

INTÉGRER LE MANQUE OU LA PERTE DE VISION À L'IMAGE DE SOI

Introduction à la table ronde :
"Stratégies de compensation et d'adaptation au flou de l'amblyopie"

Pierre GRIFFON

CFRAM Domaine des Ombrages 78160 Marly-le-Roi
Tel : 01 39 58 48 20 Fax : 01 39 16 36 05
pierre.griffon@wanadoo.fr

Il est des manques que l'on ne comble pas et des objets à jamais perdus.
C'est l'un des thèmes de réflexion essentiel à propos du devenir humain. Comment être, avec et malgré ce qui n'est pas, ce qui n'est plus ? Comment ne pas se perdre avec ce que l'on perd ?

La déficience visuelle, qu'elle soit initiale ou secondaire, brutale ou évolutive, fait partie de ces manques ou pertes ineffaçables. Comment le sujet peut-il, non pas accepter l'inacceptable, mais comprendre au sens ancien, c'est-à-dire prendre avec soi, intégrer ce manque à sa réalité ? De quels outils explicatifs ou interprétatifs disposent les professionnels spécialisés pour aider le sujet déficient visuel à mettre en place des stratégies d'adaptation et de compensation de la déficience ?

Le processus de deuil et les réactions post-traumatiques font partie de ces outils interprétatifs. Comment les utiliser ? Quels sont leurs effets pervers ?

1) Le travail de deuil

Lors de la survenue d'une déficience visuelle, le sujet doit modifier son image de soi pour y intégrer la baisse visuelle nouvelle et en retrancher les domaines d'efficacité et d'autonomie atteints par la déficience. Ce mécanisme psychologique est le travail de deuil, présent à chaque fois qu'une personne subit une perte touchant soit ce qu'elle est (image de soi, de ses possibilités), soit ce qu'elle aime (perte d'un proche). Il s'agit d'un mécanisme en rien propre à la déficience visuelle et qui ne permet pas de ne plus souffrir de ce que l'on vient de perdre, ni d'oublier ou de gommer une réalité pénible. Ce n'est que le moyen, nous pourrions même dire la condition nécessaire, à la compréhension de la perte par le sujet. Sans travail de deuil, la perte reste extérieure à la réalité du sujet, comme un élément dont on parle que l'on connaît mais pour lequel les implications affectives et pratiques n'existent pas. Nous avons tous en tête ces illustrations d'un deuil non fait, où par exemple, le sujet aimé disparu est considéré comme toujours présent. Sa chambre est inchangée, sa place à table maintenue et l'ensemble de ce qu'il faisait et disait, considéré comme toujours présent, toujours possible.

Ce travail, au sens où il suppose du temps, un investissement et où il rapporte un bénéfice à terme, peut se décomposer schématiquement en trois phases : dénégation, dépression et réaction.

La dénégation est la phase initiale de l'intégration de la déficience nouvelle. Cette intégration intervient en creux, en négatif. Le sujet va mobiliser son énergie pour repousser l'évidence, "Ce n'est pas vrai", "Ca va revenir", ou l'atténuer à l'extrême "En fait, ça ne me gêne presque pas."

Il s'agit dans la réalité d'un double mouvement, d'une part une irruption brutale de la conscience de la perte et d'autre part, un rejet aussi brutal, c'est à dire spontané et en bloc, de cette perte. On parle, dans le langage courant de "prise de conscience" lorsqu'un sujet découvre ou réalise un fait. La dénégation peut, elle, se définir comme étant une conscience que l'on cherche non pas à prendre mais à rejeter. Cette phase initiale du travail de deuil se caractérise donc par les formes de rejet de la réalité angoissante que vont choisir les sujets. Certains chercheront, par la pratique d'activités à risque (sports violents...), à prouver et à se prouver le peu d'importance de l'atteinte visuelle. D'autres banaliseront la perte en se gardant de se mettre en situation de l'éprouver. Ils limiteront en conséquence leur autonomie, mais trouveront des raisons pour le faire, les plus éloignées possibles de l'atteinte visuelle.

La phase dépressive survient généralement, non pas par une rupture permettant de passer de la dénégation à la dépression de manière brutale et définitive, mais par une suite d'alternances où, au fur et à mesure, la part de la conscience de la perte l'emporte sur la dénégation (le sujet peut conserver un espoir de guérison magique ténu, en contradiction apparente avec l'humeur dépressive qui majore la gravité présente et à venir de la baisse visuelle).

Alors que les formes et justifications logiques de la dénégation peuvent être très variées, la phase dépressive reproduit généralement le tableau classique de ce type d'état réactionnel. Soit une atteinte de l'humeur (pessimisme, abattement, découragement...), une inhibition (perte ou réduction de l'élan vital, ralentissement du cours de la pensée, passivité, perte des initiatives, isolement social...), de l'anxiété (craintes diffuses ou localisées, appréhensions, difficultés à se représenter l'avenir...), et éventuellement des troubles somatiques (fatigue, troubles du sommeil, de l'endormissement, céphalées, épisodes anorexiques, boulimiques, maux divers...).

La conscience de la perte n'est plus rejetée, elle domine le sujet, devient omniprésente. Les conséquences, minorées jusqu'alors, sont placées en pleine lumière, poussées à l'extrême. L'atteinte visuelle était tout d'abord mise à l'extérieur de soi comme un fait négligeable. Durant la phase dépressive, le sujet intériorise ce qui lui est arrivé. Il comprend (prend avec soi) cette perte totale ou partielle de sa vision. Ce n'est plus l'œil ou un domaine de son autonomie qui sont atteints mais son intégrité, son image de soi, l'image qu'il se fait de ses capacités d'aimer et d'être aimé, d'oser et d'agir avec ce handicap. L'atteinte n'est plus alors matérielle mais narcissique. La déstabilisation psychologique est forte car l'image de soi antérieure, sans atteinte visuelle, devient inopérante. Le sujet ne dispose plus des moyens psychologiques et fonctionnels d'être ce qu'il imaginait, sans avoir pour autant encore ceux de devenir ce qu'il pourrait être, une fois le handicap connu, défini et compensé davantage. La phase dépressive du travail de deuil met en évidence le poids des maturations psychologiques dans l'adaptation à une déficience. Au plus fort de la dépression, les symptômes dépressifs invalident sensiblement plus le sujet que les limites fonctionnelles issues de la seule déficience ophtalmique. Ce qui l'arrête ou le ralentit ne sont plus des gênes visuelles mais des troubles de l'humeur.

Une des caractéristiques principales de cette phase est l'exagération dépressive qui contamine l'ensemble de l'image de soi du sujet. Non seulement celui-ci prend conscience de manière pénible de la perte ou de la baisse de vision récente, mais en plus il va avoir tendance à penser qu'il a aussi perdu toutes ses autres capacités personnelles. Il n'est plus capable de travailler, de faire de la musique ou de l'informatique alors qu'il possédait, par exemple, un très bon niveau dans ces deux domaines. Ce processus d'exagération dépressive est ici le même que lors de la perte d'un proche et a été fort bien illustré par la littérature : "un seul être vous manque et tout est dépeuplé". Prendre conscience de cette perte qui m'atteint est nécessairement, pendant une période donnée, penser avoir tout perdu.

L'image de soi est en défaut. Or une image de soi est constituée d'imaginaire. Ce que je pense être, est la somme d'expériences, d'identifications et d'introjections réalisées dans mon passé et tout particulièrement au moment de l'adolescence. Ce n'est pas une somme d'éléments réels, prouvés, démontrés de manière rationnelle et mis bout à bout. C'est ce que je pense être, ce n'est

pas exactement ce que je suis, ce n'est pas non plus parfaitement tel que mes proches me voient. L'image que j'ai de moi-même est ce que j'imagine être. Ce qui fait qu'elle existe est qu'elle fonctionne, qu'elle est fonctionnelle. Les caractéristiques qui constituent ce que je pense être sont peut-être fausses mais elles me permettent efficacement d'agir et donc elles possèdent une valeur dans la définition que j'ai de ce que je suis.

Aussi pour le sujet, lors de cette phase du travail de deuil, tout l'objet, toute l'urgence, est de parvenir à se constituer une nouvelle image de soi, intégrant le handicap sans pourtant s'y réduire. Cette nouvelle image de soi est la condition préalable, le support indispensable d'un travail d'adaptation matériel au handicap et par conséquent d'une rééducation quand celle-ci s'avère utile. Cette nouvelle image de soi ne va pas l'empêcher de souffrir de ce qu'il a perdu, mais lui permettre de continuer à évoluer et rebondir malgré et avec ce qu'il vient de perdre.

En fin de période dépressive, le sujet est souvent en proie à des variations importantes et sans transition de son humeur. A la dépression, se mêlent des moments où le sujet se sent davantage d'énergie, recommence à miser sur ses capacités, élabore des projets d'avenir. Ces variations peuvent être brutales au point de le surprendre (passer du rire aux larmes, attitude euphorique transitoire).

La réaction est l'aboutissement du travail de deuil. Le sujet parvient à intégrer le handicap dans l'ensemble de ses capacités et limites personnelles (image de soi). Il a perdu des possibilités visuelles, mais est toujours ce qu'il était, retrouve son élan vital et recherche à mettre en place des moyens pour compenser son handicap. Si l'initiative et l'élan vital sont à nouveau présents, l'adaptation fonctionnelle au handicap va nécessiter du temps. Ce n'est que progressivement que vont se dessiner les contours de l'autonomie du sujet et ainsi se préciser le handicap.

Soit, en résumé : dénégarion : "Je n'ai rien perdu" ; dépression : "J'ai tout perdu puisque j'ai perdu ça" (remise en question de l'image de soi avant déficience), réaction : "Je n'ai perdu que ça (définition de la portée fonctionnelle de la déficience : les désavantages et incapacités) et, à part cela je suis le même" (reconstruction d'une image de soi opérante). Il est essentiel de savoir que ce mécanisme psychologique de deuil est, un mécanisme normal d'adaptation à une perte. Nous l'avons tous vécu, dans des circonstances parfois bénignes : (je perds ma montre, première réaction : "Ce n'est pas vrai" et je la cherche dans mes poches ou autour de moi ; deuxième réaction : "Ca n'arrive qu'à moi", "Je perds toujours tout", "Je suis un nul" ; troisième réaction : demander l'heure à un passant, s'acheter une autre montre). Le sujet ne peut en faire l'économie et sa résultante sera la portée fonctionnelle du handicap, après ce travail d'intégration d'une perte nouvelle (une déficience visuelle) aux éléments, passés et présents, constitutifs de l'image de soi.

2) Comment aider un sujet effectuant un travail de deuil ?

La notion de deuil porte parfois à confusion. "Il n'a pas fait son deuil, on ne peut pas l'aider, le prendre en charge en rééducation", "Il souffre beaucoup de ne plus voir comme avant, il n'accepte pas son handicap et ne fait pas de deuil", etc. Quelques clarifications s'imposent.

La souffrance n'est pas à confondre avec le travail de deuil. Perdre de la vision est une cause de souffrance. La frustration de ne pas voir comme avant est une réaction pénible et normale. Ce qui est anormal, au sens des évolutions psychologiques, ce sont ces personnes qui nous disent se réjouir de ne plus bien voir. Cette souffrance normale devant ce que l'on vient de perdre n'est pas évitable. Elle ne pourra que décroître progressivement au cours du temps et des évolutions positives du sujet. Aussi le travail de deuil peut contribuer à ce que la souffrance diminue dans la mesure où il va permettre au sujet de réinvestir une image de soi intégrant la perte de vision sans majorer cette perte et à chaque fois que cela est possible en compensant les conséquences

négligentes de la déficience. Mais le deuil ne peut rien contre le temps et son lent travail d'usure de la souffrance. Le plus parfait des deuils n'effacera jamais ce qui est perdu, pas plus qu'il ne gommara la souffrance aussi atténuée soit-elle par le temps, ou ravivée par les aggravations progressives de certaines pathologies visuelles évolutives.

Le travail de deuil est une période nécessaire pour que le sujet réalise ce qu'il vient de perdre. C'est ce qui lui permet de passer du constat diagnostique de la déficience visuelle à l'élaboration personnelle d'un handicap c'est à dire à la compréhension de la nature et des conséquences que cette déficience va avoir pour lui. C'est une démarche d'intégration d'une donnée en soi ("C'est une rétinopathie pigmentaire", "Vous êtes atteint de ...", etc) à une réalité pour soi, touchant un sujet unique et ayant des conséquences qui lui seront propres, compte tenu de son histoire, de sa psychologie et de son entourage.

Notre action de psychologues spécialisés ou de soignants est possible mais doit s'adapter à la période dans laquelle se situe de sujet en deuil.

Durant la phase de dénégation, le sujet mobilise son énergie pour rejeter la conscience de la perte. S'il vient consulter un spécialiste de la rééducation ou de la réadaptation des personnes déficientes visuelles, il est vraisemblable que sa demande de prise en charge soit ambivalente (désir de compenser la baisse visuelle tout en rejetant la réalité ou la gravité de celle-ci) et/ou qu'il ait été plus ou moins contraint d'effectuer cette démarche (pression de la médecine du travail, des proches, du médecin de famille, ...).

Notre attitude doit, face à cette ambivalence, viser deux objectifs :

- chercher à objectiver avec le sujet la nature de son atteinte, des conséquences et évolutions probables, mais aussi les possibilités de rééducation ou d'aides optiques,
- donner au sujet le droit de ne pas commencer une prise en charge immédiatement, le droit de prendre son temps pour que les évolutions psychologiques se fassent.

Cette double attitude est bien souvent à l'opposé de celle adoptée par l'entourage proche. Devant le constat de la baisse de vision, c'est une réaction logique qui prime parmi les proches : se faire soigner, prendre une canne pour se protéger, effectuer une rééducation appropriée, etc. Or, cette réaction logique ne correspond pas à l'état psychologique du sujet devenu malvoyant ou aveugle. Elle le met en défaut, non seulement il a une déficience, mais en plus il ne se montre pas capable de prendre les moyens nécessaires pour en réduire les effets.

Durant cette période du travail de deuil, le sujet a besoin que l'on réintroduise du temps face au constat souvent brutal de ce qu'il vient de perdre. Ce temps est indispensable. Ce n'est pas en tirant sur les tiges que l'on fait pousser les fleurs. Pour aider l'évolution, le sujet a besoin d'informations concernant son état venant de professionnels qualifiés pour le faire et d'une proposition de prise en charge non culpabilisante et lui permettant de s'approprier la rééducation proposée. "C'est à vous de décider", "Quand vous le jugerez utile", "Prenez votre temps pour réfléchir", etc.

Durant la phase dépressive, ce qui prime dans la relation avec le sujet est la charge affective, triste, désespéré parfois. La dépression est un état extrêmement pénible dont la souffrance est manifeste et constamment reliée à l'aspect définitif et irréparable de la perte. L'avenir semble arrêté, les projets impossibles et toutes batailles pour rebondir jugées comme impossibles ou inutiles. Or, la tristesse qui se dégage du sujet est un sentiment contagieux qui va atteindre son interlocuteur. En dehors d'un cadre de prise en charge professionnelle, il est naturel que l'entourage du déficient visuel se défende de cette tristesse. Aussi, la défense la plus commune dans ce cas, est la négation de la gravité de la perte. On ne souligne que les raisons d'espérer, ce qui fonctionne toujours et l'on empêche ainsi toute émergence trop évidente de la souffrance. Le sujet prend l'habitude de faire bonne figure ou ... de disparaître quand il n'y parvient pas.

Notre attitude doit chercher au contraire à viser deux objectifs :

- Le sujet a le droit d'exprimer sa tristesse, elle est normale car attachée à une perte et son expression ne me détruit pas moi, psychologue ou professionnel d'une équipe soignante. Pour aider le patient à exprimer ce qu'il ressent, sans pour autant être agressé par la violence de sa souffrance, il est nécessaire d'adopter une empathie à son égard. C'est à dire montrer au patient que l'on a compris sa souffrance et qu'il a la possibilité de l'exprimer librement sans que cela nous déstabilise. Pour ce faire, il est souvent conseillé de formuler au sujet les termes de l'empathie : "Je vois que vous êtes triste", "Vous avez de quoi être triste", "Je comprends que vous pleuriez, vous pouvez le faire ici", etc.
- Une fois cette ouverture à la souffrance du sujet réalisée, il est nécessaire d'effectuer avec lui un travail d'objectivation de sa perte. Qu'a-t-il effectivement perdu et quels sont les domaines d'efficacité et d'image de soi qui ne sont pas concernés par la baisse ou la perte de vision ? Pour que ce travail d'objectivation de la perte soit pertinent, qu'il trouve écho chez le sujet, il est indispensable qu'il soit mené avec franchise. Ce qui est perdu est perdu et chercher à le cacher au sujet risque le plus souvent d'amener celui-ci à imaginer le pire. Faute de lui avoir dit ce qu'il a perdu, il va entendre notre angoisse de le voir devenir encore plus triste si on le lui disait. Il s'agit alors d'une évolution fort perverse dans laquelle chacun va s'inquiéter de façon croissante de l'anxiété de l'autre. Nous avons tous connu ces expériences cliniques de patients qui nous expriment l'impression de terreur qu'a provoqué en eux, l'angoisse non dite d'un soignant, à leur égard.

Pour aider le sujet à commencer à critiquer son exagération dépressive il faut donc être capable avec lui d'objectiver autant ce qui est perdu que ce qui, peut-être, ne l'est pas. Plus l'état des lieux sera objectif et plus il aura de portée pour le sujet. On peut considérer que, dans ce cas précis de dépression réactionnelle vraie, le patient est trop fragile pour qu'on le ménage. Notre capacité à miser sur sa force à entendre ce que l'on va lui dire est, en partie, ce qui le renforce. Cette démarche d'objectivation critique de ce qui est perdu ou non, n'est pas suivie d'effet immédiat dans la plupart des cas. Cependant, ce qu'un professionnel, psychologue, médecin ou rééducateur aura posé comme critique de l'exagération dépressive ne pourra pas être effacé par le sujet. Au contraire, au fur et à mesure que le temps passe, son envie de tester en situation ce qui lui a été dit va croître. Le faire, sera pour lui, commencer à sortir de la dépression.

Durant la phase de réaction, l'enjeu pour le sujet est de réinvestir le plus largement possible les champs de ses compétences anciennes et d'explorer d'éventuelles autres compétences ou intérêts jusque-là peu exploités. L'aide à apporter est donc davantage fonctionnelle technique que psychologique et relève pleinement de la compétence des équipes de professionnels spécialisés ; ergothérapeutes, orthoptistes, psychomotriciens, opticiens, etc.

Toutefois, dans un certain nombre de cas, la sortie de la phase dépressive est suivie d'un tel soulagement que le sujet peut exagérer les progrès ou réinvestissements possibles. Ce court moment, qualifié de phase euphorique transitoire, nécessite alors la pondération de tiers, psychologues ou rééducateurs spécialisés qui, sans briser l'élan du sujet, ramènent à de plus justes proportions les objectifs de réadaptation.

3) Les réactions post-traumatiques

Lors de la survenue brutale du handicap (accident le plus souvent), peut se produire un traumatisme psychique. L'angoisse qui est habituellement un moyen de s'adapter par anticipation à un événement désadaptant ou difficile (situation d'examen par exemple), survient dans ce cas de façon massive au moment, ou juste après le traumatisme. Au lieu d'adapter, elle submerge le sujet et provoque dans un premier temps une attitude d'effroi puis, par la suite, l'apparition de

symptômes transitoires qui vont permettre au sujet de se décharger progressivement de ce surcroît d'affects anxieux, de les abrégier.

- Le premier d'entre eux est constitué par les terreurs nocturnes que va présenter le sujet . Souvent séparés du moment traumatique par une période de latence. Ces rêves stéréotypés permettent à la personne de revivre le traumatisme et d'évacuer l'angoisse en lui redonnant son rôle anticipateur. Plus le moment du traumatisme se rapproche et plus le sujet a peur, jusqu'au choc ou au fait traumatique lui-même, qui provoque le réveil.
- La deuxième famille de symptômes permettant au déficient visuel de se défendre de l'angoisse générée par le traumatisme est celle des réactions phobiques. Les situations et le contexte du traumatisme deviennent le lieu vers lequel le sujet va déplacer et focaliser son angoisse. Dans les cas d'accidents de la voie publique, il apparaît une angoisse massive et irraisonnée (une réaction phobique) en entendant un bruit de freinage de voiture, de moteur ou de passage de camion, par exemple. Mais, et ce point est essentiel, la personne n'aura plus peur que dans ces situations précises. L'angoisse, jusqu'alors flottante, omniprésente, se voit collée à des éléments ou à des objets bien définis, qu'il est donc possible d'éviter.

Courant lors de traumatismes matériellement objectivables (chocs, accidents), ce même mécanisme peut avoir lieu lors de baisse visuelle progressive. En effet, on sait que la conscience et les conséquences fonctionnelles ne sont pas proportionnelles à la nature de la baisse visuelle. La conscience ne suit donc pas linéairement la baisse. Elle survient généralement par bloc (prise de conscience). On ne penche pas progressivement vers le handicap, on a conscience de l'être à un moment donné (dans le langage courant on dit : "tomber malade" et non pas le devenir petit à petit). De ce fait, des réactions traumatiques sont possibles quand le sujet relie cette prise de conscience à une situation donnée (de rue : bousculade, presse ; de traitement médical ; d'environnement : éblouissement...) Cette situation est perçue comme étant la cause du handicap, cause extérieure au sujet. En effet, le support psychologique d'un traumatisme psychique peut être réel ou imaginaire, c'est-à-dire qu'il peut concerner le corps du sujet ou son image de soi. La différence à noter est que, dans les cas de traumatismes objectifs graves (traumatisme crânien, accident, agression...), les réactions traumatiques sont toujours présentes, alors que dans les cas où la déficience visuelle est liée ou associée de manière plus lâche à un fait matériel traumatique, ces réactions ne sont que probables. Elles peuvent ainsi se développer chez un malvoyant, lors d'un décollement de rétine brutal et parfois même, dans des cas de pathologies ophtalmiques à évolutions lentes, pour lesquelles d'un coup, le sujet prend conscience de son état. Il associe cette conscience à un événement ou au contexte dans lequel elle a eu lieu. La prise de conscience brutale qui n'était qu'associée au contexte, devient causée par lui. Etre bousculé, ébloui ou renversé, a provoqué chez le sujet la prise de conscience de ses troubles visuels. Cette prise de conscience, trop pénible pour être intégrée d'emblée, est alors immédiatement et inconsciemment renvoyée vers l'extérieur. La bousculade, l'éblouissement ou la chute, deviennent la cause et non plus le révélateur de la déficience visuelle nouvellement reconnue.

L'attitude aidante adaptée

Les sujets qui ont vécu ces types de traumatisme ont besoin d'être rassurés quant à la normalité des terreurs nocturnes itératives. Parfois ils expriment l'impression qu'ils sont "en train de devenir fou" ne sachant pas si ses terreurs vont s'interrompre un jour ni, à force de les retrouver régulièrement, s'il s'agit de rêves ou d'une modification de leur réalité.

De même, le déconditionnement nécessaire pour ne plus avoir peur des situations rappelant les circonstances du traumatisme est fort complexe à réaliser quand ce même traumatisme a causé une baisse ou une perte de vision. Le sujet en effet, n'est plus en mesure d'utiliser sa vision pour vérifier l'absence de dangerosité d'une situation. Il est souvent utile de combiner une prise en charge psychologique et un travail de réapprentissage de la situation jugée dangereuse. Cela en aidant le sujet à se déplacer et percevoir son environnement malgré la baisse ou l'absence de

vision, mais aussi en lui permettant de retrouver l'habitude de côtoyer cette situation en vérifiant de la façon la plus concrète possible son absence de danger objectif.

Il est possible d'aider les sujets qui ont à vivre une baisse ou une perte de leur vision, à condition de moduler notre attitude en fonction de l'évolution des mécanismes psychologiques d'adaptation que sont le travail de deuil et les réactions traumatiques. Il faut pour cela être capable de parler vrai, de réintroduire du temps dans les situations d'urgence et de donner le droit à l'expression de la souffrance. Il est des manques que l'on ne comble pas et des objets à jamais perdus. La déficience visuelle, qu'elle soit initiale ou secondaire, brutale ou évolutive, fait partie de ces manques ou pertes inacceptables. Le travail de deuil n'efface rien, ne comble pas et n'atténue qu'un peu la souffrance devant la perte. Il est cependant indispensable pour que le sujet comprenne ce qu'il vient de perdre et l'intègre de façon dynamique à une image de soi en modification, afin de rebondir et vivre sans se réduire à ce qu'il vient de perdre.

"L'essence de l'être est le désir" disait Spinoza dans son Ethique. L'intégration du manque ou de la perte de vision à l'image de soi doit permettre l'émergence de ces désirs nouveaux, nombreux, et témoins, malgré le manque, d'une nouvelle "expansion de l'être", pour conserver la terminologie du philosophe.

Savons-nous, psychologues spécialisés ou personnels des équipes soignantes, prendre notre part à cette énorme tâche ?

Bibliographie

- AUGAGNEUR, M.F. Vivre le deuil. De la désorganisation à une réorganisation. Edition de la chronique sociale 1992
- BACQUÉ, M.F. Le deuil à vivre. Odile Jacob 1992
- BALMELLE, G. Handicap et travail de deuil. In: Expériences en Ergothérapie. Masson 1989 2, 116-121
- BLACKBURN, I.M., COTTRAUX, J. Thérapie cognitive de la dépression. Masson 1990
- BOURGEOIS, M., VERDOUX, H. Deuil : clinique et pathologie. EMC Psychiatrie 1994, 37395, A 20
- BREITENBACH, N. Une saison de plus. Handicap mental et vieillissement. Desclée de Brouwer 1999
- CADART, B. En fin de vie. Centurion, Paris, 1991, 247 p.
- CAMUS, V., SCHMITT, L., OUSSET, P.J., MICAS, M. Dépression et démence: contribution à la validation française de deux échelles de dépression : Comell Scale for Depression in Dementia, Dementia mood Assessment scale. Encephale, 1995, XXI, pp : 201-208.
- CORNILLOT, P., HANUS, M. Parlons de la mort et du deuil. Frison Roche 1997
- DE BROCA, A. Deuils et endeuillés. Se comprendre pour mieux s'écouter et s'accompagner Masson, 1997
- DELISLE, I. L'intervenant face au mourir, ERPI, Montréal, 1992, 155 p
- DENIKER, P. La dépression. Doin 1996
- FELINE, A., HARDY, P. La dépression. Études. Masson 1991
- FREUD, S. Deuil et mélancolie. Gallimard 1952
- GANNAC, Y., COSTEJA, M. La dépression. In: IZARD, M.H., MOULIN, M., NESPOULOUS, R. Expériences en Ergothérapie, septième série. Masson 1994 225-234
- GRIFFON, P. Devenir malvoyant à l'âge adulte. Inforum N° 3/96, 32-35 Zurich 1996
- GRIFFON, P. Le temps compté : Sida et déficiences visuelles. Communication aux Journées de l'ALFPHV Bruxelles 1996
- GRIFFON, P. Déficiences visuelles : pour une meilleure intégration. C.T.N.E.R.H.I. 1995
- GRIFFON, P. Rééducation fonctionnelle : vers une plus grande autonomie. Journal des psychologues 1991 84, 24-25
- GRIFFON, P. Prise en compte des aspects psychologiques dans la rééducation des adultes

- déficients visuels. In: SAFRAN, A.B., ASSIMACOPOULOS, A. Le déficit visuel. Des fondements neurophysiologiques à la pratique de la réadaptation. Masson 1995
- GRIFFON, P. Le rôle du psychologue dans une équipe pluridisciplinaire. APAM Marly-le-Roi 1989
- GRIFFON, P. Le développement de la vision fonctionnelle : la dimension psychologique. Intervention au Colloque International sur les Basses Visions Paris U.N.E.S.C.O. 1990
- GRIFFON, P. La rééducation fonctionnelle des adultes atteints de rétinopathie pigmentaire. Communication au colloque de l'A.F.R.P. Paris 1994
- GRIFFON, P. La rééducation des malvoyants. Privat 1993
- HANUS, M. La pathologie du deuil. Rapport de psychiatrie du Congrès de psychiatrie et Neurologie de langue française. Masson 1996
- HANUS, M. Les deuils dans la vie. Maloine 1995
- HENNEZEL, M. La mort intime. Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre. Robert Laffont 1995
- KERLOC'H, G. Dépersonnalisation du traumatisé crânien : d'une identité perdue à une identité en reconstruction. Journal d'Ergothérapie 1997 19, 4, 130-146
- La Fondation de France. Aide aux personnes endeuillées : répertoire des organismes à consulter. Desclée de Brouwer 1997
- LAGACHE, D. Le travail du deuil. Revue française de psychanalyse 1938 X4, a-b
- LEMPERIERE, T., ROUILLON, F. Dépression, espoirs et réalités. Symposium sur quelques aspects des progrès en psychiatrie ces 35 dernières années. LXXXVIème session du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française Chambéry 1988
- LOO, H., LOO, P. La dépression. P.U.F. Que sais-je? 1991
- MACQUERON, G., LE BOT, M.P., GALLIEN, P., EUDIER, F. Deuil et dépression en rééducation fonctionnelle. Journal de réadaptation médicale 1998, 18, n° 2, 51-56
- MARCELLI, D. Adolescences et dépressions. Polyptyque. Masson 1990
- MENU, J.P., de la PORTE des VAUX, C., CORBE, C., GRIFFON, P. Le Malvoyant. Doin, Collection Conduites 1996.
- MESLE, F., VALLIN, J. Les causes de décès en France : II. Leur influence sur l'espérance de vie. Le panorama du médecin, 14 mars 1990, pp. 40-43.
- MESLE, F., VALLIN, J. Les causes de décès en France : I. Une longue histoire. Le panorama du médecin, 7 mars 1990, pp. 36-38.
- NATHAN, T. et coll. Rituels de deuil, travail de deuil. Pensée sauvage, 1995, 295 p.
- OLIE, J.P., NOVIKOFF, M.C., CUCHE, H. Le praticien et les dépressions modernes. Doin 1983
- OLIER, J.P., POIRIER, M.F., LOO, H. Les maladies dépressives. Flammarion 1995
- POLETTI, R., DOBBS, B. Vivre son deuil et croître. édition Jouvence, Genève, 1993.
- RICHARD, F. Psychothérapies des dépressions narcissiques. Bases théoriques et considérations techniques. P.U.F. 1989
- SARTRE, J-P. L'être et le néant Hatier | 1998
- SPINOZA, Ethique. PUF 1986
- SEBAG-LANOE, R. Quitter la vie. Gérontologie et société n° 58, , 1991
- Société de Thanatologie. Deuil et accompagnement. Thanatologie 1996, n° 107-108
- THOME-RENAULT, A. Le traumatisme de la mort annoncée. Psychosomatique et Sida. Dunod 1995
- WIDLOCHER, D. Le ralentissement dépressif. P.U.F. 1983
- WIDLÖCHER, D. Les logiques de la dépression. Fayard 1983
- WIROTIUS, J.M., NEYROUD, I., PETRISSANS, J.L. Le déni en rééducation. Journal de réadaptation médicale, 1999, 19, n° 2, 42-44