Document generated on 04/17/2024 2:51 a.m.

Santé mentale au Québec

Les aspects psychodynamiques des troubles de comportement chez le sujet sénescent et leur approche psychodynamique
Psychodynamic approach to psychodynamic aspects of behavior disorders with senescent subjects

Italo Simeone

Volume 15, Number 2, November 1990

Le réel et la mort dans la situation thérapeutique

URI: https://id.erudit.org/iderudit/031561ar
DOI: https://doi.org/10.7202/031561ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Simeone, I. (1990). Les aspects psychodynamiques des troubles de comportement chez le sujet sénescent et leur approche psychodynamique. *Santé mentale au Québec*, *15*(2), 33–46. https://doi.org/10.7202/031561ar

Article abstract

Melanie Klein's therapy is comprised of elements likely to be transposed to senescence for a better understanding of certain disorders in pathological aging. To this day, several clinical states that appear for the first time at an advanced stage in life, such as certain forms of depression, deliria or intellectual deficiency, have not been satisfactorily explained psychodynamically. The author attempts to create a new approach with a Kleinien perspective.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1990

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Les aspects psychodynamiques des troubles de comportement chez le sujet sénescent et leur approche psychodynamique

Italo Simeone*

Dans la théorie de Mélanie Klein il y a des éléments qui sont susceptibles d'être transposés à la sénescence, pour une meilleure compréhension de certains troubles du vieillissement pathologique. De nombreux états cliniques, qui font leur apparition pour la première fois à l'âge avancé, (certaines formes de dépression, de délires ou de déficits intellectuels) n'ont pas encore reçu à l'heure actuelle une explication psychodynamique satisfaisante. L'auteur tente ici une approche nouvelle grâce à l'éclairage kleinien.

«Lorsqu'on se penche sur les origines de la gériatrie contemporaine, on voit que tout a commencé par la prise en charge médicale d'une population particulièrement délaissée, voire rejetée: la gériatrie est née de la gérontophobie. (...). Le vieillard réactive chez chacun de nous une angoisse profonde; il devient le terrain où nous rencontrons la mort, pour lui livrer un combat très inégal et si nous parvenons parfois à la repousser, elle finit toujours par achever son œuvre d'anéantissement.» (J.-M. Paychère, 1984).

On peut se demander si la psychogériatrie n'est pas née, elle aussi, de la même manière, mais issue du monde psy, celui-là même qui est censé traiter les phobies.

Ce n'est que depuis ces dernières années que ces phobies commencent à être vaincues et que la psychogériatrie commence à se frayer un chemin qui est l'affirmation de son identité.

Le courant psychodynamique grossit ces flots chaque année, entre les eaux biologiques et les eaux psychosociales. On a aussi le sentiment que ces trois courants ne se heurtent pas l'un contre l'autre, comme cela

* L'auteur est Médecin-chef au Centre de Gériatrie, Institutions Universitaires de Gériatrie, Genève.

se passe souvent dans le champ psychiatrique classique, dans un climat fraternellement conflictuel.

En psychogériatrie les frontières sont moins nettes et les positions moins tranchées. À l'heure actuelle il existe heureusement beaucoup d'échanges entre les psychiatres appartenant aux différentes églises, sans oublier le dialogue constant avec les praticiens et les médecins de famille et en signalant enfin la collaboration permanente et multidisciplinaire avec tous les travailleurs gériatriques ou gérontologiques.

Peut-être est-il dû au fait que nous en sommes encore à l'enthousiasme du début. Ou plutôt parce que l'on va allègrement ensemble à la découverte du continent vieillesse encore colonisé par de vieilles histoires organiques, pour en déchiffrer ensemble le vrai langage, qui n'est pas celui d'une médecine farouchement accrochée aux lieux communs et aux stéréotypies d'usage que nous connaissons tous. Ou peut-être enfin parce que nous avons besoin d'un consensus bio-psycho-social en psychogériatrie, car ces trois dimensions ne s'excluent pas mais se complètent, à l'enseigne d'une pluridisciplinarité continue avec la médecine somatique et les données sociales dans un effort de globalité et de synthèse qui est le visage le plus vrai et le plus authentique de la psychogériatrie.

La dimension psychodynamique — la théorie de C. Balier

En me limitant à la seule dimension psychodynamique dans ce survol que je ferai, je ne peux pas oublier au départ les vues pessimistes de Freud, gérontophobe ... de la première heure, concernant les dangers, les contre-indications et les limites de la psychanalyse après 50 ans (Freud, 1904).

Son attitude (toutefois tempérée par Abraham, Ferenczi et surtout Jung, le dissident) a peut-être «gelé» par la suite tout approfondissement métapsychologique et toute pratique psychothérapeutique naissante.

Pendant plus de cinquante ans la psychanalyse s'est limitée à répéter le refrain de l'affaiblissement du Moi, les séquelles du déficit des fonctions intellectuelles du Moi et une diminution de la force de la libido d'origine organique. En cela la psychanalyse ne s'était pas détachée du modèle déficitaire traditionnel de la médecine des personnes âgées.

Ce n'est que dans cette dernière décennie que la psychanalyse commence à s'intéresser aux sujets sénescents.

L'auteur français qui a indéniablement marqué le plus ces débuts a été C. Balier, qui s'est particulièrement penché sur le problème du narcissisme. En essayant ainsi de dépasser la dialectique du conflit

intrapsychique qui ne se déroulerait plus entre le désir sexuel et leur inévitable régression à l'âge avancé.

Le vieillissement, dans la vision de Balier, devient un lieu d'équilibre dynamique fait d'investissement et de désinvestissement narcissique. L'investissement serait synonyme de vie, le désintéressement serait au contraire un facteur de destruction. Ainsi, le «vieillissement apparaît comme une antinomie entre investissement narcissique de la personne et désinvestissement destructeur, situé à la confluence de facteurs biologiques, psychologiques et d'environnement» (Balier, 1979).

La caractéristique particulière du vieillissement paraît donc à Balier comme un problème d'économie narcissique. L'isolement affectif de l'individu qui vieillit, le temps limité qui lui reste à vivre, la proximité de la mort, fait que chaque transformation de son corps, de même que chaque handicap et chaque limitation imposée par l'environnement est vécu comme une atteinte au Soi.

De même à l'occasion de nombreux événements et crises qui jalonnent le devenir du sujet sénescent, la protestation agressive peut se transformer en refus de toute aide dans un vécu abandonnique de l'existence.

D'où les connotations dépressives que nous connaissons bien et qui se conjuguent avec des comportements qui aggravent l'isolement et amènent le sujet à la «mort psychique», qui s'appelle régression, repli sur soi, apathie, syndrome de glissement, désinvestissement actif de soi-même.

L'investissement-désinvestissement narcissique se fonde sur l'opposition: narcissisme-mort. Balier nous rappelle que chez les jeunes et l'homme adulte, le narcissisme peut être comblé ou non par l'Idéal du Moi, mais c'est par rapport à l'idéal du Moi qu'il situe sa propre valeur et le rend digne d'être aimé et de s'aimer lui-même.

Le corps à l'heure de la vieillesse (qui n'est plus érotisé et devient décrépit, maladif); le repli social à l'heure de la retraite; une sagesse qui ne sert plus à rien dans ce monde qui change trop vite, deviennent des événements de dévalorisation narcissique qui provoquent le désinvestissement de soi et concourent à précipiter le sujet vers la mort.

La pathologie de l'âge avancé, comme la dépression, les manifestations délirantes, les symptomatologies névrotiques, prendrait son origine dans une défaillance narcissique.

L'apport déficitaire narcissique de l'entourage d'autre part n'aide plus à affronter l'angoisse de la mort.

On pourrait avancer avec Abraham (1986) que l'Idéal du Moi chez le vieillard est un Moi rétrograde: «... le sujet se condamnerait lui-même à n'espérer rien de moins qu'être ce qu'il a été.»

Mais pour Balier, dans la régression narcissique, le sujet ayant perdu le sentiment de sa propre valeur demande aux autres de lui en fournir la preuve. Autrement dit il demande à être aimé, plus qu'il n'est capable de s'aimer.

Balier conclut que l'équilibre et le déséquilibre entre les deux forces opposées, la pulsion de mort d'une part et le narcissisme de l'autre, définit la dynamique psychologique du sujet sénescent. La psychopathologie apparaît pour lui comme l'émergence symptomatique d'une des deux charges pulsionnelles, et une modification minime des éléments structuraux de l'équilibre peut faire basculer la personne âgée dans le fonctionnement pathologique.

Ainsi l'état somato-psychique, les relations avec le milieu environnant social ou familial, sont les éléments essentiels sur lesquels cet équilibre précaire s'appuie.

Les vues de Mélanie Klein

La vision de Mélanie Klein me semble, à l'heure actuelle, la plus prometteuse pour une meilleure compréhension psychodynamique de certains sujets vieillissants et malades, durant certaines manifestations cliniques.

Tout le monde sait que Mélanie Klein fut la disciple géniale et rebelle de Freud et il fut aussi grand dommage que celui-ci ne l'ait jamais gratifiée d'une écoute attentive. Pourtant elle a apporté, dit André Green (1986) avec emphase, «à la psychanalyse quelque chose de comparable à ce que fut la réforme de Luther par rapport au catholicisme romain».

Une idée toutefois est bien ancrée dans les esprits contemporains: que le domaine de Mélanie Klein est celui de la psychanalyse de l'enfant.

Ce serait limiter la portée de cette intuition décisive sur l'activité psychique prégénitale de ne pas l'élargir aux troubles de la sénescence, en remettant ainsi à la place qui lui appartient à cette époque de la vie à plus d'un titre, la pulsion de mort.

Tous les phénomènes psychodynamiques que nous observons dans la sénilité nous révèlent avec une grande netteté les processus qui ont eu lieu pendant l'enfance et qui ont évolué ensuite en se transformant, dans la vie adulte.

Mélanie Klein décrit chez le bébé une position dite «schizo-paranoïde que l'on observe pendant les premiers six mois et puis la «position dépressive», qui se développe dès l'âge de six mois jusqu'à la fin de la première année. Rappelons que le terme «position» n'est pas un stade transitoire, ni une pierre millaire qui jalonne la trajectoire de l'enfant,

mais il s'agit plutôt, pour Mélanie Klein, «d'un mode de fonctionnement, d'une manière d'être, c'est-à-dire d'un ensemble de relations d'objet, d'angoisses et de réponses défensives qui se maintiennent tout au long de la vie» (1952).

Cette modalité d'être et d'agir forme un scénario archaïque mais toujours présent, sous-jacent, qui accompagnera l'individu tout au long de sa vie, pour ré-apparaître soudainement lors de certains événements bouleversants. Alors l'une et l'autre de ces deux positions, selon le niveau de régression ou de fonctionnement, fera irruption et imprégnera de son vécu ancien le vécu actuel.

Ainsi chez le vieillard, de même que chez l'enfant ou l'adulte, la perte des bons objets extérieurs, fera revivre les angoisses de la perte ancienne du bon objet interne; ou bien l'angoisse surgira lorsque le Moi sera affaibli et appauvri; ou enfin quand certaines défenses habituelles céderont pour découvrir d'autres défenses parmi les plus archaïques de l'ontogenèse de l'individu.

«Aucun vécu dans le développement humain, dit Mélanie Klein (1952), n'est jamais mis de côté ni effacé. Chez l'individu le plus normal, il y aura toujours des situations qui lui feront revivre les toutes premières angoisses et déclencheront les tout premiers mécanismes de défense. Et les angoisses s'appelleront tour à tour angoisses paranoïdes ou angoisses dépressives.»

Avec le développement ultérieur, harmonieusement, les anciennes angoisses destructrices et de morcellement ou de séparation et d'abandon, céderont la place à la réparation et à la permanence du bon objet pour arriver, à la fin, à la symbolisation. C'est-à-dire que dans le développement normal de l'enfant les mécanismes névrotiques prendront la place des mécanismes psychotiques, et cette bonne intégraton formera le noyau de la personnalité future.

C'est de cette façon, qu'à travers la capacité fondamentale du deuil, on assistera à la formation de la créativité et à la naissance de la sublimation.

Mais cette intégration n'est jamais parfaite et les sujets qui n'auront pas élaboré suffisamment leurs conflits dépressifs pourront les revivre à l'âge adulte comme à l'âge avancé, ou même reculer jusqu'à des conflits plus archaïques de type projectif.

En somme l'individu, dans certaines circonstances difficiles de sa vie, pourra revenir tantôt vers le pôle psychotique, tantôt vers le pôle dépressif. Car, pour l'école anglaise Kleinienne, le point de fixation des psychoses date justement de l'époque de la première position schizoïde. Et si au cours du développement certaines circonstances de vie feront affleurer les conflits de cette époque, il y aura perte de la réalité avec l'irruption de la psychose. Tandis que, au contraire, s'il y a eu élabora-

tion au moins partielle de la position dépressive, c'est la névrose qui apparaîtra.

On peut alors supposer que dans certains cas de vieillissement psychopathologique, ces deux anciennes modalités de fonctionnement feront également surface et conditionneront la pathologie du sujet sénescent, en l'exposant à certaines formes de dépression de même qu'à certaines formes de délire.

Nous pensons ici surtout à certaines manifestations délirantes ou certains aspects dépressifs qui apparaissent pour la première fois à l'âge avancé, sans aucune autre décompensation antérieure et qui vont sous le nom de «délires tardifs» ou de «dépressions tardives».

Le sein «persécuteur». Le délire tardif — l'hypochondrie

D'après la théorie kleinienne, depuis le début, le Moi est inorganisé mais tend vers l'organisation et donc négocie les fantasmes à travers les premières relations d'objet, s'approprie la réalité, affronte l'angoisse. Depuis le début, le bébé est soumis aux pulsions de vie et aux pulsions de mort.

Sous l'impact de la pulsion de mort, le Moi échappe à l'angoisse en clivant la pulsion en deux parties: l'une qui sera projetée vers l'extérieur (vers le mauvais sein qui deviendra «persécuteur»), l'autre qui demeure à l'intérieur (et qui se manifestera par la baisse de l'agressivité dirigée vers ce même «sein persécuteur»).

C'est bien la thématique des délires tardifs qui apparaissent pour la première fois au cours de la sénescence, en ajoutant que ces projections délirantes sont toujours entretenues par un climat familial et social précaire ou renforcées par un trop-plein de solitude affective.

Il nous apparaît évident que le «fil rouge» qui relie ces délires chroniques est l'angoisse suscitée par la pulsion de mort.

«Je soutiens que l'angoisse surgit, dit Mélanie Klein, de l'action de la pulsion de mort à l'intérieur de l'organisme et qu'elle est ressentie comme une peur de l'anéantissement, en prenant la forme d'une peur de persécution.» (1952).

Il faut ajouter que si, normalement, l'angoisse naît d'une menace apparemment extérieure, le persécuteur ou les persécuteurs peuvent être ressentis aussi comme étant au «dedans», c'est-à-dire dans le corps, en faisant naître des craintes de nature hypochondriaque.

C'est surtout Rosenfeld (1976) qui a développé la psychopathologie de l'hypochondrie en affirmant que chez l'adulte des angoisses temporaires peuvent apparaître lorsque les angoisses paranoïdes précoces sont réveillées dès qu'un nouvel effort est nécessaire pour les surmonter à nouveau. Cela expliquerait, pour Rosenfeld, pourquoi les

angoisses hypochondriaques surgissent fréquemment pendant les phases de remaniement comme la puberté et la sénescence.

Le bon sein ou l'objet idéal. Le syndrome du compagnon tardif

D'autre part, le bon sein (ou l'objet idéal) est au premier âge comme au dernier le résultat du clivage de la pulsion de vie.

Une partie est projetée et cela pourra expliquer en psychopathologie de l'âge avancé le «syndrome du compagnon tardif» bien connu en clinique gériatrique: l'autre partie (de ce clivage) reste à l'intérieur et sert à tenir à distance l'objet mauvais et à empêcher sa contamination.

On pourrait voir aussi dans ce mécanisme l'«idéalisation» à l'égard d'une personne que certains sujets âgés font, tant à l'intérieur de leur environnement familial qu'au sein d'une institution gériatrique de soins. Cela pourrait expliquer pourquoi le soignant a l'impression que le patient âgé est plus gratifiant et plus valorisant que le patient adulte. Pour nous une telle demande évoque la nostalgie d'une relation parfaite et absolue: s'agit-il toujours d'une demande de dépendance sans fin et sans limites, de la nostalgie du «bon sein» jamais oublié?

Cette idéalisation, que tout psychothérapeute de personnes âgées connaît, est largement décrite par Hanna Segal (1958) tout au long de son traitement avec un patient de 73 ans: «Cet homme était inconsciemment terrifié par la vieillesse et la mort, vécues comme une punition et une persécution. En admettant ces craintes de persécution, il en arriva à admettre ouvertement sa peur de la mort, qu'il avait niée jusque-là, en exprimant le sentiment, à la fin de l'analyse, que mon idéalisation avait été sa seule protection contre la mort.»

Le morcellement du moi — la démence

Lorsque les mécanismes de défense tels que le clivage, la projection, l'identification projective ou introjective, l'idéalisation, etc. échouent car le Moi n'arrive plus à maîtriser l'angoisse sous l'impact de la pulsion de mort, dans une dernière et désespérée tentative de défense, le Moi se désintègre et se morcèle pour échapper à cette terrible angoisse.

Ce mécanisme de dissociation psychotique est normal chez le nourrisson et l'expérience est en général passagère, car «la capacité du bébé de surmonter ses états schizoïdes temporaires est à la mesure de la grande élasticité et de la grande souplesse du psychisme de l'enfant, unies à l'amour et à la tendresse maternels.»

Mais qu'arrivera-t-il si ces états doivent se répéter trop souvent pour les personnes âgées et devenir un manque d'affect jamais satisfait, sans qu'une présence chaleureuse vienne animer ce désespoir?

Ou encore, si le psychisme du vieillard n'a plus la souplesse compensatrice d'autrefois pour surmonter ses états schizoïdes?

On peut imaginer alors que la psychose s'installe avec l'anéantissement du Moi, et la démence en pourrait être le signe manifeste.

Il n'y a en effet que la démence qui réunit toutes les conditions particulières de cet éclatement du Moi. On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit là d'une défense contre la mort ou contre la peur de la mort durant un processus de vieillissement vécu comme une persécution. Le Moi éclate pour ne plus exister et ne plus éprouver cette souffrance intolérable.

La position dépressive — la perte, l'abandon, la mort

Nous arrivons enfin à la «position dépressive». Celle-ci est une forme de développement plus évolué, cette position naissant de la dépendance en raison de son impuissance à être autonome et donc de la détresse du bébé. C'est à ce moment-là que le petit enfant prend conscience de ses limites, de sa solitude et donc de sa dépendance extrême à l'égard de sa mère.

Le même processus peut se répéter pour le vieillard en ajoutant que la dépendance peut être vécue d'une manière d'autant plus humiliante que le sujet a été tout au long de sa vie indépendant et autonome.

Il ne faut pas confondre la «position dépressive» et la maladie dépressive, c'est-à-dire le syndrome psycho-pathologique de la dépression. Il s'agit là d'identités cliniques différentes tout en soulignant qu'en psychogériatrie beaucoup d'aspects dépressifs ne représentent pas de véritables dépressions cliniques au sens psychiatrique du terme.

Il faut plutôt voir là la naissance du sentiment particulier de désespoir qui imprègne le vécu existentiel de certains sujets sénescents, car ils n'ont pas réussi à élaborer normalement cette «position dépressive» dans la petite enfance. Ainsi, en n'ayant pas pu développer assez de capacité d'amour, donc de réparation et par la suite de sublimation, le Moi de ce sujet se montrera constamment pauvre et faible, en proie au sentiment constant de tout perdre ou d'avoir déjà tout perdu.

L'angoisse de perte, d'abandon et de séparation imprègne et donne une connotation particulière à la sénescence plus qu'à tout autre âge de la vie. Parce que les bons objets d'une vie humaine ne peuvent que symboliser à tous les instants le bon objet d'autrefois, aussi bien dehors que dedans. Toute perte ultérieure alors ne pourra que faire revivre l'angoisse de perdre le bon objet interne.

C'est pour cette raison que cette angoisse primordiale pourra s'accompagner de toutes les innombrables et indéfinissables angoisses déjà éprouvées dans la position dépressive. «La mort s'identifie à l'absence, à la solitude, à la faim dévorante, à la haine. Et la mort interfère constamment avec la vie, car la vie c'est la mère, la chaleur, son amour, sa tendresse.» (Jaccard, 1971).

Le traitement

Dans l'approche psychothérapeutique de ces troubles décrits, au-delà des règles habituelles de setting et d'interprétation sur lesquelles nous ne reviendrons pas, car elles se superposent en général à celles employées pour l'adulte, le problème essentiel pour le patient réside dans le fait de reconnaître, grâce au thérapeute, le caractère unitaire de ces premiers objets et donc de ces premiers affects.

La tâche du thérapeute sera de lier ensemble ces sentiments clivés d'amour et de haine, reconduire à sa seule personne (comme cela n'a pas été le cas autrefois avec la mère) ces deux affects discordants.

Ainsi il n'y aura plus d'objet clivé, il n'y aura plus de «bonne mère» et de «mauvaise mère», mais une seule mère, c'est-à-dire une globalité d'affect.

D'autre part, tout au long de la thérapie, le thérapeute aura été tellement présent et sécurisant qu'il pourra, à la conclusion du traitement, s'éloigner de son patient et définitivement disparaître, sans que la solitude réapparaisse trop cruelle, le désespoir d'être abandonné reconduit le patient à son ancienne détresse.

L'élaboration ultime de ce travail psychothérapeutique va s'enchaîner au fond à ce qu'est le travail primordial du vieillir, c'est-à-dire «s'engager dans les transformations de soi-même qui seules permettront de s'adapter» (Abraham, 1986).

Ce processus fondamental nous apparaît obligatoirement passer par le deuil. Car il est notoire que la sénescence est l'époque des pertes au fil des jours, des mois, des années.

Peut-être vieillir devient de plus en plus difficile actuellement, plus que cela n'a été le cas dans les temps précédents, où vieillir était un processus «rare», qui se déroulait (on se plaît en tout cas à se l'imaginer ainsi dans la nostalgie du «paradis perdu») dans un cadre naturel, chaleureux et parfaitement écologique.

Mais dans cette aube du troisième millénaire et de guerre des étoiles, un tiers de la vie s'appelle «sénescence» et la vieillesse devient un mot nouveau qui ne recouvre pas tous les synonymes du passé.

L'apprentissage de la vieillesse devient un apprentissage essentiel et difficile car, de surcroît, «on devient vieux de plus en plus jeune».

Vieillir c'est apprendre à mourir. Apprendre à mourir et à vieillir c'est accepter la vieillesse, avec ses avantages et ses désavantages. Beaucoup de personnes vieillissantes n'y voient que des désavantages. Surtout ceux qui ont confondu auparavant «l'avoir et l'être».

Si dans la première phase de la vie humaine, la croissance est identifiée à «l'avoir», la suite du devenir de l'homme devrait faire émerger «l'être». «En étant on ne peut pas perdre soi-même» dit Fromm (1977).

Certaines personnes arrivent à élaborer la perte, à la remplacer par d'autres objets, intérieurs et extérieurs, d'autres investissements. Mais chez un grand nombre de personnes âgées, la perte dans le vécu quotidien amène aussi à une réactivation des pertes anciennes, qui ont été assez souvent mal élaborées à ce moment-là.

À revivre en somme les anciens sentiments d'amour qui coexistaient avec les sentiments de haine qui seuls sont restés par la suite. Ou au contraire (toujours à propos de la perte actuelle) éprouver à nouveau les anciens sentiments de haine qui ont été par la suite refoulés.

Nous voici au cœur de notre action thérapeutique: faire lier ces deux affects clivés.

Pour que l'élaboration de la perte ou des pertes, qui est au fond le travail du vieillir en vue de l'adaptation demandée, puisse se faire enfin sans entraves psychiques.

Seule la présence du thérapeute peut faire revivre la chaleur présente ou absente de la mère d'autrefois.

En langage freudien on parlerait naturellement de «castration», c'est-à-dire de réactivation dans l'actuel de l'ancienne angoisse de castration. Mais il ne faut pas oublier que pour Freud l'angoisse de castration est soutenue par celle plus ancienne de séparation.

C'est à ce registre très archaïque que nous nous référons lorsque nous abordons chez la personne âgée le traitement des délires, de la démence ou de certaines dépressions qui ne recouvrent pas la notion nosologique classique que nous avons l'habitude de traiter en psychiatrie.

Le transfert et le contre-transfert

Dans le traitement psychothérapeutique des personnes âgées émergent naturellement plusieurs problèmes liés au transfert et encore davantage au contre-transfert. Ces derniers peuvent devenir des problèmes majeurs au cours d'un traitement.

Le psychothérapeute peut ressentir une grande difficulté à poursuivre un traitement commencé, car les difficultés surgissant (pour de multiples raisons somatiques, psychiatriques, sociales et en général

urgentes), peuvent paraître énormes et infranchissables pour le bon déroulement d'une thérapie «normale».

Mme Quinodoz, psychanalyste, qui anime depuis des années un séminaire de contrôle de psychothérapies d'inspiration analytique pour les personnes âgées au Centre de Gériatrie à Genève, explique ainsi le processus d'une des difficultés majeures: «Un autre mécanisme qui nous a surpris par sa fréquence lors des cures de personnes âgées est celui de l'«identification projective»: or cela demande au thérapeute d'être attentif à utiliser ce que Gromberg (1985) appelle la «contre-identification projective». En effet si le thérapeute ne repère pas que le patient utilise l'identification projective, il a très vite fait de se laisser entraîner par lui dans une relation circulaire agressive ou angoissante. Ce mécanisme, qu'on peut trouver à n'importe quel stade de l'existence, a été décrit en premier par Mélanie Klein en 1946, chez le bébé avant le langage.» (Quinodoz, 1986).

C'est-à-dire qu'il est normal et habituel que le petit enfant ressente des malaises qu'il est incapable d'expliquer verbalement, mais qu'il exprime toutefois par des pleurs à sa mère. Or, si cette dernière est suffisamment sereine et attentive, elle peut interpréter correctement les pleurs de l'enfant et répondre à sa demande. Si au contraire la mère est angoissée par d'autres conflits, elle aura de la peine à comprendre la demande de l'enfant. Il s'en suit alors que les pleurs du bébé ne pourront que l'angoisser davantage, incapable qu'elle est de les faire cesser. Ainsi la détresse de l'enfant se communique à la mère qui à son tour s'angoisse davantage et transmet son désarroi amplifié à l'enfant.

Le sujet sénescent transmet au psychothérapeute beaucoup d'angoisse, de désespoir, de mort. Les pleurs, apparemment confus, du «bébé âgé» s'appellent tour-à-tour solitude, apathie, désespoir, mort, souffrance somatique, dans son jeu de kaléidoscope qui s'amplifie à l'infini.

Toutes ces raisons amènent le thérapeute, qui se sent à un moment donné de la thérapie complètement impuissant et démuni, à se demander: «À quoi bon continuer le traitement?»

Par exemple le malaise somatique toujours là, prêt à envahir la scène psychothérapeutique: la crise hypertensive, les douleurs articulaires aiguës dans leur chronicité, la chute catastrophique ou le téléphone urgent pour mille raisons importantes, la demande d'une hospitalisation immédiate, la demande qui affleure sans cesse de médicaments...

Le psychothérapeute est plongé dans l'anxiété du doute: s'agit-il d'un acting-out, qu'il faut interpréter? Il faut banaliser ou faut-il donner suite à cette demande d'urgence médicale? Il faut hospitaliser le ven-

dredi soir, au moins pour le week-end, ou se forcer à être rassurant comme d'habitude?

Ou encore l'oubli de la séance par le patient, son intime conviction que ce traitement ne l'améliore pas, qu'au contraire le somnifère qu'il prenait avant le faisait mieux dormir...

Et si la psychothérapie a lieu dans un hôpital général ou dans une structure institutionnelle de long séjour, ces mêmes réserves sont amplifiées par tout le personnel soignant qui ne laisse pas échapper en même temps l'occasion d'exprimer ses réticences vis-à-vis du psychiatre.

Voici les quelques dangers qui guettent le psychothérapeute à un moment ou l'autre de sa thérapie et qui l'amènent à se poser sérieusement la question: est-ce que cela vaut la peine de continuer?

Voici les questions qui hantent la thérapie des personnes âgées et si une réponse satisfaisante ou gratifiante ne vient pas soulager l'anxiété du thérapeute, celui-ci va arrêter le traitement, en se sentant impuissant à continuer tellement la tâche lui paraît plus ardue à chaque séance, en découvrant des difficultés nouvelles qu'il n'avait pas prévues lors de l'évaluation initiale. Au fur et à mesure qu'il avance dans cet océan inconnu fait de mort, d'anéantissement, de fragilité et souffrance sans fin, et que de surcroît le jeune thérapeute serait tenté d'appeler plus que maladie, vieillesse.

Heureusement souvent la seule retenue pour le thérapeute de passer à l'acte, c'est-à-dire interrompre le traitement, est la confiance que le patient lui fait et son attente d'aide.

«Si le thérapeute a compris que ce sentiment perçu en lui est en fait celui dont le patient souffre sans le connaître, il est sur le chemin de comprendre comment répondre à son patient et la communication devient de plus en plus vivante à mesure que le thérapeute arrive à verbaliser, grâce à ce qu'il perçoit en lui, les affects si importants pour son patient. Chaque thérapeute a pu retrouver au cours de la psychothérapie que le patient avait revécu dans le transfert des affects trop culpabilisants pour qu'il puisse en prendre connaissance sans passer par la projection dans l'analyse.» (Quinodoz, 1986).

En effet ce n'est qu'ainsi, dans le transfert, que le patient peut revivre ses premiers affects par rapport à l'objet, qu'il pourra les revivre et les élaborer et dépasser ainsi les sentiments inconscients qui s'y trouvaient rattachés.

«Le patient pourra ainsi revivre dans le transfert une forme précoce de communication avec ses premiers objets, et grâce à ces liens, retrouver, être moins angoissé par des sentiments que, souvent par culpabilité inconsciente, il ne pouvait pas reconnaître en lui.» (Quinodoz, 1986).

Conclusion

Il m'est apparu important de souligner quelques points essentiels qui apparaissent dans l'approche psychothérapeutique de certains tableaux psychopathologiques de la sénescence.

Bien entendu, le fait d'avoir privilégié ces points précis dans cette réflexion, ne doit pas faire oublier que bien d'autres difficultés existent.

De même que d'autres aspects psychodynamiques, qui n'ont pas été abordés ici, apparaissent couramment dans la clinique et dans le traitement.

Qu'il me soit permis d'exprimer ici ma gratitude pour le travail d'élaboration et de recherche du Séminaire de contrôle des psychothérapies d'inspiration analytique du Centre de Gériatrie déjà susmentionné, qui continue vaillamment son rôle de pionnier dans ce domaine encore inexploré par la psychodynamique de la psychothérapie des sujets âgés.

Références

ABRAHAM, G., 1986, Pour une psychothérapie de l'âge avancé: peut-on soigner le vieillissement?, *Psychothérapies*, *4*, 205-210.

BALIER, C., 1979, Pour une théorie narcissique du vieillissement, *L'information psychiatrique*, *55*, 635.

BALIER, C., 1984, La relation psychothérapique avec la personne âgée in Simeone, I., Abraham G., eds, *Introduction à la psychogériatrie*, Simep, Villeurbane/Masson, Paris.

FREUD, S. (1904), 1953, De la psychothérapie in *La technique psychanalytique* (traduit par A. Berman), P.U.F., Paris, 9-22.

FROMM, E., 1977, *Avere o essere?*, Éd. Mondadori, Milano.

GODA, G., 1984, Comment envisager une psychothérapie à l'âge avancé in Simeone, I., Abraham, G., eds, *Introduction à la psychogériatrie*, Simep. Villeurbanne/Masson, Paris, 172-178.

GREEN, A., 1985, Trop, c'est trop! *in Mélanie Klein aujourd'hui*, Ouvrage collectif, Éd. Césura, Lyon, 93-102.

JACCARD, R., 1971, *La pulsion de mort chez Mélanie Klein*, Éd. L'Âge d'Homme, Lausanne.

KLEIN, M., 1968, Notes sur quelques mécanismes schizoïdes (1952) in Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., Rivière, J., *Développements de la Psychanalyse*, P.U.F., Paris, 275-300.

PAYCHÈRE, J.-M., 1984, Réflexions à propos de la gérontologie in Simeone, I., Abraham, G., Eds, *Introduction à la psychogériatrie*, SIMEP, Villeurbanne/Masson, 86-89.

QUINODOZ, D., 1987, Psychothérapies des personnes âgées, *Psychothérapies*, n° 3, 151-158.

ROSENFELD, A.H., 1976, *États psychotiques*, P.U.F., Paris.

SEGAL, H., 1958, Fear of death: Notes on the analysis of an old man, *International Journal of Psychoanalysis, 39*, 178-181.

SIMEONE, I., 1986, *Mélanie Klein au pays de la gériatrie*, 3e Congrès de l'Association internationale de Gérontologie psychanalytique, Lyon, 6-7 juin.

Summary

Melanie Klein's therapy is comprised of elements likely to be transposed to senescence for a better understanding of certain disorders in pathological aging. To this day, several clinical states that appear for the first time at an advanced stage in life, such as certain forms of depression, deliria or intellectual deficiency, have not been satisfactorily explained psychodynamically. The author attempts to create a new approach with a Kleinien perspective.