



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE PSYCHOLOGIQUE

L'accompagnement du deuil du conjoint chez le sujet âgé par l'Intégration du Cycle de la Vie



Lifespan Integration therapy to support the elderly mourning the loss of their spouse

E. Binet

Université Paris V, 138, boulevard du Montparnasse, 75014 Paris, France

Disponible sur Internet le 16 mars 2016

MOTS CLÉS

Couple ;
Deuil ;
Dépression ;
Intégration du Cycle de la Vie ;
Psychothérapie ;
Sujet âgé

Résumé Le deuil d'un conjoint est une expérience qui peut induire une forte comorbidité chez la personne âgée. De là, l'intérêt de considérer comment la psychothérapie Intégration du Cycle de la Vie (ICV) ou Lifespan Integration peut diminuer, par un nouvel équilibre entre le passé et le présent, la détresse et l'expérience de perte ressentie. À la suite d'une revue de la littérature sur le deuil du conjoint chez le sujet âgé et ses conséquences physiques et psychologiques, l'utilisation de la psychothérapie ICV sera mise en avant en illustrant par un cas clinique les éléments pivots du processus thérapeutique, plus particulièrement les effets de la répétition de la ligne du temps du patient.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Lifespan Integration;
Elderly;
Couple;

Summary The experience of losing a spouse can lead to considerable comorbidity for the widowed elderly, hence the interest of exploring how Lifespan Integration (LI) therapy can reduce suffering and the feeling of loss by establishing a new balance between past and present. We will start by reviewing the existing literature on the loss of a spouse for the elderly, and focus

Adresse e-mail : ebinet@wanadoo.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2016.02.002>

1627-4830/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mourning;
Depression;
Psychotherapy

on the physical and psychological consequences. Then, using a clinical case, we will pinpoint the pivotal elements of LI contributing to the therapy, among which is the impact of looping applied to the patient's timeline.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le deuil d'un conjoint est une expérience d'adaptation angoissante, mais aussi parfois de désorganisation majeure de l'existence. Les remises en cause insurmontables pour l'équilibre du conjoint survivant peuvent barrer toute perspective d'un futur épanouissant sans le défunt. L'expérience de l'abandon imbriquée dans une perspective terrifiante de vide fait de ce type de deuil un premier enjeu thérapeutique lié à la mobilisation de ressources psychiques pour trouver de nouvelles raisons de vivre. Pendant la période dite de vieillesse, son impact n'en est que plus complexe tant il se conjugue à une vulnérabilité pluridimensionnelle. Par exemple, physiquement avec tous les retentissements corporels et l'amointrissement des fonctions sensorielles, une efficacité mnésique diminuant, cognitivement avec une prédisposition à la détérioration des ressources cognitives et, sur le plan collectif, avec une faiblesse du soutien social. Pour beaucoup de seniors, ce deuil du conjoint associé à d'autres est donc le « deuil de trop » [1]. Avec une moyenne de 15% de personnes veuves en France (près de 4 millions) dont 84% de femmes (88% d'entre elles ayant plus de 60 ans), cette période de veuvage en termes d'intégration de la perte n'en est que plus difficile tant elle est aggravée par la solitude et l'isolement [2]. Pour autant, la vision clinique que nous avons de ces deuils est loin d'être restrictive, n'étant pas uniformément conceptualisée. Plusieurs théories du deuil s'enseignent, tout comme différentes classifications psychopathologiques. « La » perte offre donc une réalité pluridimensionnelle sur un plan phénoménologique suivant ses circonstances (anticipée ou non), la perte de l'intimité ressentie (en termes de présence, de relation gratifiante, du proche témoin du passé). À cela se rajoute la disparition du rôle protecteur du conjoint comme lien d'attachement [3], plongeant le survivant dans un état de privation et d'absence. Mais c'est aussi dire qu'il existe un risque d'effondrement de la sécurité dans les repères du quotidien quand celui ou celle qui disparaît gèrait son organisation, le construisait. Ce deuil augmente alors considérablement la probabilité d'une entrée en institution. Dans un contexte où habituellement d'autres morts interviennent, nous avons alors un scénario où la mort d'un conjoint peut entraîner des risques majeurs sur le plan physique et psychologique. En décrivant ces différents degrés de détresse, nous illustrerons par un cas clinique comment la thérapie « Intégration du Cycle de la Vie » (Lifespan Integration) permet d'intervenir sur le traumatisme de la perte d'un conjoint.

Le deuil dans le couple âgé : ses conséquences

Les études d'Irwin et al. [4] sur la biologie de la solitude témoignent des dégâts immunologiques associés aux

« maladies du veuvage », avec les modifications lymphocytaires qui les accompagnent. D'autres résultats tendent à confirmer qu'il ne faut pas sous-estimer les manifestations physiologiques suite à l'impact émotionnel et au stress suscités en cas de deuil. Chez la personne âgée, tous les degrés de détresse peuvent être ainsi repérés depuis l'ébranlement psychologique, accompagné d'une humeur dépressive, à la survenue d'un état dépressif majeur (EDM) ou à différents troubles post-traumatiques [5]. L'EDM sera caractérisé par une culpabilité envahissante, des idées de mort, une dévalorisation et un ralentissement psychomoteur, voire des hallucinations concernant le défunt. Rappelons au passage que le deuil semble jouer un rôle plus important dans l'étiologie de la dépression et du suicide chez la personne âgée [6]. Enfin, de nombreuses personnes vivent aussi cette expérience en développant un deuil « compliqué » [7] en ceci que la souffrance psychique ne va pas diminuer avec le temps, mais se chroniciser, voire augmenter. Ces tendances ont pu être repérées sous l'appellation du trouble du deuil persistant (TDP) décrit par Prigerson et al. [8]. Ce tableau clinique peut être aussi associé un syndrome de stress post-traumatique (SSPT), bien souvent aggravé si la personne a été exposée à des traumatismes tout au long de sa vie [9]. Ce paramètre antérieur à la vieillesse vient interroger le potentiel d'adaptabilité psychologique de l'endeuillé(e).

Dans le cas de traumatismes chroniques, l'intégration du deuil semble donc impossible car il réveille des angoisses qu'aucune croyance réconfortante ne peut a priori apaiser. Le risque est alors important qu'à partir d'un SSPT (avec de nombreux cauchemars) la personne développe un état de deuil chronique : le trouble du deuil persistant, mêlant intense nostalgie, sentiment de vide, impossibilité d'envisager le futur, isolement social, difficulté extrême à s'engager dans des relations interpersonnelles qui rappellent le défunt [10]. Cette détresse est toute entière rattachée en permanence à la personne morte. De fait, il est probable qu'un deuil ne soit pas uniquement à l'origine d'un TDP. En effet, l'ensemble des symptômes du TDP constitue l'étiologie de la détresse ressentie lors de l'angoisse de séparation caractéristique de troubles de l'attachement précoces (n'ayant parfois pas émergé depuis des décennies). En d'autres termes, il semble qu'un lien existe entre le profil d'attachement d'un sujet âgé et son niveau d'élaboration face à une perte (fût-ce un animal familier).

La psychothérapie Intégration du Cycle de la Vie (ICV)

Cette nouvelle psychothérapie dans le sillage d'une autre, l'*eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) a été mise au point par Pace en 2002 [11]. L'approche

employée en séances repose essentiellement sur l'utilisation d'une ligne du temps (LT) nécessitant que le patient ait accès à la fois à des auto-récits et à sa mémoire narrative (un séjour en colonie de vacances, sa réussite au permis de conduire, etc.). Pendant ce temps de préparation, de collecte et de synthèse des souvenirs, la constitution de la LT est effectivement un mode de divulgation narrative [12] mettant en lien le passé avec le présent. Ensuite, au-delà de la simple narration autobiographique des souvenirs, leur lecture âge par âge – en étant « redonnés » au patient par le thérapeute – facilite une expérience de remémoration visuelle et sensorielle. Dans cette perspective, il en résulte un processus de renforcement de l'identité, reliant tous les « états du moi » (enfant, adolescent, adulte, âgé...), tels que Berne les a décrits en analyse transactionnelle [13]. Différents protocoles trop nombreux à détailler ici peuvent être utilisés en psychothérapie sur des traumatismes, des troubles de l'attachement, à tous les âges, même sur la période préverbale. Le principe est alors de solliciter par l'imagination active la mémoire implicite à partir de toutes les étapes concernant le développement psychomoteur du tout-petit.

Suivant le protocole choisi, l'effet des répétitions de la LT contribue progressivement à une intégration des expériences antérieures, émotionnellement et affectivement. Des levées d'amnésie interviennent souvent au bout de quelques séances, tout comme une augmentation des capacités d'exploration mémorielle. L'expression clinique liée aux traumatismes s'amenuise à mesure que la perspective de leur place dans la vie du patient évolue. Même si l'expérience traumatique est récente, la succession des événements intervenus entre temps l'éloigne émotionnellement pour ainsi dire mécaniquement. L'emploi de la LT, dans un autre cadre de psychothérapie, a ainsi permis d'observer d'étonnantes améliorations dans le cas de patients bipolaires [14] ou en ICV avec des victimes de mauvais traitements pendant leur enfance [15].

Cas clinique : le deuil de Mme R., 73 ans

Rencontrée trois mois après le décès de son mari, Mme R. est plutôt extravertie avec un solide réseau social. Mme R. n'a cependant plus beaucoup de famille en dehors d'un frère éloigné. Elle n'a pas d'enfant et n'a qu'une nièce à l'étranger. Elle reste active, voyage et dit être en bonne santé même si elle doit être opérée d'un glaucome. Plus âgée qu'elle, son mari est décédé « en moins de 6 mois » d'un cancer généralisé, ayant probablement entraîné un AVC fatal. Pourtant, son oncologue avait annoncé une survie d'au moins une année. Manifestement, Mme R. n'est pas sortie de cet état de surprise, elle n'a toujours pas résilié l'abonnement du portable de son mari, ni touché à aucune de ses affaires. Il ne lui est pas possible d'aller de l'avant car ses ruminations sur sa culpabilité de « ne pas en avoir fait assez » la bloquent. Elle se sent également coupable de ne pas lui avoir proposé suffisamment de solutions thérapeutiques, de ne pas avoir remarqué assez tôt les signes qu'elle a réalisés avoir vus post-mortem, des mois avant le diagnostic. Ses ruminations sont mêlées d'une sorte de continuelle immersion dans les photos de son mari. En dépit de son désir de « faire son deuil », elle explique ne pas parvenir à sortir de cette nostalgie où elle

voit les mêmes scènes de leur passé se rejouer. La passation d'un test (PCL-5) [16] pour déterminer l'existence d'un PTSD confirmera un niveau supérieur à la moyenne (score total 68). Cette échelle comporte 17 items qui sont cotés de 1 (pas du tout) à 6 (très souvent). Les 17 items peuvent être regroupés en 3 sous-échelles correspondant aux 3 sous-syndromes principaux du PTSD : la répétition (items 1 à 5), l'évitement (items 6 à 12) et l'hyperactivité neurovégétative (items 13 à 17). Un score supérieur à 44 définit un PTSD.

Au cours de la réalisation de sa LT, il apparaîtra que ses deux précédents conjoints sont morts dans des situations toutes aussi prématurées (accident de voiture, cancer digestif) 30 et 15 ans auparavant... De la même manière, on va découvrir que Mme R. a vécu ses premières années dans un contexte difficile lié à la seconde guerre mondiale, avec des séparations précoces et une mère à la santé très fragile.

Un des axiomes des séances d'ICV fut donc, une fois la LT établie, d'utiliser le protocole ICV pour les PTSD en reprenant une version raccourcie de sa LT à partir des premiers moments de la maladie de son mari 8 mois auparavant, puis semaine par semaine jusqu'à maintenant. À la lecture de cette première LT, en visualisant ces scènes et en s'y connectant sensoriellement, Mme R. dit à la fin « ça va ». À la deuxième LT, « les images s'enrichissent comme des petits tableaux », à la LT 3, elle perçoit la présence de son mari à ses côtés en séance en éprouvant une certaine détente. À la LT 4, elle « se sent très mal », avec une « sensation de vertige ». À la LT 5, une fatigue très importante. À la suivante, un « petit vertige ». À la LT 7, elle dit avoir « une sensation de lumière plus claire ». Et à la fin de la dernière répétition, elle éprouve moins de fatigue qu'initialement. À la suite de cette première séance de protocole ICV PTSD, Mme R. revient en ayant constaté une amélioration globale de son état. Elle ne se souvient plus de l'intensité de ses ruminations passées, mais dit aussi « quand ça va mal c'est très violent ».

À la séance suivante de protocole ICV PTSD, on constate les mêmes réactions en « montagnes russes ». Son sentiment quinze jours après est que « ça a été nettoyé... ça a changé beaucoup de choses ». Elle décrit des « grands moments où ça va », mais aussi « des moments de tristesse où le partage avec (son) mari défunt est impossible ». Au sortir de cette 3^e séance, elle arrive à écrire une lettre à l'oncologue pour comprendre son diagnostic. Celui-ci lui répondit en proposant une rencontre pendant laquelle elle échangea de tous les aspects du parcours médical de son mari dont elle se sentait responsable.

Si Mme R. est alors rentrée dans une phase de deuil plus « adaptée », il est néanmoins ressorti de ces séances un trouble de l'attachement datant de sa petite enfance, probablement associé à un placement en nourrice le temps que sa mère soit soignée. Un autre travail plus en profondeur en ICV, de réparation de l'attachement, fut alors possible lui permettant de continuer à vivre sans son mari.

L'ICV, une psychothérapie favorisant l'intégration émotionnelle

Une publication récente de Spahni et al. [17] confirme que, sur 402 patients (174 hommes et 228 femmes), la majorité

des personnes âgées ont tendance à vivre le deuil de leur conjoint globalement sans complication. Dans son étude, 54% font partie du groupe « résilients », 39% sont des « débrouillards » tandis que 7% sont « vulnérables ». Dans ce dernier groupe, les endeuillés ne parviennent pas à se détacher du mort et des souvenirs qui l'entourent. Il n'y a pas de rééquilibrage émotionnel, la tristesse où la dépression altèrent de façon permanente l'existence en la maintenant dans un perpétuel passé. Il ne leur semble plus possible d'avancer, d'évoluer dans la vie. Freud décrivait en 1915 le deuil comme « une tâche psychique bien précise : il a la fonction de détacher du mort les souvenirs et les espoirs du survivant » [18]. Mais comment faire lorsque cette tâche psychique est inopérante ? Comment faire appel à des capacités de dégagement psychique et émotionnel ?

L'utilisation des protocoles ICV pendant le suivi de Mme R. lui offrit une approche renouvelée du deuil en établissant un nouvel équilibre entre le passé et le présent. En évoquant des souvenirs, un à un chronologiquement, elle arriva à considérer que ces tranches du passé étaient derrière elle. La préparation puis l'utilisation de sa ligne du temps dans leurs effets ne sont pas sans rappeler les résultats de l'étude longitudinale de O'Rourke et al. [19] en 2009 mettant en évidence empiriquement que la mémoire narrative ainsi sollicitée soutient aussi bien l'identité, la résolution de problème comme la préparation à la mort des personnes âgées. Seulement, en ICV, le travail thérapeutique ne se limite pas aux processus narratifs, il se renforce et se dynamise essentiellement par les réminiscences générées par les lectures de la LT. Progressivement, il lui fut possible de désapprendre à considérer son mari comme un vivant, de facto en arrêtant de se fier à lui comme elle le faisait avant sa mort. Des changements aussi bien émotionnels que dans ses représentations visuelles apparurent, ils marquaient à chaque fois un pas supplémentaire vers un détachement progressif.

Dans le cas d'un sujet âgé, il ne fait aucun doute que le travail à partir de la LT permet une réorganisation plus ou moins partielle du vécu de perte à partir du moment où l'on sollicite les auto-récits et sa mémoire narrative [20]. Une réorganisation de l'arborescence de sa mémoire continue ainsi de se développer, puisant ses racines dans le présent vivant. La LT peut effectivement être considérée comme un mode de divulgation narrative [12] avec une mise en lien présent-passé/passé-présent dans une continuité narrative et chronologique. Elle offre un processus d'intégration basé sur une réversibilité et une rémission de la détresse de perte en révélant à chaque répétition une constante création que l'âge ne peut arrêter et un sens à sa vie. Nous avons vu ainsi des patients retrouver un sentiment de puissance et de maîtrise en se concentrant sur les aspects de leur vie passée ou présente sur lesquels il leur était possible d'exercer un contrôle. Pour autant, dans le cas de traumatismes précoces ou de deuils traumatiques antérieurs, il ne faut pas minimiser au premier plan les risques de troubles de l'attachement et de développement de troubles du deuil persistant.

Conclusion et perspectives

Le spectre du deuil dans le couple en gériatrie donne souvent aux professionnels de santé la perspective d'un vide insurmontable, cruel et mutilant. Or un futur épanouissant

reste toujours envisageable, comme la thérapie ICV le permet avec l'utilisation de la Ligne du Temps en rendant possible une modélisation de sa mémoire narrative ; pour autant qu'une mobilisation des ressources psychiques du vivant soit encouragée, à un rythme compatible avec son équilibre intérieur. De ce point de vue, l'ICV semble être un modèle thérapeutique pertinent pour démontrer une nouvelle fois que la résilience existe aussi chez le sujet âgé [21], son cadre méthodologique apportant un nouveau regard sur le passé et le présent. Dans le cas du deuil dans un couple, le survivant face à cette épreuve doit restaurer un équilibre et, par un processus singulier, trouver un ajustement représentationnel approprié par rapport au mort. Intégrer qu'il y a bien un avant et un après, le passage inexorable du temps, mais aussi et surtout réintroduire la possibilité de vivre le présent, un futur. De fait, le deuil du conjoint ne risque plus d'être vécu comme un double deuil, celui de l'autre/celui de soi, même si cela nécessite un renoncement et une confrontation inévitable à la souffrance inhérente à la conscience de notre propre finitude.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Messy J. La personne âgée n'existe pas. Paris: Rivages/psychanalyse; 1992.
- [2] Gallagher-Thompson D, Futterman A, Gilewski MJ, et al. The impact of spousal bereavement on older widows and widowers. In: Stroeber MS, Stroeber W, Hansson RO, editors. Handbook of bereavement. New York: Cambridge University Press; 1993. p. 227–39.
- [3] Fraley RC, Bonanno GA. Attachment and loss: a test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Pers Soc Psychol B* 2007;30:878–90.
- [4] Irwin M, Daniels M, Smith TL, et al. Impaired natural killer cell activity during bereavement. *Brain Behav Immun* 1987;1:98–104.
- [5] Maercker A, Forstmeier S, Enzler A. Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Compr Psychiat* 2008;49:113–20.
- [6] Olié JP, Poirier MF, Léo H. Les maladies dépressives. Paris: Flammarion; 1995.
- [7] Boelen PA, Van Den Bout J. Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiat Res* 2008;157:311–4.
- [8] Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry* 1995;152:22–30.
- [9] Floyd M, Black SR, Rice J. Recurrence of posttraumatic disorder in late life: a cognitive aging perspective. *J Clin Gerontopsychology* 2002;8:303–11.
- [10] Prigerson HG, Maciejewski PK, Newsom, et al. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W, editors. Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives. Washington, DC: APA; 2008. p. 165–86.

- [11] Pace P. *Pratiquer l'ICV. L'Intégration du Cycle de la Vie*. Paris: Dunod; 2014.
- [12] Baddeley JL, Singer JA. A social interactional model of bereavement narrative disclosure. *Rev Gen Psychol* 2009;13:202–18.
- [13] Berne E. *Analyse transactionnelle et psychothérapie*. Paris: Payot; 1971.
- [14] Koenders MA, Nolen WA, Giltay EJ, et al. The use of the prospective NIMH Life Chart Method as a bipolar mood assessment method in research: a systematic review of different methods, outcome measures and interpretations. *J Affect Disord* 2015;175:260–8.
- [15] Binet E, Tarquinio C. Intérêt et limites de l'Intégration du Cycle de la Vie (Lifespan Integration) auprès d'adultes victimes du syndrome de Münchhausen par procuration pendant leur enfance. *Evol Psychiat* 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.09.003>.
- [16] Yao SN, Cottraux J, Note I, et al. Évaluation de l'état de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCL-S. *Encephale* 2003;29:232–8.
- [17] Spahni S, Morselli D, Perrig-Chiello P, et al. Patterns of psychological adaptation to spousal bereavement in old age. *Gerontology* 2015;61:456–68.
- [18] Freud S. *Deuil et mélancolie* (1915). Œuvres complètes, tome XII. Paris: PUF; 1991.
- [19] O'Rourke N, Cappeliez P, Claxton A. Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging Ment Health* 2011;15:272–81.
- [20] Neimeyer RA, Prigerson HG, Davies B. Mourning and meaning. *Am Behav Sci* 2002;46:235–51.
- [21] Mora F. Successful brain aging: plasticity, environmental enrichment and lifestyle. *Dialogues Clin Neurosci* 2013;15:45–51.