

QU'EST-CE QUI CARACTERISE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE ? UNE QUESTION RÉCURRENTÉ !

LOUIS PLOTON*

* *Psychiatre, Ancien Professeur de G erontologie (Université Lyon-2). louis@ploton.net*

Pas de conflit d'intérêt.

RESUME : La psychiatrie de la personne âgée se justifie, entre autres, par la marginalisation psycho-sociale des intéressés et par la crise d'identité qui l'accompagne. Elle doit tenir compte du sentiment de fragilité des patients, du risque de dépendance et de la mort qui se rapproche. Elle implique une association étroite du psychiatre et du gériatre. Le rôle du psychiatre consiste à introduire une réflexion psychodynamique dans le soin avec les notions théoriques qui s'y associent. Elle consiste tout particulièrement à faire prendre en compte la question de la souffrance psychique comme facteur essentiel, à propos de toutes les décisions à prendre.

MOTS CLES : Psychodynamique, psychogériatrie, souffrance, vécu d'abandon, vieillissement

INTRODUCTION

En d'autres termes : De mon point de vue, qu'est ce qui justifie une approche psychiatrique particulière concernant les personnes âgées ?

J' viterai d'entrer dans le débat relatif à des soins en milieu spécifique au-delà d'un âge arbitraire, restant à déterminer : 60 ans pour les uns, 75 ans pour d'autres ...

Par contre, pour justifier l'existence d'une psychiatrie gérontologique, je crois utile de souligner la nécessité de tenir compte de problèmes psycho-sociaux propres à l'avancée en âge.

Ce contexte étant posé, nous verrons en quoi peut consister l'apport d'un psychiatre.

1- LES PARTICULARITES DE LA POPULATION AGEE

1.1 Le contexte psycho-social

Il s'agit d'un statut relationnel qui comporte une dimension d'exclusion tant objective que subjective.

La retraite n'est pas une mince affaire, même si d'aucuns en rêvent pour échapper à une condition sociale ou professionnelle insatisfaisante. Car elle rend définitive une mise sur la touche et correspond pour beaucoup à la perte des étayages identitaires professionnels. Le retraité, en effet, est un ex-eccei ou cela. Avec de plus la dépendance de revenus sur lesquels il n'a plus d'influence. Tout au plus certains pourront, pendant quelques années, améliorer les choses en optant pour une activité rétribuée complémentaire plus ou moins déclassée.

La marginalisation sociale (et donc psychologique) peut aussi se jouer en famille avec la difficulté à trouver une place au sein de quatre, voire cinq, générations. Avec le risque d'intégrer une sorte de statut familial de membre protégé ou de membre d'honneur, le haut du pavé étant tenu par les jeunes. Notons, à ce propos, que le « place aux jeunes » peut aussi concerner les associations auxquelles le senior âgé a pu consacrer de l'énergie en tant que bénévole.

A cela risque de s'ajouter la perte progressive des amis (comme autant de repères) voire celle du conjoint, d'où une possible avancée dans l'âge allant de pair avec une solitude croissante problématique,

1.2 La crise d'identité de l'avancée vers le grand âge

Tout ce qui vient d'être évoqué conduit à une crise d'identité qui n'a d'équivalent que celle de l'adolescence.

Il est rare qu'un sujet âgé aime ce qu'il est devenu et, pour peu qu'il ait eu préalablement un hyper-investissement narcissique, les choses peuvent devenir dangereusement douloureuses.

Et cela avec l'évidence, difficile à assumer, que la vie est derrière soi, c'est-à-dire que plus de choses ont été jouées qu'il ne s'en jouera à l'avenir, avec en toile de fond l'approche insidieusement inéluctable de la mort. Avec parfois le paradoxe de n'avoir plus qu'à tuer le temps à un moment de la vie où il est plus que jamais précieux.

Ces phénomènes peuvent être renforcés par la prise de conscience de la vulnérabilité corporelle, soulignée par de possibles pathologies chroniques.

On pourra aussi retrouver à l'œuvre, la peur de la pathologie cognitive ou sa réalité latente avec les risques confusionnel et l'apparition possible de troubles du comportement, qui surdisqualifient ;

Enfin, l'avancée en âge est marquée par le risque d'une bascule dans la dépendance. Car il peut suffire d'un Accident Vasculaire Cérébral, ou tout simplement d'une mauvaise

chute pour que se pose la question du placement : bouleversement existentiel majeur. Toutes choses dont les soins doivent tenir compte pour limiter les pertes de chances.

2- LE BESOIN DE SOINS PSYCHIATRIQUES ADAPTES

La psychopathologie observée chez les personnes dites « âgées » nécessite souvent une écoute et des soins longs, incompatibles avec les séjours brefs budgétairement exigés de la gériatrie médicale.

Et cela ne serait-ce que pour établir un diagnostic fin et mettre en place, avec la progressivité nécessaire, un traitement psychotrope¹.

Pour l'heure seules les unités spécialisées des établissements psychiatriques peuvent encore plus ou moins s'autoriser un travail dans la durée.

Il y a donc, quand de telles unités existent, intérêt à orienter vers elles les patients souffrant de manifestations psychopathologiques graves. Il s'agit par exemple des cas de dépressions résistantes, mais aussi d'états maniaques, ainsi que des décompensations psychotiques ou des phénomènes hallucinatoires problématiques...

Mais l'intervention d'un psychiatre ayant une expérience gérontologique, en milieu gériatrique, est également souhaitable², pour contribuer au choix d'une stratégie thérapeutique, devant des situations de dépendance affective majeures avec un **vécu d'abandon** exprimé par des demandes incessantes voire des appels : « au secours ! » dans un contexte anxieux critique³.

L'action du psychiatre doit alors s'associer étroitement à celle du gériatre, ce qui passe notamment par des entretiens conjoints avec le malade et/ou avec ses proches. Une telle pratique a le mérite de permettre un débriefing portant sur les mêmes observations avec la mise au point d'une stratégie thérapeutique en

¹ Destiné à limiter la pression émotionnelle qui subvertit la pensée : le contraire d'une camisole chimique

² Sans que cela soit nécessairement limitatif

parfaite compréhension mutuelle (y compris pour le traitement médicamenteux).

L'intérêt du malade implique également une collaboration étroite entre le psychiatre et le psychologue clinicien dans des domaines de compétence similaires, notamment relatifs à la souffrance psychique ou à propos des manifestations fonctionnelles dites hypochondriaques ou hystériques, dont on sait combien il est difficile de soulager ceux qui en souffrent et combien la mise en échec des soins associée risque de faire rejeter le malade.

Et, ils auront aussi à réfléchir ensemble sur la question des accidents de la vie dont la survenue évoque une possible dynamique psychique inconsciente. Je pense à des chutes ou à des pathologies somatiques d'allure réactionnelle (HTA, infarctus, AVC...) dont le moment ou les conséquences font douter du caractère totalement fortuit, ce qui implique qu'on en tienne compte à propos des décisions à proposer.

De fait, c'est d'une manière générale, pour limiter les risques d'impasses dans les options thérapeutiques et les orientations sociales, qu'il y a un bénéfice dans le soin aux personnes âgées à prendre en compte les enjeux et les déterminants psychodynamiques à l'œuvre dans la situation d'un patient.

3– LA PLACE DE L'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

A ce propos, le rôle du psychiatre (en appui du psychologue) est de prêter à l'institution ses connaissances propres, relatives au fonctionnement psychique, individuel, groupal, familial et institutionnel, pour faire des hypothèses destinées à :

- Donner du sens ;
- Changer de regard (donc faire évoluer la situation) ;
- Renarcissiser, remotiver, mobiliser les ressources affectives de tous ;

Il lui échoit en priorité d'introduire la question de **l'existence d'une vie psychique inconsciente et celle de l'élaboration**

³ Délétaire pour l'intéressé comme pour ceux qui l'entourent

psychique, au moyen du travail dit : de mentalisation.

Pour mémoire : il s'agit d'un travail associatif permettant de rendre psychiquement vivables des affects traumatiques en les reliant à des souvenirs, du sens figuré, des situations imaginaires (du jeu interne) voire des explications potentielles donnant du sens. Le résultat en est une amélioration du confort psychique et un gain de souplesse dans la **distance relationnelle**⁴.

3.1 Des exemples de notions théoriques utiles

Une hypothèse opérante, relative travail de mentalisation, est que les phénomènes d'accordage affectif permettent au travail de mentalisation du soignant, à propos d'une situation clinique, d'avoir (par diffusion ?) un effet de pare-excitation⁵ chez son patient (dont le même travail est restreint ou inefficace).

Et à ce sujet les conflits entre soignants⁶ peuvent être interprétés comme la mise en résonance affective des uns avec une position inconsciente du patient tandis que les autres auront été sensibles à une position contraire qui cohabite dans la psyché du patient sans faire l'objet d'un compromis. Il appartient alors à l'équipe, en toute conscience de cela, de prendre acte du caractère « divisé » du patient et d'en tenir compte dans l'élaboration de propositions thérapeutiques.⁷ Il s'agit là d'un héritage fort utile de la *psychothérapie institutionnelle*.

Un autre exemple d'apports de connaissances psychodynamique est la notion de systèmes relationnels avec :

- Leur homéostasie,

⁴ Moins besoin de se « barricader » du fait d'un meilleur amortissement émotionnel dans les jeux de proximité avec autrui. Moins en proie au risque d'un sentiment de perte de contrôle émotionnel voire même d'intrusion psychique avec le risque d'un vécu de dépersonnalisation.

⁵ De limitation des tensions internes spontanées ou induites par un situation.

⁶ Mais aussi avec les familles ou en leur sein

⁷ En référence à la théorie de Bion [1] qui parle de la transformation d'éléments psychiques bruts dits « bêta » en éléments élaborés dits « alpha ».

- Leurs interactions internes dysfonctionnelles (risque de rotation des symptômes⁸)
- Des phénomènes de désignation⁹,
- Leur dynamique des loyautés (on ne parvient jamais à soigner un malade contre sa famille !) ...

Or, d'un point de vue systémique, tout changement même à la marge est porteur de changement (donc de réaménagements des symptômes) au niveau du système relationnel. Cela permet de comprendre en quoi un changement de regard des soignants, au terme d'une réunion d'analyse clinique, pourra (en modifiant implicitement leur approche) faire évoluer une situation initialement bloquée¹⁰.

Enfin, un apport psychodynamique fondamental est le concept de cadre thérapeutique : en thérapie individuelle, mais aussi groupale et institutionnelle.

Dans une psychothérapie ou un groupe d'activité, il s'agit d'offrir un espace relationnel rassurant (prévisible) du fait de l'existence de constantes formelles qui balisent le déroulement des séances (heure, lieu, durée...) avec une pratique générale référencée à une théorie du psychisme, ce qui implique des temps de réflexion voire de supervision par un tiers. L'objectif en est de limiter les vécus de persécution, en garantissant au patient qu'à aucun moment il ne risque d'être le jouet de la fantaisie, du bon vouloir ou de l'arbitraire du thérapeute.

Au plan institutionnel, le cadre repose de plus sur des règles :

- Concernant les modalités d'analyse clinique et des prises de décisions (hors urgence)
- Introduisant les principes directeurs d'un projet institutionnel, eux-mêmes référés à une théorie du soin relationnel (quoi est fait au nom de quoi ?) ;

⁸ La disparition d'un symptôme pouvant aller de pair avec l'apparition d'un autre, soit chez le patient, soit chez un autre membre du système relationnel auquel il appartient.

⁹ Avec des rôles assignés, notamment celui de patient (de malade) collectivement pointé comme tel pour protéger l'économie du système, avec son adhésion inconsciente pour produire les symptômes nécessaires.

¹⁰ Par exemple à propos de troubles du comportement d'un patient

- Offrant une forme de base de sécurité (dans le registre de la prévisibilité, de la loyauté) en constituant un équivalent d'état de droit institutionnel.

Dans tous les cas, se donner sur un cadre thérapeutique permet de défendre sa capacité de penser pour en finir avec les passages à l'acte et le « n'importe quoi » décidé au coup par coup dans les couloirs. C'est par principe le soignant qui s'oblige à offrir des garanties, le soigné ne pouvant pas, pour sa part, être contraint¹¹.

3.2 un rôle spécifique du psychiatre associé au psychologue

Il échoit de plus au psychiatre associé au psychologue de concourir à la préservation de la capacité de penser de l'ensemble des intervenants, laquelle est la clef de la bienveillance.

C'est ainsi qu'ils auront à aider au démêlage de situations qui paradoxaient, qui désorganisent et font perdre le bon sens.

Il s'agit, pour ce, d'identifier les phénomènes d'attaque à la pensée générés inconsciemment par des sujets fragiles, pour tenir autrui à distance.

Il leur appartient aussi de faire un diagnostic de personnalité, lequel permettra de d'envisager une stratégie relationnelle adaptée.

3.2.1 Concernant les mécanismes inconscients de mise à distance (de contrôle de la relation)

A minima, dans la vie quotidienne on peut repérer des phénomènes de maîtrise du discours. Cela passe par exemple par des questions posées sans écouter la réponse...

Plus gênants, il y a toutes les demandes exigeantes obligeant autrui à faire des choix qui ne seraient pas nécessairement les siens (faites comme ceci, faites comme cela...). Demandes qui, de fait, relèvent de rituels obsessionnels.

A un degré de plus on peut faire référence à tous les aspects qui visent à intimider ou à

¹¹ A la différence de ce qui pourrait être le cas avec un cadre éducatif.

indisposer l'entourage : attitudes, regard, mimiques, vêtements provoquants et postures (voire une odeur ?) qui « tiennent à distance ».

A maxima, ce sont tous les modes¹² d'affolement ou *d'attaque à la pensée* caractérisés qui perturbent émotionnellement autrui. Je pense à des phénomènes tels que :

- La projection qui rend perplexe,
- L'angoisse qui angoisse,
- L'intimidation, l'agitation, la violence qui stupéfient,
- Le délire, la confusion qui affolent et désorganisent la réponse en rendant confus,
- L'excitation maniaque¹³ (véritable mode de prise de pouvoir auquel il est difficile de résister sans affrontement),
- L'auto et l'hétéro dérision qui déstabilisent en annulant la portée de ce qui est dit ou montré.

Dans le même registre, sans en avoir l'air, un exemple typique, impliquant l'intervention du psychiatre et/ou du psychologue est celui de la « mise en échec systématique des soins ». Elle peut conduire au rejet du patient par une équipe qui « n'en peut plus » de voir ses objectifs invalidés. Dans l'intérêt de tous elle peut être recadrée comme moyen inconscient de maîtrise de la relation de la part du patient, ce qu'il convient de respecter en faisant le choix d'une position basse dans l'approche thérapeutique : ne rien promettre au malade si ce n'est de ne pas l'abandonner.

3.2.2 Concernant la question de la personnalité

La typologie cliniquement la plus utile d'un point de vue psychodynamique, reste celle de Bergeret [2] qui distingue des personnalités névrotiques, limites et psychotiques. Lesquelles se différencient par le recours privilégié à des mécanismes de défense psychologiques privilégiés¹⁴. Mais qui se différencient aussi par des compétences différentes en matière de

mentalisation (et d'accès au sens figuré)¹⁵. Avec donc une graduation dans le risque de sentiments d'intrusion psychique, d'où la nécessité de gérer la distance thérapeutique de manière appropriée.

Pour mémoire Les personnalités, dites névrotiques, qui décompensent sur le mode de névroses, sont les mieux pourvues en possibilités de mentalisation, à l'opposé des personnalités, dites psychotiques, qui décompensent sur le mode de psychoses. Avec un débat à propos des états limites (à distinguer de Borderline américains qui sont des prépsychotiques) : s'agit-il d'une troisième structure ou d'un ensemble hétérogène de sujets aux capacités intermédiaires ?

4- La nostalgie d'un idéal révolu de pratique Psychogériatrique

Il s'agit d'une association étroite du psychiatre et du gériatre dès l'admission d'un malade

Cela a existé et j'en ai la nostalgie. Ce fut l'âge d'or de la **psychogériatrie** telle qu'elle fut inventée dans les années 80, à Genève (avec Jean-Pierre JUNOD) ou à Lausanne (Jean WERTHEIMER) mais aussi dans quelques expériences françaises dont Limoges (Jean-Marie LEGER).

Il ne s'agissait en aucun cas d'une pratique psychiatrique consacrée à la seule réduction des troubles du comportement, mais de la mise en perspective des données psychologiques avec la situation médicale et sociale dans le cadre d'établissements polyvalents.

Selon l'histoire locale, ce type d'approche pouvait indifféremment exister dans une institution statutairement psychiatrique ou gériatrique. Elle reposait sur une évaluation et

¹² Totalemment inconscients : j'insiste !

¹³ Ou hypomaniaque

¹⁴ Par exemple : déni, projection clivage, pour les personnalités psychotiques.

¹⁵ Les personnalités, dites névrotiques, qui décompensent sur le mode de névroses, sont les mieux pourvues en possibilités de mentalisation, à l'opposé des personnalités, dites psychotiques, qui décompensent sur le mode de psychoses. Avec un débat à propos des états limites (à distinguer de Borderline américains qui sont des prépsychotiques) : s'agit-il d'une troisième structure ou d'un ensemble hétérogène de sujets aux capacités intermédiaires ?

une prise en soin conjointe, médico-psychologique, des situations cliniques.¹⁶

Cela impliquait la présence en nombre équivalent, dans une même équipe, de soignants de formation psychiatrique et gériatrique (des infirmiers aux médecins responsables d'une unité de soins) à même donc de prendre en compte tous les aspects d'une situation¹⁷.

Un des effets positifs d'une organisation de ce type était la prise de décisions au terme d'une analyse approfondie des déterminants et des enjeux affectifs et narcissiques. Décisions qui concernent des Êtres (familles et malades) dont tout l'avenir dépendra¹⁸.

Cette approche pluridisciplinaire s'est révélée particulièrement adaptée au soin des pathologies cognitives qui peuvent associer une polyopathie somatique à un déficit de communication verbale avec une tendance aux troubles du comportement. Le tout corrélé à une déficience du travail de mentalisation (donc une mauvaise régulation des émotions) avec des phénomènes majeurs d'attaque à la pensée et une réponse problématique aux médicaments psychotropes.¹⁹

Mais ressusciter cette psychogériatrie relève du rêve, ne serait-ce qu'à cause du nombre trop limité de psychiatres pour passer du rôle de consultants épisodiques à celui de co-responsables des soins²⁰ avec les gériatres.

Tout au plus peut-on espérer voir apparaître des institutions décloisonnées où les prises de décisions se feraient dans le cadre d'un projet (de principes directeurs et de théories) impliquant une réflexion pluridisciplinaire obligatoire.

Cela permettrait, au moins, d'éviter des mutations acrobatiques en milieu psychiatrique et, surtout, d'**identifier et prendre beaucoup plus en compte la souffrance psychique**, cause de pertes de chances.

CONCLUSION

Car à mon sens et ce sera **ma conclusion** :

Le travail du psychiatre auprès des personnes âgées, trouve sa pleine utilité dans un aspect participant au pronostic **qui est, à toutes les étapes du soin, de concourir à identifier et à limiter la souffrance psychique, quelle qu'en soit l'expression.**

Souffrance qui est le soubassement des troubles patents (ceux pour lesquels on appelle le psychiatre) mais aussi de ceux qui sont prêts à survenir.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- BION W. Aux sources de l'expérience, 1962, PUF, 1979.
- 2- BERGERET J. La personnalité normale et pathologique, DUNOD (3ème édition) 2003..

¹⁶ Avec des dominantes évidentes et en veillant à ne jamais être intrusif

¹⁷ Dans une pluridisciplinarité où les naïvetés des uns pouvaient interroger les certitudes des autres.

¹⁸ Ce qui implique de disposer du temps nécessaire.

¹⁹ Dont les effets secondaires négatifs précèdent volontiers les effets thérapeutiques attendus

²⁰ Donc des institutions