

# Le transfert n'a pas d'âge : indications et modalités de la psychothérapie du sujet âgé

*Transference doesn't belong to any age: indications and modalities of psychotherapy with the elderly*

P.M. Charazac\*

Nombreux sont les psychothérapeutes qui ont pris en charge au moins une fois dans leur carrière un patient très âgé et estiment que cette expérience fut de part et d'autre enrichissante, mais rares sont encore ceux qui développent les indications de la psychothérapie des sujets âgés. Cette réticence tient davantage aux singularités de la demande des patients âgés, de leur situation existentielle et du contre-transfert qui en résulte qu'à des difficultés techniques spécifiques. L'âge civil fait le lit des résistances du patient toujours prompt à l'utiliser comme argument contre le changement. K. Abraham estimait déjà en 1920 que la réussite ou l'échec de la cure analytique dépendait plus de "l'âge de la névrose" que de celui du névrosé (1).

## Une définition large

La définition de la psychothérapie du sujet âgé dépasse la distinction classique entre l'acte et la technique psychothérapique, dans la mesure où les cadres les plus éprouvés sont remis en cause par la diversité des conjonctures rencontrées. Si la psychothérapie demeure le fait d'agir sur le psychisme par des moyens psychologiques et non médicamenteux, en revanche le psychothérapeute peut être amené, par exemple, à se déplacer pour ne pas interrompre la prise en charge d'un patient immobilisé chez lui ou hospitalisé pour une certaine durée.

Des démarches telles que l'accompagnement de l'annonce du diagnostic d'une affection dégénérative ou de l'entrée en fin de vie ne doivent pas être écartées de la psychothérapie sous prétexte qu'elles n'entrent dans aucun cadre préétabli. Il est évident qu'elles réclament une action psychothérapique, même si elles représentent pour le médecin, le psychologue ou le soignant un type d'intervention inhabituel.

En contrepartie, une telle ouverture complique encore davantage le problème de l'évaluation de ces psychothérapies. Alors que l'une des objections majeures faites aux protocoles actuels est qu'ils sélectionnent des patients sans rapport avec la polypathologie, la polymédication et les situations complexes de nos patients habituels, inclure dans les "traitements non médicamenteux" l'accompagnement de fin de vie et les consultations thérapeutiques de couple ou de famille c'est aller au devant de difficultés supplémentaires. Cette ouverture n'en est pas moins conforme aux intérêts et aux attentes des patients.

## Le transfert

Son approche demande elle aussi à être révisée dans la mesure où il revêt des formes inaccoutumées pour le thérapeute habitué à travailler avec des adultes plus jeunes. Au lieu de débusquer le transfert dans



\* Psychiatre honoraire des hôpitaux, psychanalyste (Société psychanalytique de Paris, Association psychanalytique internationale), Lyon.

## Mots-clés

Sujet âgé  
Transfert  
Contre-transfert  
Psychothérapie  
Fin de vie

## Points forts<sup>+</sup>

- » Les principes de la psychothérapie du sujet âgé ne concernent pas seulement les techniques spécialisées mais s'appliquent également à la psychothérapie de soutien et à l'accompagnement en fin de vie qui exigent la même qualité d'écoute et de présence, y compris dans sa continuité.
- » Le transfert du patient âgé, en tant que demande d'amour et d'écoute, est d'autant plus immédiat et massif que le sujet subit la carence affective induite par la vie en établissement gériatrique. En contrepartie, l'analyse du contre-transfert ne doit écarter ni les sentiments négatifs ni les interactions attribuées à l'état somatique ou aux impératifs institutionnels.
- » Le patient âgé n'attend pas forcément de nous des réponses aux questions difficiles que lui posent la vieillesse et l'approche de la mort mais il a besoin de se sentir écouté lorsqu'il énonce ces questions, surtout lorsqu'il entre en fin de vie.

### Highlights

- » *The psychotherapy of elderly encloses the psychological support and the treatment of patients at the end of life which both require the same quality of listening and continuity just as any other does.*
- » *Transference as demand of love and listening is immediate and massive, especially due to lack of attachment in geriatric institutions. The analysis of counter-transference must not keep away negative feelings neither interactions imputed to somatic troubles or institutional requirements.*
- » *Patients don't ask necessarily for answers to their questions about dying and death but need to feel listened, above all at the approach to the end of their life.*

### Keywords

Elderly  
Psychotherapy  
Transference  
Counter-transference  
End of life

les images d'un rêve, il s'agit d'y penser devant des éléments cliniques évidents trop vite attribués à une cause organique. Tel patient va cesser de s'alimenter ou, au contraire, reprendre soudain goût à la vie, tel autre montrera une perte inexplicable de ses moyens ou le retour inattendu d'un symptôme somatique. Quelle que soit sa technique, le thérapeute est l'objet d'un surinvestissement qui reflète d'une part les positions identificatoires inconscientes du patient, qui lui adresse en outre une demande affective considérable, surtout s'il vit en établissement. Sous l'effet de la régression induite par la disponibilité du thérapeute, l'imaginaire infantile s'empare de la relation présente en y déployant ces images parentales bénéfiques ou redoutées que sont les imagos. En institution, le transfert se traduit par le désir du patient d'avoir l'exclusivité de l'attention du thérapeute ou du soignant et de contrôler ce que ce dernier est supposé donner aux autres, qui sont ressentis comme des rivaux. C'est aussi pour le patient une manière de se rassurer sur la prise qu'il conserve sur le monde et, par conséquent, de regagner une meilleure estime de soi.

Il ne faut pas prendre au pied de la lettre les réflexions désabusées de ces patients sur l'ambition qu'ils nous prêtent de les rajeunir ou d'effacer les blessures de leur passé, mais les regarder elles aussi du point de vue de l'infantile. Comme les rationalisations concernant sa propre mort, de tels espoirs, même tournés en dérision, existent dans l'inconscient et sont nécessaires à la restauration du narcissisme. C'est une raison supplémentaire de ne jamais se fier au rapport d'âge, quoi qu'en disent les patients.

### Le contre-transfert

En psychothérapie, le contre-transfert désigne l'ensemble des manifestations émotionnelles, psychiques et comportementales qu'un patient suscite chez son thérapeute, y compris lorsqu'il s'agit de détachement ou d'ennui. Mais il vise également le conflit interne que le thérapeute projette sur son patient, en particulier son propre rapport au manque, à la perte et à la mort.

Le travail que le thérapeute mène sur son contre-transfert ne doit rien écarter de ce qu'il éprouve

en séance et dans l'intervalle des séances, sous le prétexte que ce serait un élément accidentel prétendument extérieur à la psychothérapie. Cette règle s'applique particulièrement en milieu institutionnel où les sources de déni, de clivage et de déplacement ne manquent pas. Au lieu d'ignorer les difficultés de l'écoute et du travail, ou de les traiter comme contingentes et accessoires, l'analyse du contre-transfert les considère comme de précieux indices de ce que le patient veut, consciemment ou non, faire vivre au thérapeute.

On ne saurait trop insister sur l'importance du contre-transfert dans un domaine clinique où la vocation, la prédilection ou la satisfaction professionnelle ont tout lieu d'être regardées comme relevant de réactions à une contrainte interne de l'ordre du déplaisir ou du rejet de l'identification. Il n'y a pas de raison que l'âgisme s'arrête à la porte des établissements gériatriques. Ses origines psychiques sont universelles et, plutôt que de le déplorer, mieux vaut se demander ce que nous faisons de notre ambivalence vis-à-vis de ce qu'incarnent ces patients douloureux, diminués et parfois proches de la mort.

### La relation transféro-contre-transférentielle

Dire que le transfert n'a pas d'âge c'est signifier que sa puissance croît au fur et à mesure qu'augmente la dépendance réelle et qu'il ne tient compte ni de l'âge ni de tout autre caractère objectif de celui qui en est le destinataire. Il peut viser n'importe quel membre de l'équipe ou de l'entourage qui y répond, sans en avoir toujours conscience, en l'acceptant ou en le refusant.

Cet investissement constitue pour son auteur et son destinataire une contrainte en termes de présence et d'écoute qui va bien au-delà du cadre ordinaire d'une psychothérapie. Les émotions et les fantasmes que le transfert suscite chez son dépositaire appartiennent aux 2 protagonistes de la relation. Mais plus le sujet entre en fin de vie, plus il devient difficile de les différencier l'un de l'autre. À l'extrême, dans le travail de trépas, le sujet ne peut envisager sa mort qu'à travers la représentation que le thérapeute se donne de sa propre mort.

## L'écoute du patient

Bien qu'elle entre dans le contre-transfert, l'écoute mérite un développement particulier. Parmi les facteurs susceptibles de la déformer ou de l'empêcher figurent le diagnostic médical et le clivage psychésoma qu'il entretient, les représentations collectives associées aux mots "démence" et "Alzheimer", le refus d'entendre la parole du parent, dans lequel l'entourage tend à entraîner les soignants, et des raisons institutionnelles telles que le manque de moyens ou la durée de séjour imposée.

En psychothérapie d'adulte, le temps ne nous est pas compté, assurés que nous sommes que ce qui n'a pas été clairement entendu dans une séance se représentera un jour ou l'autre. Il en va tout autrement avec les patients âgés, en particulier avec ceux qui sont atteints de la maladie d'Alzheimer et/ou entrent en fin de vie. L'écoute revêt pour eux une importance vitale, en ce sens qu'un appel qui n'a pas été entendu peut être définitivement perdu pour son destinataire comme pour celui qui l'a lancé, parce que ce dernier n'est déjà plus en mesure de le répéter. Telles sont la signification et la portée du syndrome de glissement et du signal d'entrée en fin de vie. Le premier s'enclenche après le classique intervalle libre correspondant au moment où l'entourage, estimant le parent guéri de l'affection qu'il a récemment présentée, cesse d'être à son écoute. Le second est à l'origine d'un contresens dramatique, quand l'entourage n'entend pas un signe d'entrée en fin de vie et le traite comme un trouble du comportement à supprimer.

## Psychothérapies individuelles

### Techniques

La psychothérapie analytique s'adresse fréquemment à des patients en ayant déjà connaissance par eux-mêmes ou par un proche, et qui conservent un bon niveau verbal. Leur demande est plus motivée par la difficulté d'accepter un aspect de la vieillesse, par exemple le veuvage, que par un symptôme précis. Elle pose la question du terme de la psychothérapie : soit patient et thérapeute conviennent assez tôt et d'un commun accord d'une limite, soit le thérapeute laisse le patient libre d'en décider, l'essentiel étant de pouvoir travailler la question de la séparation. Les thérapies cognitivo-comportementales reposent sur l'évaluation des comportements posant problème au patient, de sa motivation et de ses moyens à la fois cognitifs et exécutifs, puisqu'il lui faudra accom-

plir un programme de tâches graduées, de courte durée (15 à 20 séances), auxquelles un traitement médicamenteux est fréquemment associé.

### Applications

L'accompagnement du patient en perte d'autonomie crée des interactions avec des tiers qu'il n'est pas aisé de replacer dans le processus psychothérapique. Les séances à domicile sont particulièrement exigeantes quant au respect du cadre de la relation. En institution, la psychothérapie individuelle doit s'articuler avec le reste de la prise en charge, mais l'on oublie souvent la réciprocité et il n'est pas rare qu'une date de sortie soit fixée sans même que le psychothérapeute en soit averti. Dans tous les cas, plus la dépendance s'affirme, plus la cothérapie s'impose avec le médecin traitant, le gériatre ou le médecin coordonnateur.

### Psychothérapie de soutien

Avec le sujet âgé, elle se révèle à la fois plus déterminante et contraignante qu'il n'y paraît, dans la mesure où ce sont l'implication personnelle du médecin et la régularité de sa présence qui en font l'efficacité. Que le style du praticien soit plutôt réparateur et maternant ou directif et paternel, il doit se sentir responsable de la continuité matérielle et psychique de la relation. À la différence des psychothérapies précédentes, la psychothérapie de soutien ne comporte pas a priori de limite temporelle, ce qui n'exclut pas qu'elle se mue parfois en accompagnement de fin de vie.

## Psychothérapies de groupe

### Groupes de parole

Les groupes de parole produisent des identifications favorisant l'intégration des angoisses et des affects individuels. Selon B. Verdon (2), le psychologue qui dirige ces groupes doit faire respecter 2 règles essentielles : celle de la liberté de parole, face aux inhibitions et aux interdits paralysant certains patients, et celle de l'abstinence, qui autorise néanmoins des contacts physiques ponctuels, du type d'un geste apaisant de la main. Ses thématiques habituelles sont la famille, l'école, l'activité professionnelle, la guerre, la mort, les fêtes et la vie de l'établissement.

### Groupes à médiation

Très répandus en milieu institutionnel, ils utilisent pour médiums la lecture, l'écriture, la peinture, l'écoute musicale, le chant, les marottes ou la photographie. Leur référent peut être un membre de l'équipe soignante, un ergothérapeute ou un art-thérapeute (3). Ils s'adressent à des patients ou des résidents qui seraient trop en difficulté dans la prise de parole en groupe. Leur recrutement tient également compte des ressources cognitives et physiques exigées par le médium. Ils se prêtent à un fonctionnement séquentiel centré sur la réalisation d'une tâche durant une série de séances fixées d'avance.

### Groupes de familles ou de conjoints

Les structures de soins (hôpitaux de jour), de consultation (centres mémoire) et d'hébergement (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ephad]) proposent aux aidants familiaux des réunions centrées sur la maladie de leur proche, leurs difficultés quotidiennes, les aides existantes ou la vie de l'établissement. Sous couvert d'un programme éducatif centré sur la maladie, les besoins du malade et les services accessibles à l'aidant, ces groupes procurent souvent un accompagnement proche de la guidance.

## Psychothérapies du couple et de la famille

### Principes généraux

Chacune des 2 grandes écoles existantes, l'analytique et la systémique, apporte un éclairage intéressant au clinicien et à l'équipe en difficulté avec un conjoint ou une famille, en distinguant la structure de base du couple ou du groupe et l'état de crise provoqué par la dépendance ou le placement. Cependant, si les crises familiales sont fréquentes en gériatrie, les indications de l'une ou l'autre de ces techniques y sont plus rares qu'en pédopsychiatrie ou en psychiatrie générale. De même que la consultation familiale ou conjugale combine l'entretien d'investigation et la démarche thérapeutique, la frontière entre la thérapie et la guidance n'est pas toujours nette. D'où des effets d'empiètement ou de clivage facilement interprétés comme des manipulations ou des mises en échec intentionnelles, et qui réclament à la fois rigueur et prudence.

### L'entretien familial

À partir de la maladie du parent et du rôle de la famille dans son aide et ses soins, l'entretien replace la situation actuelle dans l'histoire du groupe en intégrant les deuils, les maladies et les traumatismes qui ont pu l'affecter. L'écoute analytique tente de percevoir le fonctionnement du groupe à travers les défenses occupant le devant de la clinique et du discours commun, en y situant la place respective de l'ambivalence et de la culpabilité d'une part, des fantasmes narcissiques d'omnipotence ou de destruction d'autre part. Mais si la décision de placement éveille des angoisses spécifiques, l'entretien familial suscite en retour des espoirs ou des illusions pouvant être suivis de déception ou d'hostilité (4). Il peut conduire à orienter vers un centre de guidance, vers une équipe de thérapeutes familiaux ou à conseiller à un enfant une démarche psychothérapeutique individuelle.

### Le travail avec le couple

Alors que le conjoint occupe une place de plus en plus importante dans l'aide et le maintien à domicile, il reste relégué au second plan, quand il n'est pas absent pour cause d'hospitalisation ou parce que les enfants ont jugé sa présence inutile. Le couple âgé possède sa propre dynamique comportant des investissements narcissiques, des facteurs de crise et ses représentations de la séparation et du deuil. Le conjoint aidant a besoin d'être écouté pour surmonter sa culpabilité et ses défenses. En pratique, il est préférable de demander aux enfants de laisser les thérapeutes commencer par avoir quelques entretiens avec le couple.

## La psychothérapie institutionnelle

Pour ses créateurs, la pratique de la psychothérapie en milieu institutionnel doit s'accompagner de l'analyse du fonctionnement de l'institution, y compris de sa participation aux symptômes des patients. Dans le cas de l'institution gériatrique, cette démarche s'appuie sur la réunion d'équipe et la réunion entre soignants et résidents, l'une et l'autre hebdomadaires.

Il y a une trentaine d'années sont apparus les premiers lieux de vie réservés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le projet de ces unités bapti-

sées cantous était de confier un nombre restreint de résidents à une maîtresse de maison et des auxiliaires de vie pratiquant des activités à visée sociothérapique. Entre-temps ont été créés d'autres types d'unités Alzheimer (unités de soins de longue durée [USLD], unités d'hébergement renforcées [UHR], unités cognitivo-comportementales [UCC]) dont le projet a sensiblement évolué, puisqu'elles s'adressent désormais aux patients déments dits difficiles. Dans le cas des unités de courte durée, il ne s'agit pas de comprendre les seuls symptômes comportementaux du patient mais aussi d'appréhender les difficultés rencontrées par le milieu de vie dans lequel il doit retourner, avec lequel l'équipe doit aussi avoir le souci de travailler.

L'animation a pour objectif d'entretenir ou de restaurer le lien social des personnes âgées. Ce n'est pas la nature d'une activité qui la fait automatiquement classer en animation ou en thérapie, mais la formation de la personne qui la dirige. La lecture du journal ne se déroulera pas de manière identique avec un bénévole et avec une infirmière formée aux techniques de groupe.

## Le soutien psychothérapique du sujet dément

La psychothérapie vise à soutenir le narcissisme d'un patient qui se détériore et dont on ne sait pas guérir la maladie.

Aux premiers stades, il est encore possible de faire appel à ses ressources symboliques pour lui permettre d'exprimer son angoisse et sa dépression, au lieu de simplement les supprimer. Aux stades ultérieurs, le thérapeute fonctionne comme un moi auxiliaire qui prête sa capacité de verbalisation et de liaison à un patient s'exprimant de plus en plus par l'unique registre du comportement. Il travaille en cothérapie avec le psychomotricien, le kinésithérapeute et les soignants animant des groupes centrés sur la cognition, la sensorimotricité ou la créativité. Au dernier stade, la sociothérapie et certaines techniques comme la peinture sont encore applicables, mais le thérapeute travaille par aidant ou soignant interposé, ce dernier communiquant avec le patient sur un mode essentiellement non verbal, centré sur les besoins et les sensations corporelles.

Ce parcours suit les étapes de la psycholyse décrite par G. Le Gouès, avec une économie psychique où, les affects prenant le relais des représentations défaillantes, l'investissement pulsionnel mobilisé par l'entretien psychothérapique reste un certain temps capable de relancer les processus symboliques du patient (5). Du point de vue éthique, si le thérapeute n'est pas toujours assuré des résultats du travail qu'il entreprend, au moins peut-il être sûr que, s'il attend trop pour l'entreprendre, son patient ne pourra plus jamais en bénéficier.

## Le travail de trépas

En s'appuyant sur une publication de J. Norton (6) et sur un cas personnel, M. de M'Uzan (7) a décrit sous le nom de "travail de trépas" le mouvement d'expansion libidinale et de surinvestissement objectal que déclenche chez un sujet la survenue du signal de fin de vie. Ce "travail de trépas" exige de la part du thérapeute ou de la personne de l'entourage choisie comme "objet clé" une disponibilité absolue, allant jusqu'au sentiment qu'il doit "faire don de sa propre vie au patient".

À l'origine de ce processus, le psychisme recevrait un signal analogue aux informations biologiques destinées aux récepteurs cellulaires. Pour transformer ce signal en message, c'est-à-dire lier ce qui n'est au départ qu'une excitation d'origine interne à des représentations pouvant être mises en mots, en paroles, le sujet a besoin de la présence d'une personne réelle perçue comme disponible et capable de combler ses besoins, "ce qui signifie profondément qu'elle [cette personne] accepte qu'une part d'elle-même soit incluse dans l'orbite funèbre du mourant". Qu'il soit un proche, un médecin ou un soignant, l'objet clé est appelé à former avec le patient une dyade comparable à celle de la mère et du nouveau-né, "une sorte d'organisme, presque un corps indépendant. Tout mouvement affectant l'un des protagonistes se répercute et s'amplifie chez l'autre".

S.A. Josserand a décrit les avatars du travail du trépas en milieu institutionnel, en montrant les impasses comportementales dans lesquelles s'engage le sujet lorsque l'équipe soignante, refusant d'entendre son appel, le contraint à rechercher cet objet transférentiel spécifique (8).

## Références bibliographiques

1. Abraham K. *Le pronostic du traitement psychanalytique chez les sujets d'un certain âge (1920)*. Œuvres complètes, 2. Paris : Payot, 1996:92-6.
2. Verdon B. *Groupe de parole en clinique gériatrique. Fondements, objectifs et applications*. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2010;53: 185-202.
3. Laurin P. *Intervention artistique dans un service de gériatrie. Un atelier d'art-thérapie pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer*. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2004;4(19):29-40.
4. Charazac P. *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*. Paris : Dunod, 1997.
5. Le Gouès G. *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris : PUF, 1991.
6. Norton J. *Treatment of a dying patient*. *Psychoanal Study Child* 1963;18:541-60.
7. De M'Uzan M. *Le travail de trépas. De l'art à la mort*. Paris : Gallimard, 1997:182-99.
8. Josserand SA. *Le vieillard, ses soignants, l'institution gériatrique et la mort. Du signal au message verbal de mort à venir ou le travail de trépas entre la dépression et le déni*. *L'Information Psychiatrique* 1998;74(8):771-84.