

SoinsPalliatifs.be

NOUVELLES PERSPECTIVES SUR LE DEUIL

Sommaire

Edito	2
Du côté de la FWSP	3
Focus : Journée mondiale des soins palliatifs	4
Du côté des plates-formes	6
Dossier : Nouvelles perspectives sur le deuil	17
Coups de cœur	48
La formation continue en soins palliatifs	51
Agenda	58
Coordonnées des plates-formes et équipes de soutien	60

« TU ES EN DEUIL ? TU DEVRAIS » : DÉCONSTRUISONS LES IDÉES PRÉCONÇUES SUR LES PROCESSUS DE DEUIL

Dans cette conférence, nous avons présenté une brève synthèse d'un chapitre qui a été publié dans un livre reprenant divers apports spécifiques contemporains sur les processus de pertes et de deuils (Zech & Boever, 2025). Dans ce chapitre, nous souhaitons présenter une perspective critique sur la littérature qui s'est développée et construite depuis un siècle d'études dans le domaine du deuil. Nous proposons aussi, sur base de données empiriques et de notre pratique d'accompagnement des personnes endeuillées notamment, une manière d'envisager les processus et les interventions de deuil, moins pathologisante et normative, qui invite à les considérer sous l'angle humaniste et centré sur la personne (Zech, 2019, 2020; Zech et al., 2021).

Regard critique sur la littérature et les conceptions du deuil

La manière de conceptualiser et comprendre le deuil et les processus de deuil, comme n'importe quel objet scientifique, a évolué au cours du temps. Ces conceptions sont dépendantes des contextes historique, épistémologique et socio-culturel qui influencent les auteur-trices, théoricien-nes ou praticien-nes (et probablement aussi compte tenu de leurs propres expériences personnelles de deuil, de Condé et al., 2024). Les paradigmes scientifiques (Kuhn, 1962/2012) principaux qui sous-tendent les interventions de deuil préconisées furent développés en Occident, surtout dans les pays anglo-saxons, depuis le début du 20^e siècle. Ainsi, on retient aisément le très fameux modèle des stades de deuil (Bowlby, 1980; Kübler-Ross, 1975; Parkes, 1972), le modèle (moins connu en francophonie) des tâches de deuil (Worden, 1982, 2002, 2009, 2018) et la conception liée au « travail de deuil » (Freud, 1917/1979; Stroebe, 1992). On peut constater que tous ces modèles sont sous-tendus par un ensemble d'idées et de conceptions sur les processus de deuil. Ainsi, par exemple, ils proposent que (1) les personnes endeuillées

devraient ressentir la douleur du deuil, (2) les personnes devraient confronter la réalité de la mort, (3) il faudrait « faire son deuil », c'est le « travail de deuil », (4) il faudrait exprimer ses émotions, son deuil (notion de catharsis ; en exprimant ses émotions (aux autres), cela permettrait de libérer la douleur et on en serait délivré), (5) il y aurait un ordre d'étapes ou des tâches à réaliser (choses à faire ou non), (6) il y aurait une « clôture », une fin du processus, une « guérison » (comme pour une maladie, les personnes retourneraient au mode de fonctionnement antérieur, comme si la personne était soulagée, désinvestissait ou abandonnait (ou devait abandonner) la relation au défunt ...). En conséquence, un autre présupposé majeur est que, si les personnes endeuillées ne « font » ou ne remplissent pas ces prescrits, cela indique qu'elles présentent (ou présenteront ; elles sont à risque de présenter) un deuil pathologique.

1. Assez logiquement, ces conceptions véhiculées sont utilisées pour guider les « interventions », que ce soit par les professionnels ou les proches, auprès des personnes endeuillées. Il ne s'agit pas de nier la vaste littérature ayant amené à des savoirs et des pratiques qui peuvent aider et soutenir les personnes endeuillées. Cependant, à dessein, on souhaite relever un ensemble de limites et d'arguments d'ordre épistémologique, méthodologique, conceptuel, culturel et anthropologique qui les mettent en perspective. Si l'on procède à un zoom arrière sur l'abondante littérature de ce domaine, on peut relever quatre prismes principaux que nous avons nous-mêmes été amenées, progressivement, à remettre en cause au cours de notre carrière. Ces prismes sont éminemment interreliés : **Pathologisation et stigmatisation du deuil** : bien que Freud lui-même n'ait « Jamais [eu] l'idée de considérer le deuil comme un état morbide » (1917/1979, p. 191), petit à petit, au fil des décennies, un ensemble

de taxonomies et définitions des deuils « a-normaux » (a privatif, en dehors de la norme) furent décrites, dont le deuil « chronique » (réactions particulièrement intenses et prolongées¹). A partir des années 1990, un travail d'identification du « trouble mental » de deuil fût mené par Prigerson, Horowitz, Jacobs et Shear, médecins psychiatres américains, ce qui a mené à l'inclusion récente du trouble de deuil prolongé (TDP) dans les manuels diagnostiques internationaux (DSM-5-TR, American Psychiatric Association, 2022; ICD-11, World Health Organization, 2019). Bien qu'un ensemble d'arguments existent à l'appui de cette position, d'autres invitent à la prudence ou même au rejet de ce modèle qui tente de différencier deuil « normal » et deuil « pathologique ». Basés sur des statistiques (la norme), les critères diagnostiques sont arbitraires et indiquent plus la conception sociale de la « folie » (Zdanowicz & Schepens, 2015) et des troubles causés par la personne au « bon » fonctionnement familial, à son insertion sociale ou encore à son utilité ou productivité professionnelle et même à son coût économique. La médicalisation du deuil invite la (sur-)prescription de médicaments psychotropes pour « traiter » le deuil, le « malade » et ses symptômes, malgré le fait qu'ils soient peu efficaces pour diminuer les symptômes de deuil (Bui et al., 2012). Le diagnostic de TDP génère aussi plus de stigmatisation (préjugés, stéréotypes et discrimination) des personnes endeuillées (Eisma, 2023), ce qui peut renforcer l'isolement des personnes en souffrance. Enfin, dessiner les contours du deuil pathologique nourrit plus que jamais l'idée de l'existence d'un deuil sain, d'une « bonne manière de vivre son deuil » face à une manière « maladaptative » et non fonctionnelle. Ces conceptions, connues des personnes endeuillées et de leurs proches, sous-tendent également les attentes qui sont posées sur elles. Les personnes endeuillées « doivent » correspondre à ces représentations des normes et des standards pour être considérées comme traversant un deuil « normal » (mais dont les contours

restent flous). En plus de créer de la pression, cela peut participer au tabou qui entoure le sujet de la mort et du deuil et à l'isolement des personnes endeuillées qui, ne correspondant pas aux standards perçus ou identifiés, partagent difficilement leur manière de vivre leur deuil, doutent du bien-fondé de ce qu'elles ressentent vraiment, voire jugent leur propre vécu comme anormal et non légitime.

2. **Application du modèle (bio)médical à la psychologie clinique et la pratique auprès de personnes endeuillées.**

L'application du modèle (bio)médical à l'étude des expériences psychologiques et de l'efficacité des interventions psychothérapeutiques menant à des directives sur la pratique psychologique fondée sur des données probantes repose sur un ensemble de présupposés auxquels un ensemble de scientifiques, chercheurs et cliniciens, n'adhèrent pas forcément (Berthoud et al., 2021; Sanders, 2017). Parmi ceux-ci, « le modèle (bio) médical des difficultés ou détresses psychologiques présume qu'une cause peut être identifiée sur base d'une évaluation experte, à l'instar des maladies physiques pour lesquelles peut être identifiée l'une ou l'autre cause, comme un microbe, et pour lequel un traitement peut être trouvé afin de remédier au dysfonctionnement physique (Sanders, 2017). Ainsi, il est attendu qu'un problème mental est préalablement défini, qu'un traitement est sélectionné pour le problème et qu'un thérapeute applique le traitement de façon experte au problème. » (Berthoud et al., 2021, p. 153). Dans ce modèle, ce sont les méthodes et techniques spécifiques qui « guérissent », quel que soit le thérapeute, le client ou la qualité de relation établie entre eux. Ce modèle prend peu ou pas en compte les expériences riches, souvent subtiles et parfois contradictoires des clients, la diversité des clients eux-mêmes, de leurs caractéristiques, leurs ressources, leurs besoins et manières de répondre aux interventions ainsi que leur culture et leurs préférences et valeurs (Norcross & Wampold,

1. Un deuil « inhibé » est aussi défini lorsque les réactions de deuil sont absentes, ce qui est aussi jugé anormal.



2019), ni même la multitude de facteurs (extra-thérapeutiques) biopsychosociaux qui entrent en interaction, évoluent dans le temps et génèrent et maintiennent les difficultés (Norcross & Lambert, 2011). De même, ce modèle ne tient pas compte des qualités personnelles et relationnelles des thérapeutes ainsi que de leurs expériences et expertises dans leur manière de dispenser la thérapie (Norcross & Lambert, 2019). Ces deux facteurs sont pourtant des déterminants plus importants d'efficacité que les techniques et méthodes thérapeutiques (Norcross & Lambert, 2011). Ainsi, si un modèle de traitement testé sur un groupe de personnes peut dire quelque chose sur la population générale, cela ne permet pas de définir l'intervention auprès d'un client unique. Il est plus adapté de passer à un mode de pensée épistémique spécifiquement ciblé sur ce client, la pensée par cas (*thinking in cases*) qui se base sur les données du « cas » et de l'expérience clinique et qui relève avant tout d'un positionnement éthique qui guide le praticien et sa pratique (Willemsen, 2022).

3. **Empirisme WEIRD.** Une troisième prise de recul critique est plutôt relative à la méthodologie scientifique et aux biais qui peuvent être relevés dans la construction des savoirs relatifs au deuil. Force est

de constater que, comme pour les autres études sur les êtres humains, les personnes endeuillées qui participent aux études représentent en fait 5% de la population mondiale : il s'agit de personnes provenant du monde occidental, qui ont reçu une éducation, de pays industrialisés, économiquement favorisés et démocratiques. De même, les théoriciens et chercheurs sont dans 95% des cas issus de cette population humaine très spécifique : ce sont aussi des WEIRD (*bizarres, Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic*), qui font partie du '*Minority World*'. Ces caractéristiques socio-démographiques et culturelles influencent indéniablement non seulement les questions que les chercheurs se posent mais aussi les méthodes avec lesquelles ils testent leurs hypothèses ainsi que leur compréhension et interprétation des phénomènes étudiés. Cependant, dans beaucoup de cas, ces chercheurs vont estimer et tenter de généraliser leurs résultats afin qu'ils deviennent des lois « universelles », applicables aux 95% restant de la population. Ceci est aussi vrai pour les théories de l'attachement et du deuil, conçues par des auteurs de l'Angleterre coloniale d'après-guerre et ceux des Etats-Unis, où les valeurs d'indépendance, d'autonomie, d'efficacité, de productivité, de croissance sont promues.

Il s'agit d'une société occidentale dans laquelle le rôle de la médecine classique, par rapport à d'autres interventions, spirituelles ou religieuses notamment, est prévalent et qui envisage les soins comme issus des apports de la science car cela permettrait de mieux maîtriser et contrôler la souffrance, les « dysfonctionnements » humains et d'offrir un cadre permettant d'atteindre le bonheur individuel. Il s'agit donc d'une société où la mort et la souffrance sont mises à l'écart : on meurt de plus en plus à l'hôpital, la thanatopraxie permet de présenter l'apparence du mort comme s'il était vivant, assis dans son fauteuil ou endormi dans son lit. Les biais culturels s'infiltrant, implicitement, dans la manière de concevoir le deuil. Par exemple, si on examine les données empiriques sur le deuil, les modèles ont été testés très majoritairement auprès de femmes (70 à 80%). Le deuil des hommes reste un sujet d'étude peu investigué. Ces considérations relatives au manque de représentativité et d'universalité nous invitent, une fois de plus, à envisager nos connaissances sur le deuil avec humilité et prudence, en particulier lorsque l'on rencontre une personne endeuillée unique.

4. **Anthropo-sociologie de la mort et du deuil et ses variations spatio-temporelles.** Selon une perspective socio-constructiviste, la culture crée, influence, façonne, limite et définit le deuil, parfois profondément (Rosenblatt, 2001, 2008). A travers l'histoire, le deuil est aussi vécu et exprimé de manière très diverse. Le rapport à la mort et la conception de la mort évoluent selon les époques et les sociétés (Ariès, 1977). Cela s'indique par exemple par la variété des croyances religieuses et spirituelles et les rites *pré-*, *péri-* et *post-mortem* qui existent à travers le monde. L'évolution des taux de mortalité, notamment infantile, et de l'espérance de vie changent la manière de concevoir les relations familiales et sociales et donc aussi le deuil des personnes. Les données anthropologiques ont montré que, depuis environ 100.000 ans, les êtres humains sont les seuls ani-

maux à pratiquer des rites funéraires pour leurs congénères. Toutes les sociétés humaines en pratiquent, aujourd'hui encore, quelle qu'en soit la diversité. Les êtres humains sont ontogénétiquement et phylogénétiquement des êtres sociaux qui ne peuvent survivre à la naissance que grâce aux soins des autres humains de leur entourage (Archer, 2001). Ils développent donc des liens affectifs nécessaires à leur survie et en parallèle, à leur bien-être, au développement de leur identité, ainsi qu'à une conscience et une représentation du temps (qui n'est pas toujours conçue de manière linéaire), de la mort (qui n'est pas toujours représentée de manière purement biologique, comme la fin de toutes les fonctions) et une préoccupation pour ceux et celles qui décèdent, et donc ce qu'on appelle aujourd'hui un deuil. Le deuil est donc l'autre face de la même pièce, il représente le « coût » des liens affectifs et d'attachement qui ont été sélectionnés car nécessaires à la survie et au développement de l'espèce (Archer, 2001; Zech, 2019). Chaque société et chaque culture se représente et conçoit à la fois les relations et la perte de ces relations de manière différente.

Ainsi, les quatre éléments évoqués ci-dessus amènent à plusieurs conséquences pour le vécu de deuil des personnes. Celles-ci rapportent souvent qu'elles ne sont pas reconnues dans leur manière de vivre leur deuil, comme si, de facto, quelles que soient les circonstances du décès, de la perte, la nature de la relation (ex. amis, animaux), les caractéristiques de la personne (ex. trop jeune, trop âgée...) ou encore la manière d'exprimer ou non leur deuil (ex. ne pas pleurer, le faire trop ou trop longtemps), il existerait des bonnes et des mauvaises manières de « faire un deuil ». Ces injonctions peuvent être paradoxales, sommant à « avancer », à « passer à autre chose » mais aussi, en même temps, à vivre négativement la perte, alors que c'est loin d'être toujours le cas. Ceci amène aussi les personnes à se questionner sur la normalité de leurs propres réactions et, dès lors, à s'inquiéter ou se culpabiliser de ne pas vivre le deuil comme « attendu » (même dans un

cadre thérapeutique). Les personnes endeuilées peuvent alors faire face à un mur, sentent qu'elles doivent tronquer leur réalité aux yeux des autres, ou se taire (d'où aussi une impression que cela est tabou), s'isoler pour ne pas subir ces injonctions, implicites ou explicites.

Perspective humaniste centrée sur la personne

Pour clôturer la conférence, nous souhaitons faire référence aux résultats de nos recherches permettant d'ouvrir à une perspective compréhensive (plutôt qu'évaluative, interprétative, ou normative) du deuil : la perspective centrée sur la personne (Zech et al., 2021) qui est sous-tendue par quatre éléments empiriques.

1. Les réactions de deuil sont fondamentalement fonction des significations et du sens de la perte pour la personne. Les significations sont basées sur des évaluations personnelles spécifiques relatives à ses besoins, buts, valeurs, perceptions de la relation à la personne défunte, des circonstances du décès et de la vie sans le défunt, la culture, l'éducation, le contexte (Zech & Fernández-Alcántara, 2021). Ainsi, les évaluations en termes de valence, conséquence, contrôlabilité, prévisibilité, justice, responsabilité déterminent les réactions de deuil et sont un nœud de compréhension de celles-ci. Les évaluations subjectives expliquent une part très importante de la variabilité des réactions.
2. De la même manière, les manières de faire face (*coping strategies*) au deuil sont multiples (comportementales, cognitives, centrées sur les émotions ou les problèmes ou encore de recherche de sens ; individuelles, sociales ou collectives ; certains confrontent, d'autres évitent, et d'autres ne font « rien »). Ces modes d'ajustement varient dans le temps, sont utilisées selon les situations (ex. moment de la journée), les ressources ou stressors présents. Ces « stratégies » ne sont ni « bonnes » ou « mauvaises » en elles-mêmes ; les personnes les « choisissent » car ce sont celles qui seront les plus pertinentes et adéquates pour elles (Ryckebosch-Dayez et al., 2016), elles ont un sens et des fonctions (parfois inconscientes) qui ne sont pas toujours comprises, vu de l'extérieur. Par exemple, une personne va peut-être retourner travailler car cela la rapproche du défunt alors qu'une autre va le faire pour oublier la perte. Les modes d'ajustement expliquent également une part très importante de la variabilité des réactions.
3. Les manières de poursuivre (ou non) les liens au défunt sont également multiples (ex. rites et commémorations, expériences et souvenirs, aspects transmis ou partagés comme des valeurs, opinions, traits de caractères, objets, biens, ressemblance..., des projets ou rôles repris ou entrepris en l'honneur de la personne défunte, la sensation de présence (physique, symbolique, ressentie, imaginée ou rêvée), les conversations ou dialogues intérieurs avec elle). Il arrive aussi que ces liens ne soient pas ressentis. Les liens au défunt varient dans le temps, selon les époques et cultures, y compris en fonction des croyances religieuses et spirituelles. Enfin, ils peuvent être vécus et ressentis de manière différente (réconfort, tristesse, pression/stress, angoisse...).
4. Le deuil est multidimensionnel. D'abord, on pense à la multiplicité d'émotions et sentiments (détresse, tristesse, culpabi-



lité, soulagement, colère, étonnement, ...), mais aussi aux diverses sensations et potentielles répercussions physiques, aux ajustements sociaux et aux questionnements spirituels et existentiels. Ensuite, le deuil peut aussi comporter de la croissance personnelle, de l'ouverture, des changements à plusieurs niveaux, comme l'appréciation accrue de la vie, des relations aux autres, développer une spiritualité, une force personnelle, un projet de vie, qui peuvent cohabiter avec la détresse. L'évolution dans le temps de ces très nombreux aspects ne se fait pas de manière linéaire, ni de la même manière chez deux personnes. On sait que les facteurs de risques déterminent peu par exemple les trajectoires de deuil.

Tous ces éléments du deuil sont donc intrinsèquement liés les uns aux autres et montrent que le vécu de deuil d'une personne est extrêmement personnel et subjectif et qu'il peut évoluer d'une manière ou d'une autre. L'élément essentiel dans lequel s'ancrent toutes ces dimensions du deuil est le sens (qui peut aussi évoluer). Il est indispensable et essentiel d'adopter une approche holistique quand on rencontre des personnes en deuil (en tant que proche, professionnel...) prenant en compte toutes ces dimensions, centrée sur la personne qui cherche à comprendre le vécu et les significations qu'elle donne à la perte (i.e., accorder une place pour que la personne puisse déployer ses propres significations et donner du sens à son vécu).

Dans une approche compréhensive (plutôt qu'évaluative) des réactions et processus de deuil comme en Approche Centrée sur la Personne, il s'agit d'essayer de comprendre avec empathie ce qui sous-tend les réactions et les processus que la personne met en place (volontairement ou non). Plutôt que d'associer la souffrance à la pathologie, à un vécu qui doit être contré, traité, contrôlé, cette perspective envisage d'essayer de comprendre la personne dans son ensemble, de manière holistique, telle qu'elle est, sans jugement du bien ou mal-fondé de ce qu'elle vit (Zech, 2019). La présence à l'autre, réceptive et ouverte, la compréhension empathique, le respect inconditionnel de ses caractéris-

tiques, perceptions, vécus, des liens qu'elle maintient ou non à la personne défunte, de ses modes d'ajustement, des dilemmes existentiels qu'elle traverse, la mise au diapason du rythme de la personne, la confiance, la relation humaine qui s'établit et aussi, voire surtout, la congruence de l'aidant favorisent l'établissement d'une relation sécurisante et un partage d'humanité. Ce type de relation réduit la nécessité des mécanismes de défense et du sentiment de menace provenant de conditions de valeur (cf. la non-reconnaissance et les injonctions sociales précitées). Elle amène la personne à prendre conscience, à considérer et à accepter ses expériences douloureuses et menaçantes autant que ses ressources et forces à l'instant présent et à opérer des choix conscients, libres et responsables. Ces principes généraux favorisent la flexibilité psychologique, le changement et réduisent la solitude et l'incongruence chez la personne endeuillée, le conflit entre ce qu'elle pense devoir être ou vivre et ce qu'elle vit, ressent, se représente d'elle-même. Cela permet le développement de la personne dans sa globalité et en relation aux autres et au monde.

Ce type d'approche permet d'intervenir de manière adaptée à chaque personne, quel que soit son vécu et son contexte de vie. Cette approche inclut les trois piliers de l'intervention efficace mais dans une approche non pathologisante. Les valeurs humanistes sous-tendent la conception de l'être humain, de ses difficultés et ressources ainsi que des relations humaines qui prennent soin (care) et soignent (cure) et permettent le développement de la personne (Zech & Fernández-Alcántara, 2021). L'approche centrée sur la personne ouvre le champ de l'aide bien au-delà des cadres réservés au cabinet du psychothérapeute et dans une diversité de propositions thérapeutiques.

Par **Emmanuelle ZECH**, Université catholique de Louvain, Psychological Sciences Research Institute, Belgique et **Camille BOEVER**, Université catholique de Louvain, Psychological Sciences Research Institute, Belgique et Fonds de la Recherche Scientifique – FNRS, Belgique

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2022). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR (5th, Text revision ed.). American Psychiatric Association.
- Archer, J. (2001). Grief from an evolutionary perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association.
- Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Éditions du Seuil.
- Berthoud, L., Zech, E., & Brison, C. (2021). L'efficacité thérapeutique des psychothérapies centrées sur la personne et expérientielles : Validation empirique, méthodes scientifiques et apports spécifiques. In E. Zech, G. Demaret, J. M. Priels, & C. Demaret-Wauters (Eds.), *Psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle: Fondements et développements contemporains* (pp. 123-136). De Boeck Université.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression*. Hogarth.
- Bui, E., Nadal-Vicens, M., & Simon, N. M. (2012). Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: Rationale and a brief review of the literature. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 149-157. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/ebui>
- de Condé, H., Zech, E., & Willemsen, J. (2024). The person behind the therapist: A recall study on significant events that contribute to therapists' personal and professional development. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 27(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.791>
- Eisma, M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(7), 944-951. <https://doi.org/10.1177/00048674231154206>
- Freud, S. (1917/1979). *Deuil et mélancolie* (M. Bonaparte & A. Berman, Trans.). In S. Freud (Ed.), *Introduction à la psychanalyse* (pp. 189-222). Gallimard. (publication originale en 1917)
- Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie* (On Death and Dying, 1969) (C. Jubert, Trans.). Labor et Fides.
- Kuhn, T. S. (1962/2012). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 3-21). Oxford. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Tavistock Publications.
- Rosenblatt, P. C. (2001). A social constructionist perspective on cultural differences in grief. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 258-300). American Psychological Association.
- Rosenblatt, P. C. (2008). *Grief across cultures: A review and research agenda*. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 207-222). American Psychological Association.
- Ryckebosch-Dayez, A.-S., Zech, E., Mac Cord, J., & Taverne, C. (2016). Daily life stressors and coping strategies during widowhood: A diary study after one year of bereavement [Article de recherche]. *Death Studies*, 40(8), 461-478. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1177750>
- Sanders, P. (2017). Principled and strategic opposition to the medicalisation of distress and all of its apparatus. In S. Joseph (Ed.), *Person-centred therapy and mental health: Theory, research and practice* (pp. 11-36). PCCS Books.
- Stroebe, M. S. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega: Journal of Death and Dying*, 26(1), 19-42. <https://doi.org/10.2190/tb6u-4qqc-hr3m-v9ft>
- Willemsen, J. (2022). The use of evidence in clinical reasoning. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52(4), 293-302. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09544-9>
- Worden, J. W. (1982). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Routledge.
- Worden, J. W. (2002). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). Routledge.
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). Routledge.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Routledge.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International statistical classification of diseases and related health problems 11th edition* (11th ed.). World Health Organization.
- Zdanowicz, N., & Schepens, P. (2015). *Tous fous ou la psychiatrie 5.0*. Academia L'Harmattan.
- Zech, E. (2019). *Accompagner les membres d'une famille endeuillée : Avec toujours plus de présence, respect, chaleur, compréhension empathique et authenticité*. *Médecine Palliative*, 18(4), 239-242. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2019.03.003>
- Zech, E. (2020). Fin de vie et processus de deuil: La crise du COVID est venue souligner la nécessité accrue de reconnaissance, de créativité et d'humanité des soins de fin de vie et des processus de deuil. *Santé Conjuguée*, 93, 40-42.
- Zech, E., & Boever, C. (2025). Apuntes críticos sobre los modelos de intervención en duelo [Critical examination of bereavement intervention models]. In F. Cruz, M. N. Pérez, & M. Fernández-Alcántara (Eds.), *Nuevas perspectivas en el estudio, evaluación e intervención en los duelos y las pérdidas* [New perspectives in the study and evaluation of griefs and losses]. Editorial Pirámide.
- Zech, E., Demaret, G., Priels, J.-M., & Demaret-Wauters, C. (Eds.). (2021). *Psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle: Fondements et développements contemporains*. De Boeck Université.
- Zech, E., & Fernández-Alcántara, M. (2021). Les émotions dans le deuil. In O. Luminet & D. Grynberg (Eds.), *Psychologie des émotions* (2 ed., pp. 323-344). De Boeck Supérieur.