Psychopathologie de la vieillesse

The psychopathology of old age

Louis Ploton

Psychiatre, Ancien Professeur émérite de Gériatrie

Université Lyon-2

louis@ploton.net

Résumé

La dernière partie de la vie, comme l'adolescence, est une période de fragilité psychique, avec toutes les formes possibles de décompensations psychopathologiques dont cet article propose un panorama.

Mots-clés : Angoisse de mort ; Crise d'identité ; Psychopathologie ; Vieillesse.

Summary

The last part of life, like adolescence, is a period of psychic vulnerability, with all possible forms of psychopathological decompensation on for which this article sets out to provide and overview.

Keywords: Death anxiety; Identity crisis; Old age; Psychopathology.

De qui allons-nous tenter de parler ?

Alors qu'on sait définir le vieillissement, il n'y a pas de bonne définition de la vieillesse. De fait la vieillesse est un statut relationnel, celui de membre honoraire d'un groupe que l'on a tendance à regarder comme vulnérable et à protéger. C'est ainsi que le vieux¹, de dos, on le repère à sa façon de marcher, à sa posture, sa lenteur. Et lui, sans le vouloir tend à se situer comme un étranger dans la société où il se vit, comme un immigré dans le temps (de mon temps dit-il ou pense-t-il). Et cela même s'il est « bien inséré ». Pour être clair, nous allons tenter ici de parler des risques psychopathologiques liés à l'avancée en âge au-delà du couperet de la retraite².

Car de fait, progressivement son corps trahit l'intéressé, même si en esprit il n'a pas son âge. Cela passe par des modifications d'aspect et de capacités dont nous connaissons tous la liste, ce qui va généralement de pair avec la recherche d'artifices et de compensations³. Mais quoi qu'il fasse, le vieux finira par être repéré comme tel, aussi vaillant soit-il, même s'il se déguise pathétiquement en jeune.

Un premier marqueur sera l'apparition de maladies chroniques, avec des médicaments à prendre à vie et l'ébauche d'un vécu de vulnérabilité physique. Même si, dans certains cas, on peut observer une part de discordance entre l'image de soi et la réalité. C'est-à-dire entre ce qu'une personne désire et croit pouvoir être encore et ce qu'elle est devenue objectivement en termes de performances ou de séduction.

On le sait, les différentes phases de la vie⁴ correspondent à autant de *crises d'identité*. Mais ce phénomène est accentué après la soixantaine, sachant néanmoins qu'un sexagénaire des années 2010 a la santé d'un quinquagénaire des années 80.

Un facteur de fragilisation psychique sera la multiplication des deuils, sous forme de pertes multiples. C'est initialement, avec la retraite (même souhaitée) la perte du point d'appui social que représente la vie professionnelle⁵. Mais ce sera aussi la disparition d'êtres chers qui sont les témoins de tranches de vie : amis, conjoint... Cela peut aller de pair, dans l'avancée en âge, avec une perte de pouvoir dans la famille, en rapport avec la difficulté de fonctionner à *quatre*, voire à *cinq* générations.

D'une certaine façon le « vieux » ne se sentira plus acteur de l'histoire. Car à un moment, même dans les cercles associatifs, il risque d'être marginalisé fut-ce au bénéfice d'une place de membre d'honneur (place aux jeunes !). Et là, l'isolement le guette avec un danger de désafférentation sociale et les risques psychopathologique que cela implique.

L'impact du regard d'autrui participe à cette marginalisation. Telle bévée à 80 ans sera immédiatement regardée comme le témoin d'une dégradation, alors qu'elle passerait pour banale à 40 ans. Cela en relation avec une vision défectologique de la vieillesse.

¹ Dans la suite nous emploierons le masculin grammatical qui désigne de manière indifférenciée hommes et femmes, quitte à préciser le genre chaque fois que nécessaire, sachant que les vieux sont deux fois plus souvent des vieilles.

² En faisant l'économie d'aborder le devenir de la pathologie mentale survenue précédemment.

³ Tenue vestimentaire qui atténue le tour de taille et principalement chez la femme : maquillage, teinture, etc.

⁴ Notamment l'adolescence et le « mi-temps » de l'existence, sans omettre les différentes phases de la petite enfance (œdipe, etc.).

⁵ Même si c'est sous la forme d'un persécuteur externe.

Il s'agit d'une vision qui va de pair avec un âgisme ambiant qui se traduit par :

- **des** propos ambivalents : «... mais vous ne faites pas votre âge⁶... » ; « ...quand pars-tu à la retraite ? »
- **des** familiarités déplacées : « les papies et mamies », « bonjour jeune homme ! ».

Cet âgisme se traduit aussi par une incapacité de s'identifier aux grands dépendants, en déniaut :

- **qu'ils** puissent avoir une vie affective (consciente et inconsciente),
- **qu'ils** ont, à leur façon, des perceptions et des conduites adaptées,
- **que** comme tout un chacun ils ont besoin d'avoir le sentiment de compter (ce qui explique beaucoup de leurs conduites).

Avec, à terme, le risque que les proches ne reconnaissent plus celui qu'ils aimaient dans celui qui est là et qu'il le perçoive.

De plus, pour aggraver les choses, il y a les dégâts de l'utilitarisme ambiant, auquel les vieillards eux-mêmes risquent d'adhérer : « à quoi je sers ? ». Ce qui peut les conduire à réclamer la mort, tant ils se vivent (et risquent d'être considérés) comme autant de bouches inutiles. Avec un arrière-plan eugénique qui peut ouvrir la porte à toutes formes de dérives euthanasiques.

Dans ce contexte relationnel, aux tréfonds de la psyché, c'est autour de la question de la mort se profilant immuablement que se situe le danger du « mal vieillir ». La mort, dans les cercles d'amis comme dans les couples (celle de qui en premier ?). La mort qui est dans toutes les têtes même si le mot n'est pas prononcé.

Cela peut conduire à des préoccupations exagérées de santé, tout comme à vivre à l'économie, avec une forme de repli sur le domicile et les rôles familiaux, avec une absence de nouveaux investissements (de nouvelles relations ou centres d'intérêt). Ce qui peut amener à une forme de vie par procuration, au point de ne plus connaître de la vie sociale que ce qu'en disent les proches, voire la télévision. Le tout avec l'émergence d'une dépendance affective et des demandes accrues d'attention, sur un fond d'atteinte de l'estime de soi (potentiellement **dangereuse** selon la personnalité⁷).

A partir de là peut apparaître une forme de psychopathologie *a minima*.

Il s'agit d'une réduction des possibilités d'adaptation, voire de risques de désadaptation au regard de diverses tâches (démarches, déplacements...). Ce qui peut aller de pair avec une augmentation de l'isolement⁸, par exemple : du fait d'une mauvaise gestion de l'agressivité (le caractère qui se rigidifie), de l'apparition de préoccupations excessives (aller à la selle) ou du développement d'une tendance à l'avarice, etc.

⁶ Ce qui sous-entend une vision négative de l'âge.

⁷ Les plus menacées étant les personnalités dites « états limites » au narcissisme fragile.

⁸ Les proches ayant tendance à limiter les contacts.

Mais on peut aussi observer une évolution dans la démotivation (à quoi bon !) plus ou moins associée à des conduites régressives (se négliger : alimentation, tenue, hygiène, usages sociaux...).

A un degré de plus, des évolutions dans la psychopathologie caractérisée peuvent être observées, sous les différentes formes qui vont être succinctement envisagées. Sachant que nous n'en aborderons pas ici le traitement, lequel du fait de sa complexité mérite de relever, au cas par cas, d'une forme de collaboration avec le psychiatre. Encore faut-il faire admettre au patient et à ses proches que l'intervention du psychiatre, comme celle du psychologue clinicien, concerne la souffrance psychique et pas spécifiquement la folie (qui en est une expression).

Les pathologies anxieuses⁹

Les angoisses invalidantes

Ce peuvent être des manifestations anxieuses sous forme d'attaques de panique ou de trouble anxieux généralisé qui, en milieu hospitalier général, viendront compliquer les soins et risquent d'être à l'origine d'une perte de chances si une sortie est programmée sans soins spécifiques préalables ni relais adéquat.

Une de expressions anxieuses des plus problématiques est représentée par l'abandonnisme. Il s'agit d'une dépendance affective irrépressible, avec une demande de présence et de soutien culpabilisante, pour pallier un vécu d'abandon et le sentiment de malaise qui s'y associe. A maxima la grande angoisse d'abandon¹⁰ conduit l'intéressé à appeler « Au Secours ! »¹¹ dès qu'il est seul dans une pièce, avec l'association possible de phénomènes confusionnels nocturnes¹².

Il faut se méfier de ne pas confondre l'abandonnisme avec la dépression, comme les évaluations par questionnaire peuvent y conduire. Certes la dépression comporte une tendance à la dépendance affective culpabilisante, mais son traitement est différent et nettement moins problématique.

Les phobies et obsessions

Moins bruyantes et néanmoins handicapantes il y a la survenue de phobies : peurs irraisonnées de la foule, des voleurs, des microbes, etc.

⁹ « Aujourd'hui tu ne m'as pas téléphoné ! »

¹⁰ Que, du point de vue psychodynamique, on réfère à l'angoisse de mort (relative à la mort : à ne pas confondre avec l'angoisse psychotique de morcellement, également appelée angoisse de mort par certains auteurs classiques).

¹¹ Voire, dans un contexte névrotique, à se laisser choir au sol de manière pathétique pour requérir une présence...

¹² Comportant une activité hallucinatoire.

Dans un registre voisin on rencontre les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC). Il s'agit de conduites (de rituels) auxquelles se soumet malgré lui l'intéressé pour chasser une idée parasite angoissante qui s'impose à son esprit.

Ces deux entités (phobies et obsession) peuvent coexister et se présenter sous la forme de traits de caractère (je n'aime pas) ou de « manies » (faire obligatoirement comme ceci et pas autrement¹³).

Elles conduisent l'intéressé à contrôler, de fait, les relations avec son entourage en décidant de tout, ce qui est vite invivable et contribue à faire fuir les proches.

Les pathologies somatoformes

Toujours dans le registre anxieux, il faut faire une place aux tableaux cliniques volontiers qualifiés d'hypochondriaques. Entendre par là des symptomatologies douloureuses ou fonctionnelles de tous types sans causes organiques décelables, avec mise en échec des soins. Mise en échec qui, de mon point de vue [1], relève d'un besoin fondamental de maîtrise de la relation, qui est à respecter et avec laquelle il faut donc composer.

La présentation est soit hystériforme avec des manifestations qui peuvent varier dans le temps¹⁴, soit monocorde et volontiers persécutante pour le thérapeute, sous forme de douleurs évoquant des phénomènes hallucinatoires¹⁵.

Elles conduisent au vagabondage médical, le patient déçu allant de consultation en consultation avec le risque de ne pas être pris au sérieux. C'est ainsi que, d'une part, son hypochondrie n'est pas soignée en tant que telle et que, d'autre part, on risque de passer à côté d'une pathologie somatique grave.

La dépression et son pendant maniaque

La dépression

Comportant également une composante anxieuse il y a les manifestations dépressives. Elles sont à distinguer de l'abandonnisme et de la démotivation¹⁶, cette dernière conduisant à l'apathie avec une tendance à l'anesthésie affective.

Une dépression peut survenir après un deuil, une séparation ou une blessure narcissique grave. Mais elle peut aussi survenir sans causes identifiées¹⁷.

La dépression de l'âgé peut se présenter sous différents masques tels que :

¹³ Pour un itinéraire, comme pour la façon de passer une serpillière.

¹⁴ Sur une personnalité névrotique à l'imaginaire riche, les phénomènes concernés évoquent l'expression de problématiques interdites d'émerger à la conscience.

¹⁵ Sur une personnalité « état-limite » pour laquelle les phénomènes douloureux semblent avoir pour fonction de meubler une forme de vide psychique contribuant à bloquer un éventuel travail de pensée ou de mémoire.

¹⁶ Induite notamment par les situations où l'intéressé ne décide plus de rien en ce qui le concerne, y compris pour les choses les plus banales de la vie quotidienne (par exemple le nombre de sucres dans son café !).

¹⁷ Les différentes formes et niveau de gravité des dépressions concerneraient 30% des plus de 65 ans.

- des demandes de type hypochondriaque, c'est-à-dire passant par le corps,
- des troubles du caractère, des colères, de l'agressivité à tous propos,
- des plaintes redondantes et une vision pessimiste des choses, voire une tendance à se persécuter,
- de l'asthénie avec (ou sans) troubles alimentaires, troubles du sommeil, négligence et désintérêt de tout, voire tendance à l'alitement prolongé en journée (clinophilie),
- une alcoolisation à des fins anxiolytiques,
- des troubles cognitifs, portant notamment sur l'attention et la mémoire.

Ce qui caractérise la dépression est la culpabilité et le retournement de l'agressivité contre soi, avec plus ou moins d'angoisse et la perte de l'envie de vivre, voire le désir de mort.

De fait le dépressif enferme son entourage dans un paradoxe, en se mettant tellement plus bas que terre que rien ne saurait lui être reproché.

Or, le risque essentiel encouru par tout dépressif est le suicide¹⁸.

Les formes les plus graves de dépressions sont celles dites « psychotiques » autrefois appelées « mélancoliques ». Elles se caractérisent par une conviction délirante : de ruine, de damnation, de culpabilité majeure, mais aussi d'être mort ou de n'avoir plus de corps, etc. La personne concernée est prostrée (ne mange plus, quelques fois n'urine plus et ne va plus à la selle) voire complètement catatonique. Cette forme de dépression expose, dès son tout début, à des formes de suicide violent, parfois collectif.¹⁹ Sa gravité justifie une hospitalisation sous contrainte sans délais.

La manie

Parler de dépression implique de parler des accès maniaques alternant avec des épisodes dépressifs (on parle alors de bipolarité) ou survenant indépendamment de manière isolée ou récurrente.

Ils se caractérisent par une jovialité suspecte : vivacité d'esprit, humour douteux (calembours) assortis d'une hyperactivité (dont l'engagement de dépenses excessives...) avec une tendance à la toute-puissance²⁰ et à la désinhibition (y compris sexuelle).

Un accès maniaque, soulignons-le, peut résulter d'un traitement antidépresseur ou psychostimulant. Le risque encouru, outre les conséquences des troubles du comportement, est le basculement brusque dans un état mélancolique.

Parler des accès maniaques caractérisés conduit nécessairement à parler de l'hypomanie, laquelle va de pair avec la même symptomatologie *a minima*. Il peut exister des tempéraments hypomaniaques qui sont très appréciés. Mais le côté « boute-en-train » survenant brutalement

¹⁸ Et cela quelle que soit sa façon de se présenter.

¹⁹ L'intéressé se suicidant après avoir tué ses proches.

²⁰ Il n'est pas facile de résister à un maniaque, qui risque à cette occasion de présenter une colère impressionnante.

doit attirer l'attention du fait du risque d'évolution rapide vers un accès maniaque caractérisé. Avec, là encore, la nécessité de réduire rapidement un éventuel traitement inducteur²¹.

Les manifestations délirantes et hallucinatoires

La persécution

Plus que tous autres, les vieillards ont tendance à se persécuter.

Et, on peut voir apparaître une décompensation de type paranoïaque classique, avec un délire de jalousie ou simplement le développement invalidant d'une tendance interprétative²².

Les hallucinations

Elles peuvent concerner les cinq sens, d'autant plus que leurs performances sont défaillantes²³. Les hallucinations les plus fréquentes semblent concerner le fait d'entendre des bruits ou des voix. Ce qui conduit notamment à des conflits de voisinage. Le fait d'entendre des voix qui donnent des ordres pouvant de plus inciter à des conduites dangereuses²⁴.

La confusion mentale

Des accès de confusion mentale peuvent survenir sur fond de déficit cognitif latent, en cas de perte de repères mal négociés : hospitalisation ou entrée en institution, déménagement (de soi-même ou des proches), perte du conjoint, etc.

Ces accès se caractérisent par un effondrement cognitif aigu associé à de l'angoisse, de l'insomnie et de l'errance dans une forme de rêve éveillé (onirisme) avec le risque de chutes et le développement de perturbations biologiques (déshydratation, hypotension...) pouvant engager le pronostic vital.

Des pathologies ouvrant un débat sur la notion de psychopathologie

Il s'agit de la question des affections psychosomatiques et de l'évolution dans une pathologie chronique de la cognition (sujets dits : déments).

Les affections psychosomatiques du grand âge

²¹ Ce qui n'est pas toujours consenti facilement, tant par l'intéressé que par son entourage (y compris soignant).

²² Consistant à suspecter l'existence de motivations cachées à tous propos.

²³ Surdit, ccit, anosmie, agueusie, perte de sensibilit superficielle ou profonde (neuropathies, amputations, accident vasculaire crbral) ...

²⁴ Pour soi-mme, mais aussi pour autrui.

On est à ce propos, par exemple, en droit d'évoquer comme à tout âge le rôle des facteurs de contrainte ou de stress dans l'apparition de diverses pathologies, notamment digestives. Et, ces mêmes facteurs peuvent manifestement jouer un rôle dans l'évolution d'une pathologie cardiovasculaire, notamment dans l'hypertension artérielle.

Les pathologies chroniques de la cognition

Elles se rattachent à la psychopathologie, d'une part, d'un point de vue évolutif.

Il n'est pas rare que leur apparition clinique, c'est-à-dire l'apparition de déficits cognitifs patents (invalidants) fasse suite à un événement traumatique (un deuil).

Ce qui conduit à penser que cette étape aurait pu n'être franchie que plus tard, dans le même contexte neurologique fragilisant²⁵.

Il en est de même pour les étapes de l'aggravation cognitive qui correspondent volontiers à la nécessité de s'adapter à des changements (hospitalisation, placement, etc.) qui se révèlent être au-dessus des capacités du malade et induisent notamment des épisodes confusionnels qui correspondent à autant d'étapes dans la régression cognitive.

Les pathologies cognitives se rattachent à la psychopathologie, d'autre part, du fait des troubles du comportement réactionnels²⁶, qui jalonnent leur évolution et impliquent l'appel au psychiatre.

Conclusion

La pratique psychogériatrique montre que l'évolution dans le grand âge comporte des risques psychopathologiques multiples²⁷.

Cela ne doit pas occulter qu'il existe des vieillissements réussis.

Tant il est possible de s'épanouir dans la vieillesse, d'assumer son âge, de le revendiquer²⁸, d'en faire une forme d'atout, d'y trouver un nouveau confort de vie, avec des capacités de distanciation (sérénité et rôle de l'expérience acquise).

Cela passe, entre autres, par la capacité de se mettre en cohérence, sachant qu'il y a toujours des situations problématiques à régler, pour se réconcilier avec soi-même et avec d'autres, reconnaître ce qui a été positif dans son bilan de vie.

Sachant aussi qu'il n'y a pas de limite d'âge pour entreprendre un parcours psychothérapique de soutien, pour avoir quelqu'un à qui parler librement. C'est-à-dire pour revisiter sa vie dans un cadre sécurisé et revalorisant où mettre des mots sur des émotions : voire quoi fait penser à quoi et donner du sens.

²⁵ Il y a entre l'existence d'une pathologie neuronale et la décompensation clinique patente, une analogie avec l'existence d'une ostéoporose et la survenue d'une fracture, laquelle pendant longtemps sera dépendante d'un traumatisme avant qu'on atteigne le stade du risque de fracture spontanée.

²⁶ Du point de vue affectif.

²⁷ Seule la schizophrénie semblant réservée à l'adolescence.

²⁸ Et non pas jouer au faux jeune !

Cela pour laisser une trace²⁹, constituer (malgré soi) une référence, continuer à prendre le risque de la vie.

Conflits d'intérêts : Aucun.

Référence

1- Ploton **L** (Dir). Ne pas avoir peur de la psychopathologie. Kit de survie à l'usage des soignants. Lyon : Chronique Sociale, 2013.

²⁹ Y compris en laissant un témoignage (oral ou écrit), une œuvre, une descendance.