans la population française. Des études menées auprès de populations néerlandaises et belges et utilisant ces instruments [9,55] nous ont néanmoins permis d'analyser nos résultats en comparant les scores obtenus auprès d'autres échantillons. Une autre question demeure en suspens concernant l'interprétation clinique de l'évolution des scores (par exemple la symptomatologie dépressive) entre la période de fin de vie et six mois après le décès. Quelle signification clinique donner ainsi à une amélioration d'un point à la BDI ? Des études complémentaires devraient permettre d'éclairer ce point.

L'une des perspectives de recherche qui s'ouvrent au terme de cette étude concerne l'exploration détaillée du vécu et de l'adaptation des conjoints les plus âgés (de plus de 70 ans). Présentent-ils certaines caractéristiques, en termes de personnalité (évaluée par le biais d'auto-questionnaires, par exemple le BFI [43]), ou de styles de coping ? Par ailleurs, les résultats de cette étude permettent de valider certains éléments clés du *dual process model of coping with*

bereavement [53], comme le processus d'oscillation entre stratégies centrées sur la perte et centrées sur la restauration ; et oscillation entre confrontation et évitement. Cette oscillation favorise l'ajustement à la perte de l'être cher et varie selon les individus, particulièrement selon l'âge et le genre [7], comme le soulignent les résultats de la présente recherche. De futures études investigueront de manière approfondie les mécanismes sous-tendant cette oscillation. Par ailleurs, l'analyse qualitative du discours des endeuillés nous permettra d'étudier la perception subjective des endeuillés de leur vulnérabilité, leur vécu intime des processus de deuil et de leur déploiement. Rares sont en effet les études explorant cette expérience subjective [25] qui pourraient nous donner des outils précieux pour mieux comprendre les facteurs de protection ou de risque quant à l'adaptation à la mort d'un être cher.

Perspectives cliniques

Cette recherche offre des pistes de réflexion pour la prise en charge des conjoints de patients, pendant la phase palliative et pendant la période du deuil. Tout d'abord, il apparaît que de nombreux conjoints souffraient durant la phase palliative du malade d'un fardeau subjectif lié au stress. La littérature spécialisée [41] suggère que des groupes de soutien et une approche psychoéducatrice avec des soignants apportant des informations précises sur la gestion quotidienne de la maladie et des traitements pouvaient soulager les aidants. Il conviendra d'étudier dans de futures recherches si ces indications sont généralisables à la population française. Nous pouvons néanmoins d'ores et déjà proposer quelques recommandations : lors des entretiens de soutien pour les conjoints de patients pourraient être évoquées les problématiques liées au retentissement émotionnel de l'accompagnement des malades, et plus particulièrement l'ambivalence des aidants, oscillant parfois entre souffrance morale, lassitude et satisfaction associée à ce rôle.

Par ailleurs, nous avons vu que plus les conjoints étaient âgés, et plus ils avaient tendance à ressentir un fardeau objectif (perturbation de leur vie quotidienne, réduction du temps de loisirs, relations interpersonnelles investies avec moins de plaisir...). Il convient donc d'être particulièrement attentif à l'aide matérielle et psychologique qui pourra leur être apportée, notamment en matière de soutien à domicile.

Cette étude met en relief une vulnérabilité émotionnelle et sociale des conjoints plus âgés (de plus de 70 ans) durant la phase palliative, cette tendance s'inversant après le décès, puisque ce sont alors les conjoints les plus jeunes qui présentent une moins bonne adaptation émotionnelle. La vulnérabilité des plus âgés en matière de fonctionnement social se maintient après le décès. Une attention accrue pourra donc être accordée aux personnes les plus âgées durant la phase palliative, avec une prise en charge spécifique. Nous

proposons ainsi que les difficultés rapportées par les conjoints concernant leurs relations conjugales puissent faire l'objet de modalités thérapeutiques adaptées, telles que la thérapie familiale ou systémique par exemple. Les styles d'attachement qui semblent modérer l'adaptation psychologique des conjoints pourront être au cœur de ces interventions thérapeutiques.

Le dépistage des personnes les plus à risque de développer un trouble psychopathologique (notamment dépression et deuil compliqué) s'appuiera de manière pertinente sur des critères comme l'âge du conjoint. Ce dépistage pourra être mis en place en amont du décès du patient, pour une prise en charge plus efficace des personnes en souffrance psychologique et sociale.

Conflit d'intérêt Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Antonucci TC, Akiyama H, Adelman PK (1990) Health behaviors and social roles among mature men and women. *J Aging Health* 2(1):3-14
2. Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Personality Social Psychol* 61:226-44
3. Beck AT, Beck RW (1972) Screening depressed patients in family practice: a rapid technic. *Postgraduate Medicine* 52:81-5
4. Beck AT, Steer RA (1993) Beck depression inventory manual. Psychological Corporation, San Antonio
5. Benight C, Flores J, Tashiro T (2001) Bereavement coping self-efficacy in cancer widows. *Death Studies* 25:97-125
6. Beery LC, Prigerson HG, Bierhals AJ, et al (1997) Traumatic grief, depression and caregiving in elderly spouses of the terminally ill. *Omega: J Death Dying* 35(3):261-79
7. Bennett KM, Gibbons K, Mackenzie-Smith S (2010) Loss and restoration in later life: An examination of Dual Process Model of coping with bereavement. *Omega: J Death Dying* 61(4):315-32
8. Bevans M, Sternberg EM (2012) Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA* 307(4):398-403
9. Boelen PA, Van Den Bout J, Keijsers J, Hooijstink H (2003) Reliability and validity of the Dutch version of the Inventory of Traumatic Grief (ITG). *Death Studies* 27(3):227-47
10. Boerner K, Schulz R, Horowitz A (2004) Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychol Aging* 19(4):668-75
11. Bouvard M, Cottraux J (1996) Inventaire de dépression (Beck Depression Inventory). In: Guelfi J (Ed) *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Masson, Paris, pp 155-7
12. Bowlby J (1969) *Attachment and Loss, vol 1: Attachment*. Hogarth, London
13. Bowlby J (1973) *Attachment and Loss, vol 2: Separation: anxiety and anger*. Hogarth, London
14. Bowlby J (1980) *Attachment and Loss, vol 3: Loss: Sadness and depression*. Basic Books, NY

15. Brazil K, Bedard M, Willison K (2002) Correlates of health status for family caregivers in bereavement. *J Palliat Med* 5(6):849-55
16. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR (1998) Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson JA, Rholes W, Simpson JA, Rholes W (eds) *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press, New York, NY US, pp 46-76
17. Carr D (2008) Factors that influence late-life bereavement: considering data from the changing lives of older couples study. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, et al (eds) *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. American Psychological Association, Washington, DC US, pp 417-40
18. Carstensen LL, Turk-Charles S (1994) The salience of emotion across the adult life span. *Psychol Aging* 9:259-64
19. Caserta MS, Lund DA (2007) Toward the development of an inventory of daily widowed life (IDWL): guided by the dual process model of coping with bereavement. *Death Studies* 31(6):505-35
20. Chauhan F (2008) The inner experiences, cognitive beliefs, and sense of hope of caregivers of cancer patients. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 68(7-A):2008-825
21. Collet L, Cottraux J (1986) Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *L'encéphale* 12:77-9
22. Cottraux J (2007) *La force avec soi pour une psychologie positive*. Odile Jacob, Paris
23. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, et al (2005) Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: Recommendations from the task force on CGA of the international society of geriatric oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 55(3):241-52
24. Farley N, Demers L, Swaine BR (2008) Développement d'une version canadienne-française du Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale. *Can J Aging* 27(2):181-90
25. Fasse L, Flahault C, Sultan S (2012) Le deuil, des signes à l'expérience. Réflexions sur la norme et le vécu de la personne endeuillée à l'heure de la classification de « deuil pathologique ». *L'Évolution psychiatrique*
26. Gana K, K'Delant P (2010) The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *J Affect Disord* 128(1-2):128-34
27. Gilbar O, Ben-Zur H (2002) Bereavement of spouse caregivers of cancer patients. *Am J Psychiatry* 72(3):422-32
28. Holtlander L (2008) Caring for bereaved family caregivers. *Analysing the context of care*. *Clin J Oncol Nursing* 12(3):501-6
29. Horowitz MJ, Bonanno GA, Holen A (1993) Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosom Med* 55(3):260-73
30. Johnson J, Zhang B, Greer J, Prigerson H (2007) Parental control, partner dependency and complicated grief among widowed adults in the community. *J Nerv Ment Dis* 195(1):26-30
31. Kelly B, Edwards P, Synott R, et al (1999) Predictors of bereavement. *Psycho-Oncology* 8:237-49
32. Kim Y, Carver CS, Deci EL, Kasser T (2008) Adult attachment and psychological well-being in cancer caregivers. The mediational role of spouses' motives for caregiving. *Health Psychol* 27 S144-S54
33. Klass D (2006) Continuing conversation about continuing bonds. *Death Studies* 30:843-58
34. Lafontaine M, Lussier Y (2003) Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux : anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Can J Behav Sci/Revue canadienne des sciences du comportement* 35(1):56-60

35. Lelorain S (2009) Qualité de vie et développement post-traumatique de patientes en rémission à long terme d'un cancer du sein. Thèse de doctorat en psychologie, université de Nantes
36. Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, et al (2011) The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 124:295–300
37. Manor O, Eisenbach Z (2003) Mortality after spousal loss: are there socio-demographic differences? *Social Science & Medicine* 56(2):405–13
38. Miyabayashi S, Yasuda J (2007) Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry Clin Neurosci* 61(5):502–8
39. Mikulincer M, Florian V (1996) Emotional reactions to interpersonal losses over the life span: An attachment theoretical perspective. In: Magai C, McFadden SH (eds) *Handbook of emotion, adult development, and aging*. Academic Press, San Diego, CA US, pp 269–85
40. Miller E, Rosenheck RA, Schneider LS (2012) Caregiver burden, health utilities, and institutional service use in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 27(4):382–93
41. Montgomery RJV, Borgatta EF, Borgatta ML (2000) Societal and family change in the burden of care. In: Liu WT, Kending H (eds) *Who should care for the elderly? An east-west value divide*. The National University of Singapore Press, Singapore, pp 27–52
42. Park CL, Cohen LH, Murch RL (1996) Assessment and prediction of stress-related growth. *J Pers* 64(1):71–105
43. Plaisant OO, Courtois RR, Réveillère CC, et al (2010) Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory Français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Ann Medico-Psychol* 168(2):97–106
44. Prigerson HG, Frank E, Reynolds CF, George CJ (1993) Protective psychosocial factors in depression among spousally bereaved elders. *Am J Geriatr Psychiatry* 1(4):296–309
45. Prigerson H, Frank E, Kasl S, et al (1995) Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders, preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry* 152(1):22–30
46. Prigerson HO, Jacobs SC (2001) Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, et al (eds) *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. American Psychological Association, Washington, DC US, pp 613–45
47. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al (2009) Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6(8):e1000121
48. Rosenblatt PC (2008) Grief across cultures: a review and research agenda. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W (eds) *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. American Psychological Association, Washington, DC US, pp 207–22
49. Ryckeboosch-Dayez AS, Delespau E, Zech E (2012) Stratégies d'ajustement: Grief Coping Questionnaire. (In prep)
50. Sanders CM (1993) Risk factors in bereavement outcome. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO (eds) *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention*. Cambridge University Press, New York, NY US, pp 255–67
51. Sherwood PR, Given BA, Donovan H, et al (2008) Guiding research in family care: a new approach to oncology caregiving. *Psycho-Oncology* 17:986–96
52. Schulz R, Boerner K, Hebert RS (2008) Caregiving and bereavement. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, et al (eds) *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. American Psychological Association, Washington, DC US, pp 265–85
53. Stroebe M, Schut H (1999) The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies* 23(3):197–224
54. Stroebe M, Schut H, Stroebe W (2007) Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370(9603):1960–73
55. Stroebe M, Stroebe W, Schut H, et al (2002) Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *J Consult Clin Psychol* 70(1):169–78
56. Tedeschi RG, Calhoun LG (1996) The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 9(3):455–71
57. Tedeschi RG, Calhoun LG (2004) Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry* 15(1):1–18
58. Terret C, Zulian G, Droz JP (2004) Statements on the interdependence between the oncologist and the geriatrician in geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol* 52:127–33
59. Tomarken A, Holland J, Schachter S, et al (2008) Factors of complicated pre-death in caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology* 17(2):105–11
60. van der Houwen K, Stroebe M, Stroebe W, et al (2010) Risk factors for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Studies* 34(3):195–220
61. Vanderwerker L, Jacobs S, Parkes CM, Prigerson H (2006) An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *J Nerv Ment Dis* 194(2):121–3
62. Waintraub L, Guelfi JD (1995) Validation du questionnaire d'adaptation sociale de M. Weissman dans sa version française. *Ann Medico-Psychol* 153(4):274–7
63. Weissman MM (1999) Social adjustment scale self-report (SAS-SR): Technical Manual. North Tonawanda NY, Multi-Health Systems