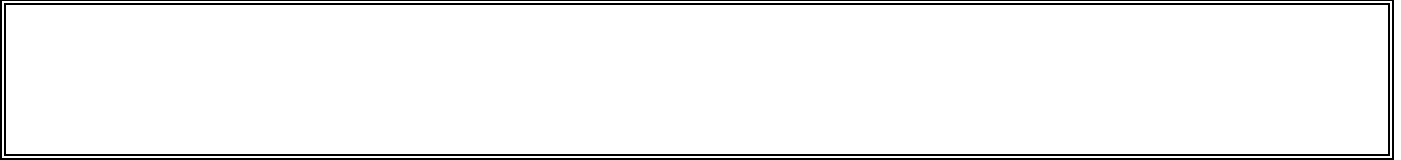


L'AVANCEE EN ÂGE,
LECTURE
DES MANIFESTATIONS NEVROTiques
ET
DES ETATS REGRESSIFS

Année Universitaire 2008/2009

Docteur F.AUMJAUD
6ter rue Béclard 49100 Angers
Gérontopsychiatre de libre pratique



AVERTISSEMENT

L’objectif de cet écrit est une recherche de conceptualisation d’une clinique élaborée au fil d’une pratique de la psychiatrie observée lors de l’avancée en âge.

La finalité en est la transmission.

L’écriture de ce texte s’est faite au fur et à mesure sur plusieurs années, encore très imparfaite elle est composée entre autre de fragments de textes dont les références et/ou les auteurs sont peut-être parfois incorporés au milieu de propos ou de réflexions personnelles.

Si malgré une vigilance éthique des ambiguïtés sur leurs origines devaient apparaître, il conviendrait des les replacer dans ce contexte de travail élaboré au fil du temps. Que les orateurs, auteurs et patients soient ici remerciés pour leurs contributions.

SOMMAIRE

1 - DEMARCHE EN GERONTOLOGIE CLINIQUE

- Social - Médical - psychologique
- S.O.C. → S.C.R. → S.C.C.

2 - TABLEAU NOSOLOGIQUE EN GERONTOPSYCHIATRIE

3 - NOTION DE DEPRESSIVITE DU S.V.A.

- Blessures narcissiques - réparables
 - non réparables
- Perte de motivation

4 - QU’EST-CE QUE LA NEVROSE ?

- 4.1 LA CONCEPTION PSYCHANALYTIQUE
- 4.2 LES CONCEPTIONS SOMATICIENNES « NEUROLOGIQUES »
- 4.3 LA CONCEPTION EN PSYCHIATRIE CLINIQUE
- 4.4 LES CONCEPTIONS GENETIQUES, COMPORTEMENTALES, ET ENVIRONNEMENTALES
- 4.5. S’AIDER DE L’IRIDOLOGIE POUR EXPLIQUER LA NEVROSE GRACE AUX EVENTAILS

5 - QU’ENTEND-T-ON PAR NEVROSE CHEZ LE S.V.A. ?

6 - LA CLINIQUE

- 6.1 - EN GENERAL

6.1.1 L'ANGOISSE

6.1.2 LA DEPENDANCE

6.1.3 L'EGOCENTRISME

6.1.4 LES DIFFICULTES D'ADAPTATION

6.2 - CHEZ LA PERSONNE AGEE

6.3 - LES MANIFESTATIONS NEVROTiques SPECIFIQUES

6.3.1 - LA NEVROSE OBSESSIONNELLE

6.3.2 - NEVROSES D'ANGOISSE ET NEVROSES PHOBiques

6.3.3 - LA NEVROSE HYSTERIQUE

6.3.4 - LA PLAINTe HYPOCHONDRIQUE

6.3.5 - LES ETATS REGRESSIFS AIGUS

6.3.6 - LES SYNDROMES DE REGRESSION PSYCHOMOTRICE DU VIEILLARD


6.3.7 - LE SYNDROME DU GLISSEMENT

6.3.8 - LE SYNDROME DE DIOGENE

7 - PRISE EN CHARGE ET CONDUITE A TENIR

1 - DEMARCHE EN GERONTOLOGIE CLINIQUE

-LA PRISE DE NOTES



IDENTITE	Milieu professionnel
Adressé par	Date
Caisse qui vous amène?	
ATCD TT pris	
Synthèse	Conduite à tenir
Commentaires	

-L 'EXTRACTION DE LA CLINIQUE A LA SUITE DE L'ENTRETIEN

1- APPROCHE SOCIALE.

2- APPROCHE MEDICALE

3- APPROCHE NEUROGERIATRIQUE ET PSYCHIATRIQUE

Versant Neurogériatrique:

**Syndrome Organique Cérébral: SOC - réversible
chronique**

Séméiologies thymiques et comportementales

Versant psychiatrique

séméiologie psychotique

séméiologie névrotique

**{ DANS la vieillesse et
DE la vieillesse**

3.1 LES SYNDROMES ORGANIQUES CEREBRAUX QUI CORRESPONDENTS A
L 'ENSEMBLE DES TROUBLES ASSOCIES A UNE ALTERATION DIFFUSE DE
LA FONCTION CEREBRALE

3.1.1. LES SYNDROME CEREBRAUX REVERSIBLES

- D** Drugs (iatrogénie)
- E** Emotional disorders
- M** Métabolique et Endocrinologie

- E** Eyes (tout ce qui est sensoriel)
- N** Nutritionnels
- T** Traumatique
- I** Infection
- A** Athérosclérose et cardiovasculaire

Selon le Dr. R. LEROUX en 1981

3.1.2. ' LES SYNDROMES CEREBRAUX CHRONIQUES

« Les démences »

3.2. LES MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES

3.2.1. DEBUTEES DANS L' ENFANCE OU A L' AGE ADULTE JEUNE

3.2.2. DEBUTEES A UN AGE AVANCE

- a- TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DU CARACTERE
- b- NEVROSES
- c- PSYCHOSES

Le syndrome organique cérébral est d’abord aigu ou réversible avant de devenir chronique et définir une maladie.

S.O.C → S.C.R. → S.C.R

Tous ces syndromes se reconnaissent par ces cinq traits qui ne seront pas obligatoirement présents en même temps ni dans les mêmes proportions, mais qui sont d'autant plus fréquents que le S.O.C. est plus prononcé:

- 1/ perturbation et détérioration de la mémoire;
- 2/ altération du fonctionnement intellectuel ou entendement;
- 3/ altération du jugement;
- 4/ altération de l'orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes;
- 5/ affects superficiels ou labiles - par quoi l'on entend que le sujet ne manifeste guère d'émotions ou bien présente des sautes d'humeur.

Les réactions du sujet au S.O.C. sont très variables et peuvent être parfois, rapportées uniquement par l'entourage. D'autres fois il peut y avoir des réactions émotives en réponse aux difficultés éprouvées et à ce moment là le sujet recourt à divers mécanismes de défense et d'adaptation.

2 - TABLEAU NOSOLOGIQUE EN GERONTOPSYCHIATRIE

BALIER C. Troubles névrotiques de la sénescence - EMC Paris, psychiatrie II, 1976 37530 A-30 ;
L'intrication psychologique, biologique et somatique, est en cause dans les imprécisions des classifications nosographiques. Ce qui rend difficile un schéma nosologique est le fait qu'il faille distinguer un âge chronologique, biologique et psychologique. Ces trois dimensions ne se recoupent que très rarement. Comme $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{3}$ des personnes de plus de 65 ans présentent un état névrotique, il est essentiel de prendre en compte cette clinique et ne pas s'arrêter uniquement à l'impression lapidaire que « c'est dû à l'âge » et donc de ne rien faire. Cette invitation de C. BALIER est toujours valable à l'heure d'aujourd'hui mais la difficulté d'exploration de cette clinique n'a pu jusqu'ici amener à une orientation franche d'école pour l'appréhender. La précision de la sémantique et des concepts se définissent progressivement. C'est ainsi que les ouvrages de synthèse ont des points d'appuis théoriques éclectiques prometteurs d'explorations et de conduites à tenir sans cesse à renouveler.

Notre approche se veut essentiellement clinique avec un objectif singulier pour le praticien ; reconnaître ses limites de fonctionnement personnel afin de gérer son contre transfert et être capable de travailler dans un cadre transdisciplinaire.

Tableau Nosologique en Gériopsychiatrie, selon le Dr F. Aumjaud

➤ Versant neurogériatrique SOC

- SOC **réversibles** [Syndromes confusionnels]

Drugs
Emotionals disorders
Metabolic & endocrinologic
Eyes
Nutritional
Traumatic
Infection
Atherosclerosis and cardiologic

- SOC **chroniques** [Syndromes démentiels]

Dégénératives
Mixtes
Vasculaires

➤ Versant psychique

▪ ED

- Inhibition
- Humeur dépressive
- trouble du sommeil, de la libido et des conduites alimentaires
- Anxiété somatique, et Psychique

- Franches
- Masquantes
- Masquées

- épisodes intermittents
- Chronicité
- rémission

- « Psychogène »
- PMD »

- à domicile
- à l'Hôpital

Anti-dépresseurs

CLINIQUE

FORMES

EVOLUTION

ETIOLOGIE

TRAITEMENT

S
U
I
C
I
D
E



▪ PSYCHOSES

- Vieillissantes, s'appauvrissant
- d'apparitions tardives → isolées
Associées

▪ NEVROSES

- vieilles qui renvoient à l'angoisse de castration
- tardives qui portent sur l'estime de soi, au narcissisme danger de l'angoisse de morcellement

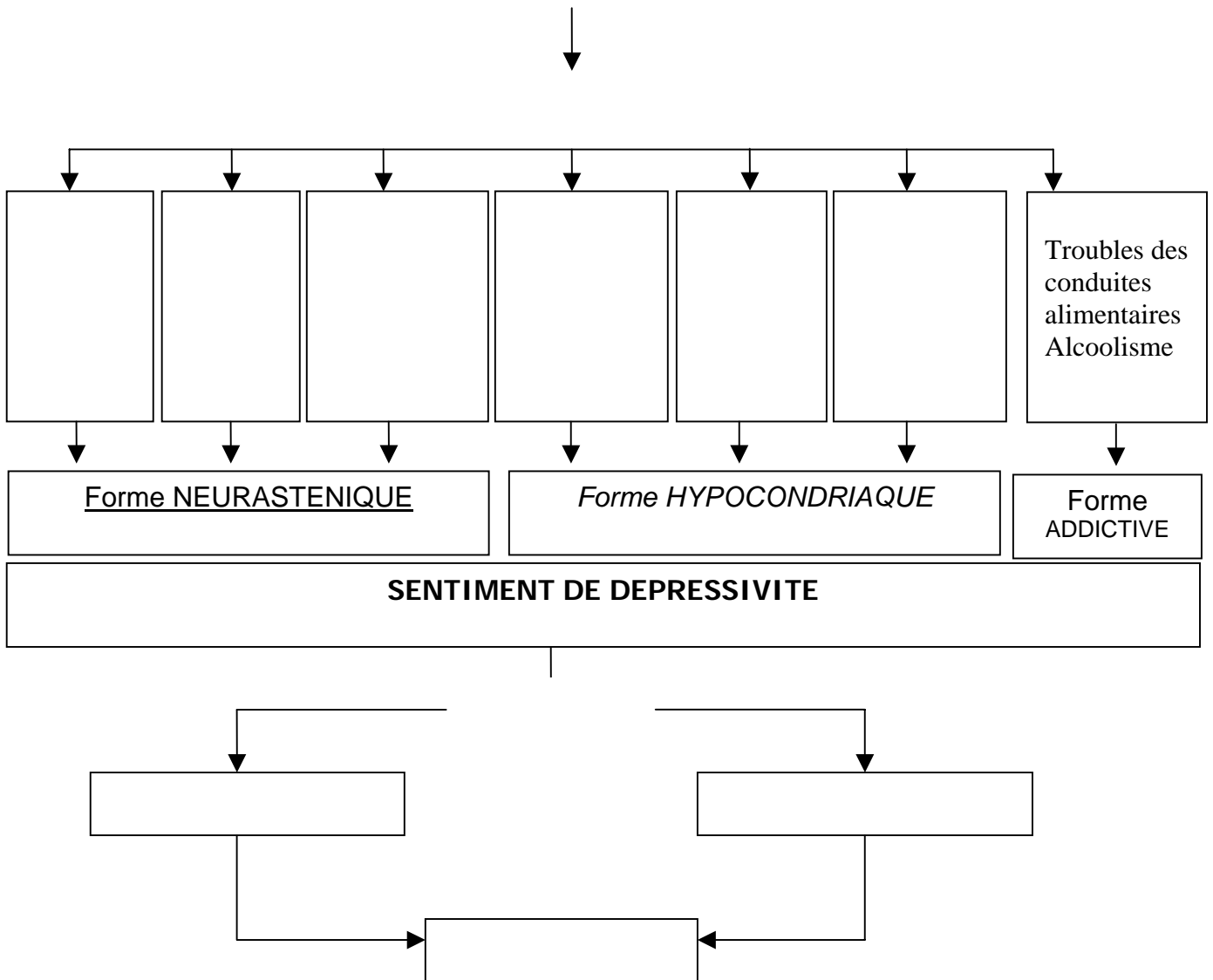
ANGOISSE
DEPENDANCE
EGOCENTRISME

=TROUBLES DE L'ADAPTATION
ET DU COMPORTEMENT

3-NOTION DE DEPRESSIVITE* DU S.V.A.

-Blessures narcissiques-« réparables »

-« non réparables »



* mot emprunté au Dr. H. Bianchi

4 – QU ' EST- CE QUE LA NEVROSE ?

La question agite les esprits depuis que le terme a été introduit par Cullen en 1769 et continue à le faire malgré sa suppression par la nosologie américaine deux cents ans plus tard. Elle est essentiellement compliquée par le fait que selon la fonction, on ne parle pas de la même chose.

Le terme de névrose est un dérivé savant du grec *neuron* *nerf* et du suffixe *-ose* qualifiant les maladies non inflammatoires. Il évoque le rattachement ancien des troubles psychiques à des dysfonctionnements du système nerveux, sans symptôme neurologique apparent et sans lésion. Le terme s'oppose donc alors aux psychoses, maladies de l'âme.

4.1 - LA CONCEPTION PSYCHANALYTIQUE

Elle a le mérite de garder sa place pleine et entière au sujet, c'est-à-dire qu'elle s'efforce d'avoir une vue d'ensemble de la vie psychique du sujet, névrotique ou non. Freud a unifié le champ des névroses, tout en les classant en différentes entités. Il a montré que le symptôme névrotique n'est pas qu'une particularité clinique, mais qu'il a un sens dans l'organisation psychique et qu'il joue un rôle dans le fonctionnement de l'activité mentale : il est la résultante consciente d'un conflit intrapsychique inconscient. L'essentiel du travail de Freud et des autres psychanalystes par la suite a été porté sur la psychopathologie et non sur la clinique.

Il ressort que les troubles névrotiques sont élaborés lorsque les défenses habituelles du Moi échouent à contrôler normalement l'angoisse née des conflits. L'importance de la pression pulsionnelle, le caractère abusivement dangereux qui lui est prêté, une maladresse à mettre en oeuvre ses défenses naturelles liées aux avatars du développement sont les raisons de cet échec. Cette solution de compromis a une valeur économique incontestable, même si ses conséquences peuvent être lourdes. Le symptôme permet de rendre acceptable le désir pulsionnel dangereux en s'appuyant sur les mécanismes de défense du Moi.

Le classement en quatre grandes entités est bien reconnu dans la pratique : névroses d'angoisse, phobiques, obsessionnelles et hystériques.

4.2- LES CONCEPTIONS SOMATICIENNES « NEUROLOGIQUES »

La névrose serait alors un moyen commode de mettre une étiquette sur un patient dont les symptômes ne correspondent pas à ceux habituellement constatés dans tel ou tel type d'affection médicale. Si lésion il y a, elle échappe actuellement à nos moyens d'investigations. En trouverait-on une, que se poserait les questions de son origine et de la façon dont s'adapte le cerveau jusqu'à fabriquer des expressions psychiques. Quant aux dysfonctionnements, ils posent plus directement le problème de savoir s'ils sont causes ou conséquences de l'état névrotique. Quel serait donc le rôle des neuromédiateurs ?

Le diagnostic positif se réduit donc à sa plus simple expression au profit du diagnostic différentiel.

4.3 -LA CONCEPTION EN PSYCHIATRIE CLINIQUE

Actuellement l'innovation radicale est de séparer les symptômes des troubles de personnalité, par une classification multi-axiale le D.S.M. IV- TR :

les troubles symptomatiques sont portés sur l'axe I, les troubles de la personnalité sur l'axe II. Dans le désir affirmé de rompre avec le passé, les anciennes dénominations ont été abolies, ce qui a fait passer à la trappe le terme même de névrose.

Dans l'axe I, celui de la symptomatologie cette clinique sera retrouvée dans le cadre des troubles anxieux

des troubles somatoformes

des troubles dissociatifs.

Sur l'axe II, celui de la personnalité, diverses formes recourent les personnalités névrotiques classiques (histrioniques au lieu d'hystérique, évitante au lieu de phobique, dépendante, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive).

Notons que dans la nosologie française classique, le diagnostic des névroses repose sur l'association de symptômes névrotiques spécifiques et d'une personnalité de base. Le symptôme seul ne suffit pas au diagnostic.

Il est important de faire quelques remarques :

- Il existe des états névrotiques sans symptômes spécifiques, c'est-à-dire que ces états ne reposent que sur des formes de personnalités qui n'acquièrent leurs dimensions pathologiques que du confort que le sujet y trouve, ou de l'intolérance de l'entourage.

- A l'inverse, il y a des symptômes névrotiques sans structure de personnalité prédéfinie sous jacente, par exemple lors du développement infantile, dans les états limites, dans les dépressions ou les addictions.

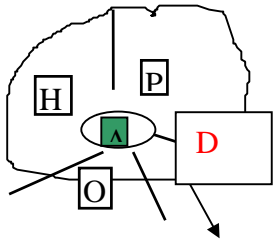
L'avance en âge va mettre à mal la structure du sujet, ses mécanismes de fonctionnement et d'investissements libidinaux, narcissique et objectaux.

La classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (C.I.M.-10/I.C.D.-10) est utilisée comme référence dans les hôpitaux français. Il existe des points de similitude entre les classifications DSM et CIM.

4.4- LES CONCEPTIONS GENETIQUES, COMPORTEMENTALES, ET ENVIRONNEMENTALES

4.5 - S'AIDER DE L'IRIDOLOGIE POUR EXPLIQUER LA NEVROSE GRACE AUX EVENTAILS !

Le sujet se construit psychiquement au fil du temps avec des moments d'accélération, de stagnation, de reprise, de relectures d'événements antérieurs. Il amasse des matériaux de construction par son histoire, il déploie, bloque, investit ce qu'il est et l'autre. C'est ainsi qu'il se structure petit à petit, sans oublier ce qu'il a été. Ces temps, ces lieux, ces stades restent à l'état de traces dans le psychisme du sujet et peuvent faire surface à n'importe quel moment. Si la structuration névrotique en est l'aboutissement, il n'en reste pas moins que l'expressivité des traces doit être prise en compte, tout comme les adaptations possibles aux avatars de la vie qui viennent secouer la structure du sujet.

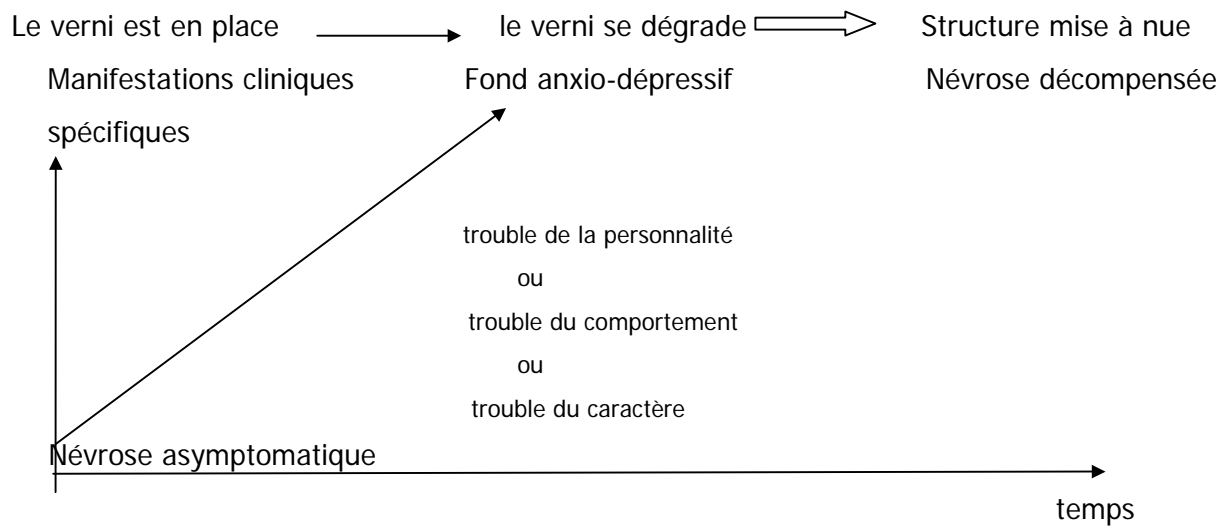


- P = éléments phobiques
- H= éléments hystériques
- O= éléments obsessionnels

D = Reste ce qui est le plus archaïque avec les références psychotiques - perverses
A = l'angoisse due au manque dans la structure

En fonction de l'histoire du Sujet, comme un diaphragme d'appareil photographique, ou l'iris d'un œil, les éléments H, P, O et D vont plus ou moins se construire, s'étendre et, s'exprimer. Le centre, lieu du manque, laisse pupille le sujet.

Comme en iridologie, il peut y avoir une lecture où il est relevé, tâches, épaissements, amincissements, au niveau des structures initiales (« shuntées, porosités, ectasées, rigidifiées par le temps écoulé »). Par ailleurs, les contours des structures peuvent devenir plus flous. Mais surtout, ce qui fait leurre, qui déjoue, colore, sorte de verni sur la structure par les impacts plus ou moins traumatisants de vie, va ou pas, mettre à nu la structure. Depuis les manifestations de la personnalité il peut y avoir une véritable décompensation psychique cataclysmique lors de l'âge avancé car le verni ne tient plus. Avec le temps qui passe, il est de plus en plus difficile de s'illusionner, d'illusionner l'autre au sens élargi. Il ne reste bien souvent que l'autre dans son acception de proximité affective fortement investie pour que le maintien en vie soit tolérable voire tolérée. Le S. V.A. névrosé ne serait plus suffisamment verni, sa structure trop à nue dévoilerait une superposition de pans de l'éventail ajouré. Le colmatage dépend de la structuration névrotique de l'autre proche et/ou de la qualité de la lecture de l'environnement plus éloignée du point de vue des investissements psychiques.



5 - QU'ENTEND-T-ON PAR NEVROSE CHEZ LE SVA

La clinique névrotique se caractérise par un certain nombre de perturbations cliniques que leurs intensités, leurs durées ou leurs circonstances d'apparition rendent pathologiques. Il y a donc une façon d'être qui consiste pour ses sujets à ne pas réagir de manière adaptée aux situations proposées. Le mode d'adaptation s'effectue sur un mode défensif, destiné à masquer ou à dériver l'anxiété, et utiliser inconsciemment ces manifestations cliniques en vue de bénéfices secondaires. La tolérance du milieu à l'expression de la névrose est très variable, ce qui rend difficile l'extraction clinique et la conduite à tenir. En effet bien souvent, et d'autant plus s'il y a une notion de dépendance physique ou sociale, la dépendance psychique inconsciente ou pas prend une place dont les mécanismes rendent caduques tous espoir de résolution sans passer par la notion de système.

Dès lors, l'étude de ce propos des auteurs engloberont aussi bien les formes « cliniques du vieillard » des névroses classiques, atteignant les sujets exposés depuis longtemps à une gestion difficile de leur anxiété (**dans** la vieillesse) que les conduites névrotiques « spécifiques » débutées à un âge avancé (**de** la vieillesse).

Historiquement, il peut être fait référence à la thèse Paris 1961 de G.Dedieu-Anglade sur les névroses d'involution. Il y est retracé l'historique de la période allant de la fin du siècle dernier à la seconde moitié

du XX ème siècle. Il est surtout question de la névrose hystérique et peu de l’obsessionnelle. La recherche pathogénique est donnée par le concept de dégénérescence avant d’évoquer à partir de 1929 celui d’involution défini par le « passage à un état nouveau de diminution ».

Dublineau en 1940, Minkowski en 1950 introduisaient la notion de crise au cours du vieillissement suivie de nouvelles périodes d’adaptation qui ne seraient pas forcément en état de diminution mais pourraient être au contraire une forme d’épanouissement.

Comme nous l’avons déjà vu les travaux analytiques surtout avant 1960 sont marqués par la notion de diminution de la libido et de régression. Les confrères américains se sont par ailleurs beaucoup intéressés à décrire le processus dynamique en réaction avec l’angoisse de mort.

Néanmoins, comme le soulignent J.Richard et E.Dirx dans le ouvrage « psych-gérontologie » la lecture du vieillissement doit être intégré dans la lecture culturelle de la vie (cf p 6). S. de Beauvoir dans « la vieillesse » évoque la même chose du point de vue de l’historicité. Ces références au Sujet pris dans une dimension écologique nous ont amené à une lecture à la fois diachronique et synchronique de la clinique de l’âgé. L’age est l’axe »la pièce maîtresse longitudinale de la charrue sur laquelle se fixe le soc et toutes les autres pièces » (Dictionnaire le Petit Larousse ,1990). Il faut bien prendre appui sur quelque chose pour creuser son sillon, laisser traces, quitte à être recouvert et découvert lors d’un autre passage. Prendre appui sur la structure du sujet c’est le considérer vivant même s’il est invalide, déficitaire, dépendant, dément, handicapé...

DU SUJET AGE AU SUJET VIEILLISSANT AGE (S.V.A.)

Qui est le Sujet Vieillissant âgé ?

Nous avons pris le parti de considérer l’âgé comme un Sujet Vieillissant Agé (S.V.A.) F.Aumjaud 1983. C’est-à-dire un Sujet différent du fait d’une biographie plus avancée, mais structurellement identique au sujet adulte plus jeune, vieillissant également. Ainsi proposer le concept de SVA, c’est souligner l’importance du Sujet présent, eu égard à ce qu’il fut, et ce qu’il peut être encore dans le futur. Le point central étant la reconnaissance structurelle au sens où l’entend la clinique psychodynamique mais reprise dans une dimension écologique et processuelle (pour ce dernier terme cf. A. LE DORZE AFPEP Rennes 2004).

Que demande le Sujet Vieillissant ?

En empruntant l’écriture lacanienne nous pouvons écrire :

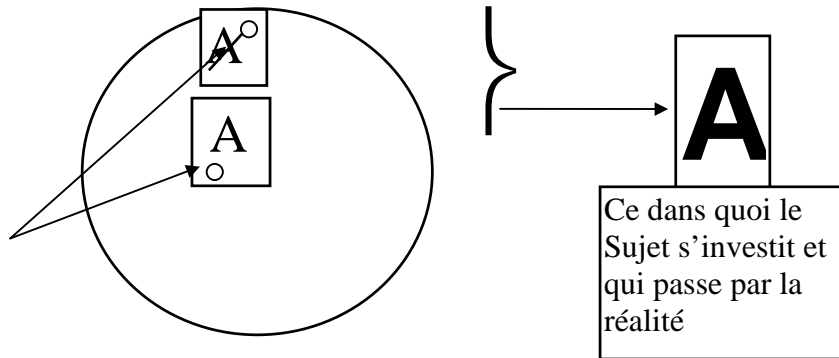
1) \mathcal{S} est le Sujet vieillissant, c’est n’importe qui, c’est aussi nous, adulte plus jeune mais vieillissant

2) $\mathcal{S} \longrightarrow$ Autre

Le sujet vieillissant, l’est, parce qu’il est vivant, qu’il se reconnaît dans l’Autre. Ce que le sujet va chercher dans ce lieu de parole et de signifiants est rempli d’imaginaire. Le Sujet y met ce qu’il veut dans cette relation quitte à s’y aliéner, mais de toute façon cela ne sera jamais assez pour remplir le manque du Sujet (S demandeur).

3) $\mathcal{S} \longrightarrow \mathcal{A}$

Le sujet vieillissant peut s’investir dans un Autre qui peut-être également un Sujet et donc comme lui, être marqué par cette barre qui signe le manque. Manque qui rend le sujet désirant de cet Autre.



4) \mathcal{S}

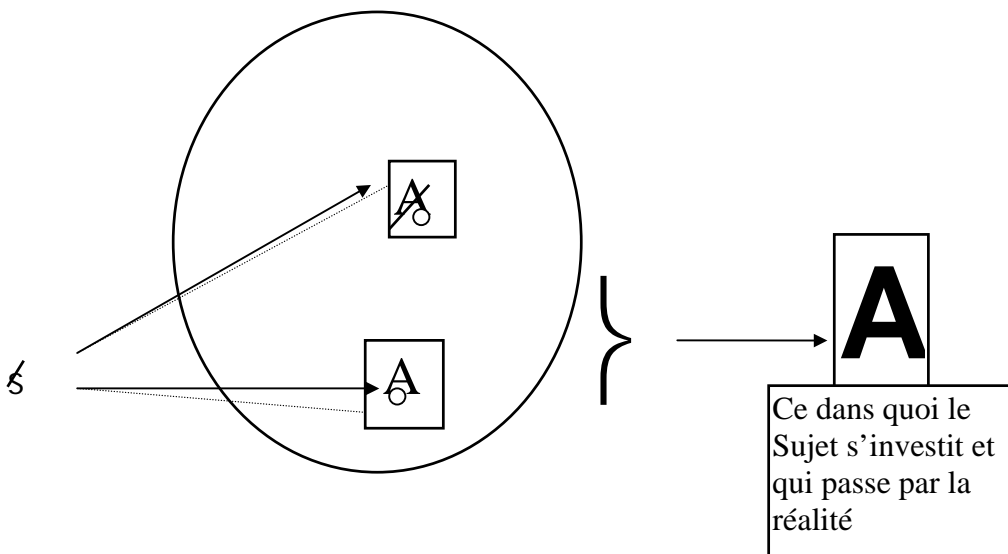
La recherche dans ce qui n’est pas soi et représenté par **A** :

- investi en fait de façon imaginaire (A) sous couvert de la réalité (famille, travail, engagement de tous ordres tel le choix d’un(e) partenaire de vie)

- ou par le biais de son manque (\mathcal{A}) à travers le discours de « l’hainamoration » (J.Lacan).

Une fois que le Sujet aura fait le tour de la question du manque dans l’Autre il sera renvoyé à lui-même. Ces mécanismes d’adaptation moins performants sur une structure qui a pris de l’âge, tout y est indiqué

pour que s'affiche une dépressivité*, un épaissement du mode de fonctionnement antérieur signant la structure sous jacente.



EXEMPLE CLINIQUE

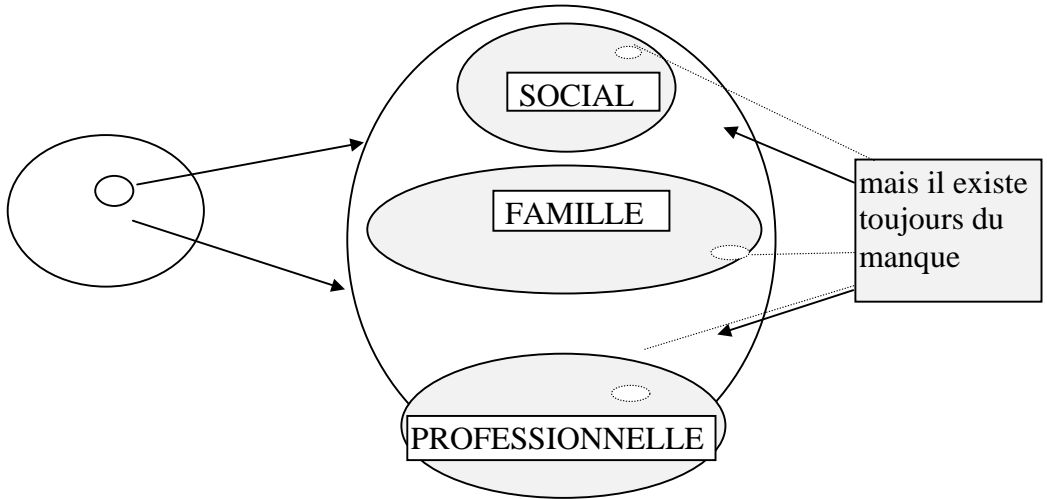
« Madame C. est en proie à une profonde angoisse, avec réaction dépressive secondaire.

Sur le plan étiologique, retenons plusieurs éléments : au premier plan la santé de son mari, qui, au lendemain de la mise à la retraite a développé une dysglobulinémie. En second plan ses problèmes de santé personnels avec en particulier un cancer du sein traité par tumorectomie et semble-t-il guéri. Plus récemment une fracture de la cheville compliquée d'algodystrophie, lui a fait prendre conscience de la réalité de son vieillissement par des « pertes successives ».

Madame C., a été, pendant de nombreuses années « assistante » de son mari vétérinaire. Au moment de la retraite du conjoint, tout semble s'écrouler pour elle : inactivité, problème de santé avec la problématique « Qu'est-ce que je vais devenir sans lui ? ».

En fait, tout est intriqué, dans ce couple qui n'a jamais pu faire la différence pour que chacun des deux ait la possibilité de s'autonomiser et d'exister à part entière.

Il y a la position du médecin de famille, aux lieux privilégiés, et qui ne peut être le dépositaire de tout ce qu'il faudrait dire, en particulier Madame C. ne peut me parler directement de la mort de son conjoint se sentant coupable d'aborder ce thème » (in ; lettre d'introduction du médecin généraliste).



Madame ~~C~~ _____ S →

Le Sujet s'investit dans différents domaines qui vont lui permettre de lui faire oublier le manque qui le caractérise. Tout au long de la vie quand un champ d'investissement fait défaut, il est remplacé ou modulé. Ceci à condition que le Sujet fasse le deuil du précédent investissement.

Par ailleurs, le Sujet doit compter sur lui-même, c'est la dimension narcissique de l'investissement du Sujet.



Les blessures narcissiques dues à l'avancée en âge sont donc pour un certain temps compensées.

Lors de l'avancée en âge cette référence narcissique peut se détériorer et développer une image en miroir difficilement supportable. Pour le moins, le sujet peut-il être plus modeste dans ce qu'il attend en s'appuyant sur lui-même. cf. Le Moi « hideux » de J.MESSY.

Le grand vieillard s'inscrit-il dans une dimension différente où il faudrait y reconnaître un certain dépassement de l'énigme du manque ? Du travail de vieillir qui souligne une clinique débutée très jeune, de l'apprentissage de deuils successifs, le travail de trépas (décrit par Michel de M'UZAN) rapporte cette sagesse observée parfois chez les grands vieillards. Pour cet auteur, elle viendrait de l'appui symbolique sur des parents rassurants.

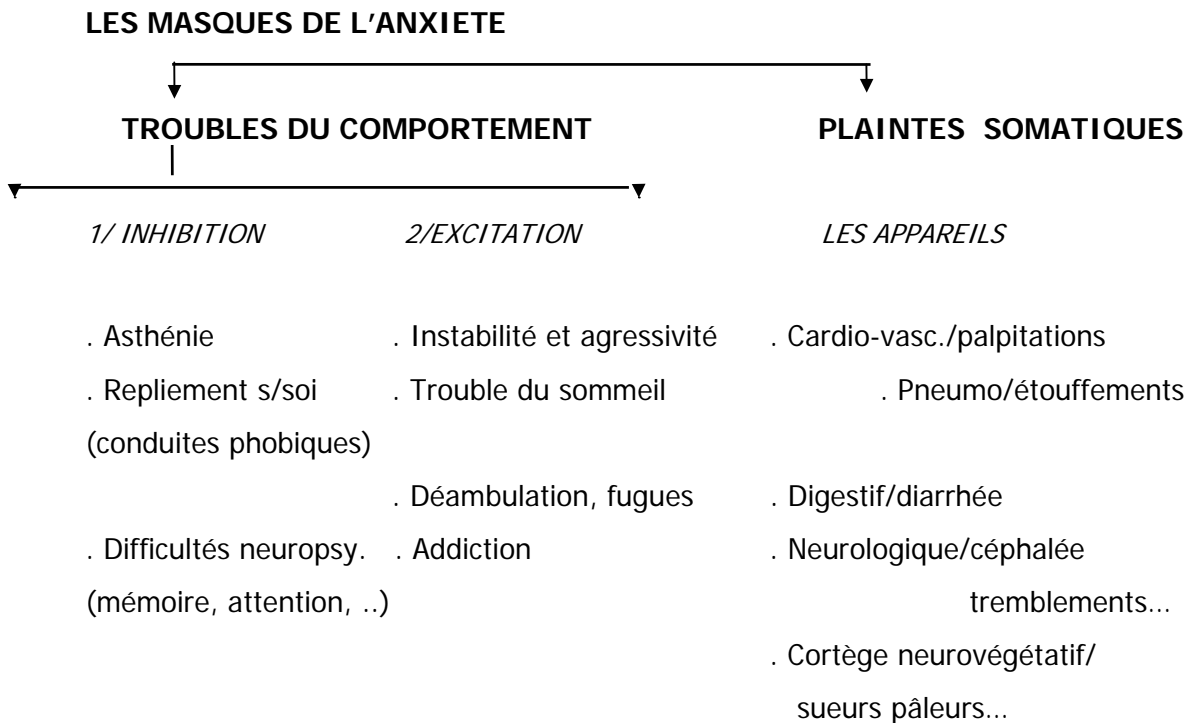
Les décompensations psychiques observées lors de l'avancée en âge viennent rappeler les traces des expériences psychiques antérieures. Les dépassements défectueux de certaines au caractère nodale se retrouvent sous des particularités clinique s répétitives.

6 - LA CLINIQUE

6.1. - LES MANIFESTATIONS COMMUNES DES NEVROSES

- ANGOISSE
- DEPENDANCE
- EGOCENTRISME
- DIFFICULTES D'ADAPTATION

Parfois cette clinique prend des allures cachées qu'il convient de décrypter se sont :



- Penser au possible d'une maladie organique
- Deux domaines sont concernés : le CORPS et les biens personnels
- L'anamnèse est essentielle → évaluer la personnalité et rechercher un ou plusieurs événements à caractère traumatique
- Importance de la relation patient/thérapeute car il existe toujours la peur de mourir.

6.1.1. - L'ANGOISSE

Tout névrosé est anxieux emprunt d'un phénomène subjectif de détresse porté sur l'avenir, sentiment d'attente. L'angoisse y est ou non associée par son cortège neuro-végétatif. Il est classiquement décrit selon Brissaud depuis 1890 un pôle somatique (l'angoisse) et un pôle psychique (l'anxiété). La co-morbidité somatique alourdit la lecture clinique et les capacité de maîtrise de l'environnement interviennent dans l'expressivité de cette séméiologie.

Le mot angoisse est ancien dans la langue puisqu'il apparaît au XIIe siècle sous sa forme *anguisse* qui donnera elle-même, l'anglais peu usité *anguich*. Ils décrivent tous deux du latin *angustia* et du verbe *angere* « serrer, resserrer ». De par ses manifestations somatiques, l'angoisse « resserre » effectivement le corps, la gorge, la poitrine, les viscères.... mais le sens premier d'*angustia* en porte toute la valeur morale désignant un passage étroit, resserré, dans lequel une armée pouvait être décimée, ce que l'on nomme encore un coupe-gorge. Ce sens figuré est très parlant puisqu'il porte en lui le risque suprême.

La distinction en français, du champ lexical des deux termes angoisse et anxiété est fondé sur l'usage et donc sur l'histoire de la langue et des affrontements idéologiques, car la clinique ne reflète pas si clairement cette dichotomie. Cette différence n'est aujourd'hui ni de degré, ni de nature, elle est une différence de culture que nous ne pouvons ignorer (in les objets de la psychiatrie PP 40-45).

Donc cliniquement cette angoisse peut rester à l'état latent et ne se traduire que par la simple propension à vivre dans un état d'inquiétude permanent. D'autres fois, elle peut se manifester par de grandes crises d'angoisse paroxystiques, comme dans la névrose d'angoisse ou se cristalliser sur des symptômes psychologiques particuliers (phobiques, obsessionnels) ou se fixer sur le corps, soit par une attention excessive portée à celui-ci, comme dans l'hypochondrie, soit par la reproduction d'un trouble imaginaire comme dans l'hystérie.

Sa recherche est donc indispensable dès la rencontre avec le consultant mais il convient de ne pas négliger la théorie du désengagement émotionnel décrit par Cumming en 1961 qui rappelle les mécanismes d'adaptation réduisant, sélectionnant les situations émotionnelles en fonction de ce que peut supporter le Sujet. C'est ainsi qu'il faut dégager une expression de l'angoisse de morcellement, sentiment de pulvérisation, de perte des

limites et l’angoisse d’abandon avec sa variante celle de séparation (cf. l’article de D.Léger)

6.1.2. - LA DEPENDANCE

Cette notion correspond à une organisation de personnalité marquée par la dépendance pathologique au regard, à l’attention et à l’opinion d’autrui. Cette figure de personnalité introduit une dimension infantile et conflictuelle de la structuration psychique, qui assure au sujet dépendant la continuité narcissique qui lui est nécessaire, au prix de conduites déviantes réduisant notablement le champ de ses investissements. La notion de dépendance est ainsi syndrome de dépendance affective ayant une valeur psychodynamique de protection contre l’angoisse.

Cette dépendance empêche le sujet d’acquérir une pleine autonomie, non sur le plan matériel ou même social mais sur le plan psychologique. Le Sujet n’existe que trop en fonction d’autrui que ce soit pour être regardé ou pour être rassuré.

6.1.3. - L’EGOCENTRISME

Il souligne ainsi que le sujet est incapable de se situer du point de vue d’autrui : même quand il proteste comme l’hystérique, de son extraordinaire dévouement, il s’agit toujours de lui seul. L’égocentrique ne peut faire l’effort de sortir de soi pour se regarder avec les yeux d’un autre. (Il est différent de l’égoïste, capable de comprendre l’intérêt d’autrui, même si c’est pour se référer le sien). Cette attitude n’atteint pas seulement la sphère affective ; elle touche même le raisonnement et le jugement, aboutissant à des attitudes risibles ou odieuses pour l’entourage.

6.1.4. - LES DIFFICULTES D’ADAPTATION

En français le mot adaptation est ambiguë puisqu’il désigne à la fois le fait d’être adapté et le processus qui conduit à cet état.

Un obstacle, un besoin, tout changement... mobilisent l’organisme afin de maintenir ou rétablir l’équilibre antérieur, afin de s’ajuster et de créer un nouvel équilibre compatible avec la survie.

Or, si le névrosé est capable de rester adapté à des situations que ne supporterait parfois pas un individu non malade, le moindre autre changement peut entraîner une résurgence intolérable de l’angoisse. Il est ainsi amené à rester dans un état pénible, tout en souffrant, plutôt que de faire l’effort d’en changer (le peut-il ?est-il souhaitable de le solliciter dans ce domaine là ? Ce sont là des questions récurrentes lors de la prise en soin d’un S.V.A.).

6.2. - CHEZ LA PERSONNE DITE AGEE

En plus des manifestations masquantes, il faut se méfier des intrications sociales, médicales et psychologiques.

Par ailleurs, des troubles cognitifs dus à l’avancée en âge favorisent l’épaississement des traits de caractère et certaines désinhibitions concernant les convenances sociales. Tout ce ceci rend la lecture clinique très difficile et nécessite outre de l’expérience, parfois le travail transdisciplinaire. La complémentarité des intervenants allie compétence pointue et humilité large. C’est pourquoi il est impératif de bien se connaître dans sa pratique pour en accepter les limites.

Les changements sont nombreux : la vieillesse est la période des changements, des pertes et des séparations, non seulement sur le plan social et professionnel, mais sur celui du corps même. Le S.V.A. aura plus de paramètres de décompensations à adapter que le Sujet vieillissant jeune. Nous venons de voir toute la difficulté que peut bien avoir le névrosé à faire face à cette obligation de prendre en compte de plus en plus réellement la notion du définitif. Il n’y a donc rien d’étonnant que la vieillesse soit une époque propice à la décompensation psychique. Le réel de la mort est impensable pour l’inconscient. Jusque là le milieu social ou/et professionnel tolérant et compréhensif assurait pour beaucoup d’entre eux une protection satisfaisante contre les pulsions anxieuses. Retenons néanmoins, que quelque soit la valeur précipitante des facteurs actuels, on trouvera dans ceux-ci l’expression traumatique de conflits anciens insuffisamment

stabilisés. Les références symboliques et imaginaires sont à repérer compte tenu du potentiel de décompensation suicidaire, de rechute et de chronicisation.

Selon J.C.MONFORT (in psychiatrie du Sujet âgée- Flammarion 1999 pp.216-232) les névroses des sujets âgées sont caractérisées par : des spécificités épidémiologiques, une comorbidité très particulière (dépression, démence, polyopathie somatique), des formes à débuts précoces et d’autres apparaissant à l’âge avancé, une évolutivité de type dépressif névrotique et un risque de mort élevé par suicide. Enfin la prise en soin devra tenir compte de la dépendance et de l’aide de l’entourage.

6.3. - LES MANIFESTATIONS NEVROTIQUES SPECIFIQUES

6.3.1. - NEVROSE OBSESSIONNELLE (N. O.)

En général, le tableau de la névrose obsessionnelle est suffisamment typique et caractéristique pour qu’il ne soit pas besoin d’y insister.

Il associe :

- Des pensées obsédantes et/ou des comportements compulsifs, qui ont dans tous les cas les caractéristiques suivantes :
 - Le sujet reconnaît qu’il s’agit de ses propres pensées ou impulsions.
 - Il existe au moins une pensée ou un comportement auquel le sujet continue à résister sans y parvenir, associé ou non à des symptômes auquel il n’oppose plus de résistance.
 - Le sujet ne tire aucun plaisir d’une pensée obsédante ou d’un acte compulsif.
 - Les pensées, représentations ou impulsions doivent être récurrentes et désagréables.
- Une personnalité particulière qui associe méticulosité, avarice et entêtement, en même temps qu’une tendance perpétuelle au doute et à l’introspection.

Chez le sujet âgé on peut voir deux éventualités assez différentes dans leur pronostic :

- La névrose obsessionnelle vieillie qui peut persister pratiquement inchangée pendant des années, jusqu’à la mort mais en général les thèmes et les rites s’appauvrissent au fur et à mesure que s’accroît l’isolement du sujet et la détérioration intellectuelle qui en résulte.

Elle peut se décompenser sous une forme dépressive parfois grave, d’allure mélancolique, ou laisser place à une dépression chronique, souvent marquée par les doléances hypocondriaques, et désespérément insensible à toutes les formes de prise en charge.

Il faut cependant rappeler les progrès thérapeutiques accomplis les dernières années, grâce notamment aux antidépresseurs sérotoninergiques qui, s’ils sont prescrits suffisamment tôt, peuvent éviter l’isolement progressif de l’obsessionnel, aussi muré dans ses pensées et rituels que le psychotique dans son délire.

- La névrose obsessionnelle décompensée : il s’agit de sujets qui, sans présenter de Le traitement est dans ce cas beaucoup plus difficile car la souffrance est d’autant moins exprimée que l’isolement est ancien. Toute rupture de ces gestes accomplis inlassablement toujours dans les mêmes formes et dans le même ordre engendre un vide existentiel qui ne peut déboucher que sur la dépression et la mort. C’est dire l’importance d’une prise en charge précoce ; malheureusement l’isolement même de ces sujets ne les fait découvrir que trop tard.

A - Exemple d’une organisation obsessionnelle vieillie :

Thomas de QUINCEY, Les derniers jours d’Emmanuel KANT, Coll. Ombres, Toulouse, 1985.

A 78 ans, KANT eut une exacerbation de tout un ensemble de comportements et de rituels obsessionnels qui font parties de la légende de l’homme. On sait que H.HEINE a dit que le grande horloge de la cathédrale de Koenigsberg n’avait pas accompli sa tâche avec plus de régularité que son compatriote KANT. Les voisins savaient exactement qu’il était trois heures et demie quant KANT, vêtu de son habit gris, son jonc d’Espagne à la main, sortait de chez lui et se dirigeait vers la petite allée de tilleuls qu’on nomme encore à présent, en souvenir de lui, l’allée du philosophe. Il la montait et la descendait huit fois par jour en quelque saison que ce fut... Il s’était soumis à un régime minutieusement réglementé : il calculait méthodiquement la forme et l’épaisseur de ses vêtements, la quantité et la nature de ses aliments, la durée de son sommeil et de ses promenades. Une seule fois, au grand étonnement de ses compatriotes, il modifia sa promenade : ce fut pour aller au-devant du courrier qui apportait les nouvelles de la Révolution Française. Comportements dominés par les notions d’ordre et de proximité, jusqu’à un bref renversement de ces valeurs, un an avant sa mort, dans un projet fugace de voyage lointain dont il fit part à son ami : « De la distance, de la distance ! Surtout allons bien loin... »(p.Mais l’homme, qui toute sa vie durant avait métronomisé sa vie quotidienne sur le passage du facteur et qui, on le sait, ne dérogea à cette règle qu’une seule fois pour la Révolution française, ne put dépasser les portes de la ville et écrit son biographe WASIANSKI-QUINCEY « le voyage de retour lui sembla insupportablement long et, quoique nous n’y mîmes qu’un peu moins de 20 mm, il ne cessait de s’écrier « ce sera donc jamais fini ? »

B - Revue de la littérature classique

SIMEONE - p.92

N.O. : elle n'apparaît guère pour la première fois dans la vieillesse. « La névrose du dimanche », de l'obsessionnel, tellement mécanisé que la retraite donne un temps libre déconcertant.

MULLER - p.122

PUJOL-SAVY - p.204

N.O. n'apparaît pratiquement jamais pour la première fois dans la vieillesse. Rapport de psychiatrie et de neurologie de langue Française - P.217, a repris les études de Müller qui par une phrase sèche, attire notre attention : « L'apparition des obsessions à un âge avancé pose cependant un problème ». Aucune explication !... Il est décrit une forme à début tardif, c'est-à-dire « ayant débuté après 50 ans et présentant auparavant une personnalité obsessionnelle mais sans aucun symptôme névrotique franc ».

le caractère obsessionnel existait sans doute avant l'éclosion de la névrose mais sans souffrance pour le sujet. Le mode de vie rétréci, confiné auprès de la mère, paraît avoir entretenu un équilibre relatif, probablement par une sorte de sécurité dans la régression. Le décès de la mère a été nettement déclenchant pour la névrose. Quelle rupture d'équilibre ?

Ch.MULLER et CIOMPI

En 1953, 1957, 1963, et 1981 dans un abrégé avec J.WETHEIMER, concluent que même s'ils ne disparaissent pas complètement, les anciens troubles névrotiques perdent beaucoup de leur intensité.

Th. BALSEN-OLESEN et E.GEERT 1959

INGRAM 1961

KRINGLEN et L.GRIMSHAW 1965

PUJOL et SAVY, p.220

repèrent, après analyse de ces textes, que, malgré leur hétérogénéité diagnostic, il ressort l'impression d'un accord sur certains nombres de points :

La N.O. passait autrefois pour un état plus ou moins dégénératif d'évolution chronique, et les auteurs s'appliquent à vérifier la sévérité du pronostic.

L'évolution générale serait à peu près celle-ci :

1/3 des cas guérissent

1/3 des cas s’améliorent ou sont intermittents

1/3 des cas restent inchangés ou s’aggravent.

La présence de cas similaires dans l’hérédité ou dans les collatéraux des malades est un facteur de mauvais pronostic.

Tout comme l’existence d’un système éducatif trop rigide.

Le type ou le contenu des symptômes obsessionnels dans l’enfance est un facteur de gravité pronostique, mais l’âge du début de l’état pathologique évident ne joue pas sur l’évolution.

Le mode évolutif général semble être phasique au début puis installation d’un état plus durable.

Sur le plan thérapeutique, une importance est donnée à la précocité de la demande de traitement par le malade, par rapport à l’époque du début des troubles. La forme et la nature de ce traitement paraissent presque indifférentes.

MULLER, le sort des obsessionnels, p.619

Les possibilités d’évolution suivantes sont les plus fréquentes :

1° Apparition épisodique de l’obsession, avec tendance à la rémission spontanée, parfois sous l’influence d’un changement de condition de vie.

2° Rémission et large diminution de l’obsession sous l’influence d’une thérapeutique.

3° Passage à la chronicité ; impossibilité d’influencer l’obsession. Etat stationnaire.

4° Aggravation des obsessions ; rétrécissement progressif de la personnalité et dépendance. Parfois aboutissement au suicide.

5° Changement de la symptomatologie ; l’obsession est remplacée par une symptomatologie psychosomatique.

6° Transformation en psychose endogène, avant tout en schizophrénie.

PUJOL et SAVY p.261

nous livrent leur propre étude portant 40 cas (20 femmes, 20 hommes)

Les formes évolutives classiques sont de loin les plus nombreuses (début à l’adolescence, symptomatologie obsessionnelle devient permanente avec parfois des exacerbations, l’adaptation sociale et professionnelle reste possible).

Les formes à aggravation progressive sont de toute évidence les plus graves . Elles évoluent sans rémissions appréciables et aboutissent malgré tous les traitements à une inadaptation socioprofessionnelle totale.

Il faut noter tout particulièrement que l’agressivité est beaucoup plus exprimée que dans les autres formes de névroses.

Les formes à longues rémissions (au moins 5 ans et permettant une réadaptation socioprofessionnelle).

Les formes intermittentes présentent un tableau clinique moins riche ou moins complet.

Formes avec épisode psychotique : épisode schizophrénique suivi ensuite d’un syndrome obsessionnel au long cours.

le devenir de ces malades in *p. 317 du rapport de 1968*

A propos de la N.O.

F.JEANSON - ALBERTIER - LAVISY

Sur le plan professionnel (comptable, employés de bureau, fonctionnaires) une décompensation peut se développer à la suite d’une promotion professionnelle.

Sur la plan affectif-sexuel, célibataire, vierge souvent jusqu’à un âge avancé, femmes ou hommes. Union femme plus âgée que l’homme (si lui N.O.) place de la mère nuisible et perturbatrice dans la vie du couple. Tendance homosexuelle avec impuissance réelle ou non, mais dont se plaignent de toute façon les patients.

La cohabitation avec un obsessionnel, si peu enclin à donner affectivement, si renfermé, égocentré et fréquemment si égoïste, qui a besoin d’être aimé et approuvé, qui impose à son entourage son besoin de réassurance constante, une aide dans ses rituels et ses vérifications, en faisant souvent un véritable tyran domestique, finit par rebuter et lasser le conjoint et donc par retentir sur la vie du couple.

FERREY et LEGOUES, p.119

soulignent que la N.O. se rencontre sous une forme banalement minéralisée avec le temps ou à l’occasion d’un effondrement du système de défense. La décomposition s’effectue le plus souvent par une dépression.

On cite également les formes à évolution phasique, caractérisées par des poussées phobiques, et les formes déficitaires, où le commerce d’objet n’ a presque plus sa place, aussi difficiles à gérer qu’un état psychotique, aussi incapacitantes.

Pour tous les auteurs

Sur le plan général, c’est la clinique dépressive qui domine parfois sur une forme mélancoliforme.

6.3.2 - NEVROSES D'ANGOISSE ET NEVROSES PHOBQUES

A - D'apparition tardive

Elles sont souvent masquées par des déficits sensoriels évidents telle que le vue ou l'ouïe. Trop évident et dont le vieillissant âgé se sert comme motif pour ne pas sortir, contourner la situation phobogène (descendre l'escalier).

G.FERREY, G.LE GOUES, p.119

Derrière la peur banale de tomber dans la rue présentée comme la conséquence d'un équilibre instable attribué à l'âge, peut exister une authentique agoraphobie. Au delà du symptôme, on ne s'étonnera pas de retrouver en psychothérapie le désir préconscient de faire une rencontre, désir combattu par le Surmoi, « tomber sur ».

Dans les centres de rééducation, ces manifestations gênent souvent la démarche de soins. La clinique phobique est la même qu'à l'âge adulte jeune.

B - Névrose d'angoisse et névrose phobique

Les états anxieux généralisés

⇒ Ils sont fréquents. Cette fréquence peut expliquer d'ailleurs l'abus que le sujet âgé fait souvent des tranquillisants. Elle trouve sa source dans l'insécurité qu'il éprouve à tout point de vue :

- dans sa vie quotidienne par l'incapacité où il se trouve à gagner sa vie et donc dans sa dépendance où il est d'une retraite ou d'une institution ;
- dans son corps qui l'a peut-être déjà "trahi" et qu'il sent en tout cas moins sûr qu'avant ;
- dans ses repères quotidiens, brouillés par les difficultés qu'il rencontre dans sa mémoire, son orientation ou sa mauvaise reconnaissance des visages ;

- dans ses relations avec les proches marquées par l'incertitude liée à leur propre vieillissement et à leur mort possible ou bien par l'éloignement matériel et parfois affectif, quand le sujet âgé sent que le devoir ou l'intérêt viennent remplacer l'affection.

⇒ Les facteurs de personnalité préexistants aggravent le sentiment d’insécurité vécu par le sujet et conduisent à une attitude de repli, selon un cercle vicieux bien connu où l’angoisse amène l’inhibition qui aggrave l’angoisse. On voit ainsi le sujet âgé, pourtant parfois valide physiquement, se replier frileusement à l’intérieur d’un petit cercle de plus en plus restreint ; dans cette attitude, anxiété, égocentrisme, dépendance, difficultés d’adaptation s’entretiennent étroitement.

Toute tentative pour essayer de sortir le sujet de ce repli sera d’autant plus vouée à l’échec que le temps passe. D’où l’importance d’un diagnostic précoce et de mesures appropriées lorsque le sujet a encore des capacités de réaction et que les conduites névrotiques ne sont pas encore trop fixées. Cliniquement, le patient décrit une insomnie rebelle, des troubles somatiques témoignent d’une hypersensibilité du système neurovégétatif et enfin, une anxiété idéique.

L’agoraphobie

⇒ Le sens moderne est celui du DSM IV-TR et de l’ICD 10 :

l’agoraphobie dépasse le cadre limité que lui imposait l’étymologie pour s’étendre à « d’autres manifestations anxieuses comme la peur des foules et la peur de ne pas pouvoir se réfugier facilement en un lieu sûr (habituellement le domicile). Chez le sujet âgé on retrouve tout particulièrement la peur de la chute, qu’il en ait fait une ou non antérieurement.

⇒ Les moyens de défense :

l’angoisse qui saisit le sujet en situation phobogène est particulièrement intense. La seule évocation peut d’ailleurs suffire à le mettre mal à l’aise. Il n’a que deux moyens d’y faire face :

- la réassurance, c’est-à-dire le recours à un tiers vécu comme protecteur, qui permettra des déplacements, mais au prix d’une dépendance, qui peut devenir une véritable tyrannie exercée sur l’entourage.

- l’évitement, moyen le plus fréquemment choisi : comme l’anxiété permanente, l’agoraphobie peut confiner le sujet âgé à son domicile, mais, plus grave, elle peut même rendre grabataire un sujet âgé autrement parfaitement valide.

Le trouble panique

⇒ Définition :

Il s’agit « d’attaques récurrentes d’anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible ».

La symptomatologie psychique (peur de mourir, de devenir fou) et physique (douleurs thoraciques, sensation d’étouffement...) est particulièrement intense.

⇒ Les conséquences :

outre le fait que sa symptomatologie peut parfois induire en erreur chez le sujet âgé surtout, le trouble panique entraîne souvent une surconsommation de tranquillisants et aggrave aussi la dépendance : il entraîne en effet une « peur d’avoir peur » telle qu’elle pousse le sujet à ne pas rester seul, la présence d’un tiers pouvant suffire à faire avorter une crise qui s’annonce, mais non à la faire céder une fois qu’elle est survenue. Il faut se méfier de s’arrêter à une notion de trouble du comportement et d’exclure cette clinique de son contenu psychopathologique.

6.3.3. - NEVROSE HYSTERIQUE

Il y a peu de diagnostics aussi abusivement portés en médecine générale chez le jeune que celui d'hystérie ; il suffit parfois que l'intéressée soit du sexe féminin et qu'elle présente une discordance entre signes objectifs et signes subjectifs. Et pourtant, l'hystérie est une affection moins fréquente qu'il n'y paraît, si du moins l'on cherche à porter un diagnostic et non à manifester un rejet. A l'inverse, le diagnostic est rarement porté chez le sujet âgé, alors que l'hystérie peut aussi exister chez lui. Un rappel diagnostique paraît donc indispensable.

A - Diagnostic de l'hystérie. Comme toute névrose, l'hystérie associe :

- Des traits de personnalité :

on ne saurait trop répéter qu'ils ne se constituent pas du jour au lendemain et que l'on ne devient pas hystérique à 70 ans. La biographie du sujet et les entretiens avec les proches ont donc une valeur particulière de diagnostic.

On distingue dans ces éléments stables du diagnostic :

- les traits de personnalité communs à toutes névroses évoqués plus haut. Ils sont en général très nets chez l'hystérique, tout particulièrement l'égoïsme.
- les traits de personnalité propres à l'hystérique. Le plus apparent est la pauvreté des sentiments (on a pu parler à cet égard de froideur affective) contrastant avec l'exubérance des émotions : l'hystérique ressent peu, mais elle montre beaucoup. C'est ce qui donne un caractère de facticité à son comportement, et la fait souvent accuser de duplicité.

La suggestibilité apparente :

ses masques comptent peu pour l'hystérique et elle en change sans effort, alors qu'elle reste au fond toujours la même. Cette permanence de l'hystérique est certainement un des plus anciens qui soit.

L'érotisation de la relation :

l'hystérique ne peut vivre qu'en étant un centre d'intérêt et elle est prête pour cela aux plus grands sacrifices, ceux d'autrui bien sûr, mais jusqu'à sa santé et sa vie propre.

L'agressivité :

toujours masquée, elle n'en existe pas moins et elle peut se révéler de manière extrêmement violente, en particulier vis-à-vis des enfants, quand ceux-ci ne se montrent pas aussi malléables au désir de leur parent qu'ils avaient coutume de l'être.

● Une symptomatologie spécifique :

Il n'est évidemment pas question de la décrire en détail. Nous repérerons simplement les manifestations les plus fréquentes.

⇒ Permanentes :

+ Psychiques, principalement troubles de la mémoire et inhibition intellectuelle (très trompeuse chez le sujet âgé).

+ physiques : tous les systèmes peuvent être atteints, mais l'on rencontre surtout des manifestations algiques et gastro-intestinales ainsi que, quand on les cherche, le rétrécissement du champ visuel et l'hyperacousie douloureuse.

⇒ Paroxystiques

+ Psychique, essentiellement les « crises de nerfs », aussi théâtrales que variées dans leur expression, et parfois baptisées selon les cas « spasmophilie », « tétanie », dystonie neurovégétative »...

+ Physiques : là encore tout peut se voir ; on peut noter cependant que les crises neurologiques (paralysies, aphonies...) ou sensorielles (cécité, surdité...) sont devenues rares, comme les grandes crises pseudo-épileptiques. « à la Charcot ».

B - Chez le sujet âgé

⇒ Fréquence :

Le diagnostic d'hystérie est rarement porté chez le sujet âgé : dans une étude portant sur 589 dossiers d'hystéries, Israël et Gurfein constatent que 4/5ème des diagnostics portent sur des personnes de moins de quarante. Il est manifeste que, pour les médecins, l'hystérie est associée au sexe féminin et au jeune. Il existe pourtant des hystéries masculines (souvent masquées il est vrai derrière l'alcoolisme, la drogue ou d'autres comportements déviants : l'homme manifeste plus ouvertement son agressivité que la femme), et il existe aussi des hystériques âgées.

Il est vrai que la pathologie peut se modifier : la grande hystérie de Charcot, la fameuse Blanche du grand tableau de la Salpêtrière est évidemment plus reconnaissable en tant que telle que la vieille employée du service de radiologie qui mourut du cancer des rayons

en véritable martyr de la science (le fameux « dévouement » de l’hystérique) : il s’agit pourtant de la même personne. Dans l’étude ci-dessous mentionnée, Israël et Gurfein se sont aperçus, avec l’âge, les mêmes malades cessaient d’être des hystériques pour devenir des hypocondriaques (il s’agit pourtant de pathologies totalement opposées tant sur la structure de la personnalité que sur la séméiologie), des dépressives, des anxieuses, etc. ...

● Diagnostic :

Ceci amène à considérer, comme pour les autres troubles névrotiques, deux possibilités.

- **Le caractère hystérique :**

Ses principales composantes vont être de moins en moins reconnues avec l’âge, pour laisser place à des jugements de valeur : « caractérielle », « insupportable », « poison » pour les équipes soignantes en général et les médecins en particulier.

Cela ne veut certes pas dire que toute personne âgée désagréable soit forcément une hystérique vieillie : il s’agit certainement même d’une minorité de cas. Mais cela doit en tout cas inciter, devant ce type de comportement et le rejet massif du personnel soignant (y compris des médecins) qui en résulte, à étudier les antécédents (on ne répétera jamais assez que la vie des personnes âgées n’a pas commencé avec leur arrivée en institution) et à rechercher plus attentivement si une séméiologie spécifique existe.

- **La névrose hystérique caractérisée, qui peut avec l’âge :**

+ Soit se compenser parfaitement : parfois dans des activités sociales où le « dévouement » de l’hystérique lui permet d’être reconnue et valorisée. Cela a été le cas de Blanche et aussi celui de Anna O., la fameuse malade de Freud et Breuer.

Plus prosaïquement et plus fréquemment, ce « dévouement » se situe dans le cadre familial sous la forme d’aide aux enfants, par des dons d’argent, par d’autres formes d’aides matérielles ou dans la garde des petits-enfants...

Souvent tout le monde y trouve son compte, les enfants dans le réel et les hystériques dans l’imaginaire, mais il peut arriver que le « dévouement » continue de maintenir dans une dépendance totale et infantilisante au sens propre une famille incapable de prendre son autonomie. L’enfant peut être ainsi amené à devoir choisir sous le chantage affectif (du type « après tout ce que j’ai fait pour toi... ») entre son conjoint et son parent.

Ajoutons aussi que l’hystérique peut trouver en vieillissant une source d’équilibre dans l’intérêt que lui porte enfin les médecins : plus de 15 % des malades d’Israël et Gurfein avaient fini par être hystérectomisées et un plus grand nombre encore opérées de l’abdomen.

Combien de ses interventions étaient-elles justifiées ?.

+ Soit au contraire se décompenser : le plus souvent sous forme **dépressive**, et celle-ci peut être grave, du type mélancolique. L’hystérie peut ainsi devenir une maladie mortelle, ce qu’oublie trop souvent les médecins.

Parfois sous forme **délirante** : la « psychose hystérique » peut se rencontrer chez le sujet âgé, mais le diagnostic de psychose prend alors toujours le pas sur celui d’hystérie, au détriment de la bonne prise en charge thérapeutique.

6.3.4. LA PLAINTÉ HYPOCHONDRIQUE

L'hypochondrie est connue depuis l'antiquité, sa clinique et les conceptions théoriques en font un « caméléon muant ses couleurs selon les temps »

« C'est la façon de se plaindre qui fait l'hypochondriaque » (A. BOIFFIN , J. PELLERIN Rev. de gériatrie tome 23 p. 835 –838)

A- La clinique est caractérisée par ;

- **Une anxiété majeure** qui concerne les symptômes et explique que le patient présente inlassablement sa demande.

- **Une plainte somatique** qui s'installe en un lieu du corps ou un organe à propos duquel il y a déjà eu une alerte sans gravité ou qui aura été désigné comme pouvant être malade lors d'une rencontre médicale.

Elle se fixe généralement à une région ou un organe précis sans nécessairement changer de localisation et de caractère.

Elle est présentée avec une grande richesse imaginative dans sa description avec souvent une théorie physiopathologique très personnelle quoique influencée par des lectures et des discours médicaux.

Chez le SVA (sujet Vieillissant Agé) le langage et sa douleur est pourvue de nombreuses qualités sensorielles. Parfois le sujet est impuissant à décrire ce qu'il ressent et utilise le « ça », transformant le corps en un organe à la fois défaillant de toute part et produisant un surcroît de sensations. Bien souvent il y a un refus à entendre une dimension psychique à ces plaintes. L'hypochondrie est un discours, lieu d'affrontement où complicité ambivalente et rivalité ne sont jamais absentes vis-à-vis du médecin.

- **Une demande de soins** qui est présentée de façon répétitive à un ou deux médecins qui, quoi qu'il fassent ou disent, sont mis en échec, du fait de la persistance de la certitude d'avoir une maladie. L'hypochondrie se caractérise par ce discours sur le corps, plaintif, répétitif, alléguant une maladie « imaginaire » (maladie non réelle et maladie « de l'imaginaire ») et confrontant le médecin à son impuissance médicale pour mieux l'en déposséder.

- **Un important détournement des investissements** : le sujet se détourne des objets extérieurs (familles, amis) au profit du corps et de son fonctionnement.

B - Psychopathologie de l'hypochondrie du S.V.A.

Les manifestations hypochondriaques apparaissent comme le déplacement sur le corps des différentes pertes qui s'avèrent dès lors méconnues. Le vieillir implique une suite de renoncements, d'atteintes narcissiques, de pertes objectales, et corrélativement une forme de travail de deuil incessant et sans doute en partie irréalisable. La plainte hypochondriaque signe l'échec de ce travail de deuil, et la transformation de la douleur morale, de la douleur physique, de l'objet de la perte, en organe persécuteur. Le conflit intra-psychique n'est plus situé sur la scène psychique, mais se joue au niveau de l'organe inculpé ; cause de tous les maux, avant que ce ne soit le médecin dont la place subjective (médecine idéalisée) est à situer du côté de la Mère archaïque.

L'hypochondrie vieillissante

C'est une organisation pathologique laissant peu de place à une mobilisation affective. La préservation de l'équilibre psychique interne réside en ce que le patient réalise une partition du « Moi » conservant à celui-ci son intégrité face au mauvais objet clairement localisé en dehors de la psyché. Le fonctionnement hypochondriaque s'inscrit dans une continuité et l'âge ne va certainement pas le modifier, augmentation des maux et diminution de l'espoir.

L'hypochondrie due au vieillissement

Elle représente un travail psychique intervenant sur la base du retrait des investissements objectaux. C'est un mécanisme adaptatif comme il est souvent rencontré dans la séméiologie géro-psycho-psychiatrique. Elle réalise une expression de la souffrance, une tentative de travail de deuil et une défense contre les menaces pour l'intégrité du sujet. Cette position régressive peut fournir une organisation plus stable donc plus rassurante.

C'est à partir des reformulations, des interprétations que pourront être observées des modifications du discours du patient.

L'hypochondrie de la sénescence contribue, après une transformation de la libido d'objet en libido narcissique, à une tentative avortée d'investissement en nostalgie que l'on perçoit notamment lorsque le sujet évoque son corps avant.

L’appel à l’autre, par le simple fait qu’il s’agit d’une plainte, témoigne de l’importance de l’étayage sur l’autre pour que la souffrance puisse être reconnue et que cette reconnaissance permette le déplacement de cette position.

Dans le vieil âge, la dévalorisation narcissique et une mauvaise image de soi jouent un rôle capital dans la relation à l’autre et donc par réciprocity, dans la perception de l’autre. Le corps toujours utilisé comme objet de relation avec le monde environnement devient une enveloppe vidée de son contenu.

Ainsi le corps du vieillard malade ne serait pas seulement le corps dysfonctionnel de l’hypochondriaque mais serait également le résultat d’un dysfonctionnement relationnel qui le déformerait à son tour.

Ce corps silencieux toute une vie, parce qu’il avait joui d’une bonne santé, se met à parler, il se transforme et devient corps souffrant.

6.3.5 - LES ETATS REGRESSIFS AIGUS

6.3.5.1. - Introduction

DAUMEZON G., in Recherches sur les maladies mentales, 1961 :

1 - Description d'états **réversibles** constatables chez le vieillard

2 - Accident à évolutions **paroxystiques** réversibles

3 - Expression commune à type de **régression** à un stade infantile et plus particulièrement d'extrême **dépendance** à l'égard de l'entourage.

GOLFARD M. y rajoute un 4ème critère :

4 - Les facteurs environnementaux qui apparaissent importants, non seulement dans la survenue de ces états régressifs, mais aussi et surtout dans leur résolution, ou au contraire dans leur passage à la chronicité.

6.3.5.2 - Notion de régression

1 - Régression ≠ répétition

2 - Les phénomènes régressifs

LEGER - TESSIER - MOUTY p.13

La régression est si fréquente qu'elle est souvent considéré comme inévitable. Il s'agirait alors d'un véritable mécanisme d'adaptation psychologique.

Nous rappelons que le concept de régression signifie le retour à des formes du développement de la pensée, à des relations l'objet et à des niveaux de structuration du comportement ayant existé antérieurement. Trois formes de régression peuvent être classiquement décrites :

- La régression temporelle, se traduisant par le retour de la libido à des stades prégénitaux : elle rendrait compte à ce stade de phénomènes tels que oralité immédiate, préoccupations sphinctériennes, obsessionnalisation (surtout sous forme mineure de recherche de la propreté et de l'ordre) ;

- la régression topique, avec retour à des exigences caractéristiques du ça et du surmoi archaïque (celui-ci, plus cruel que le surmoi classique, appelant des conduites ayant valeur d'autopunition) ;
- la régression formelle, avec prépondérance d'un fonctionnement selon le principe de plaisir (processus primaires).

Mais, dans une perspective évolutive, il convient plutôt de distinguer deux modalités de régression.

- *Régression régressive* : elle réactiverait des conflits plus archaïques restés latents jusque-là. Elle peut devenir rapidement intolérable, l'angoisse alimentant la régression et vice versa. Il s'ensuit :
 - des réactions à teinte dépressive et hypocondriaque ;
 - des tableaux pseudo-organiques (par exemple : forme pseudo-adyamiques de Daumézon, avec adynamisme réversible et amnésie post-critique) ;
 - de véritables névroses symptomatiques aiguës (phobie, centrées par exemple sur la chute, et l'on retrouve alors un sentiment d'abandon : « on les laisse tomber ou il se laisse glisser » ; obsessions ; manifestations hystériques ou à type de névrose d'angoisse).

Les traits spécifiques de ces réactions aiguës seraient : tendance à la réaction de catastrophe, perte de souplesse, insécurité de base, angoisse persécutrice ou noyau dépressif. Les conséquences sociales en seraient plus graves qu'à d'autres âges (hospitalisation psychiatrique).

Par ailleurs, une quête affective intense (avec exigences multiples, jalousie), non maîtrisable, risque de provoquer un rejet de la part de l'entourage.

Un conservatisme étroit, un attachement à une morale rigide peuvent représenter une défense contre la possibilité, culpabilisée, de se livrer aux seules activités procurant du plaisir.

- *Régression au service du Moi* (Kris) : elle se traduit par une gamme de manifestations, souvent en les accentuant des traits antérieurs : plus grand repli sur soi-même, tendance accrue à la dépendance ou à la passivité, accentuation des aspects obsessionnels, etc. Il s'agit alors d'une défense déterminée par la contrainte à l'abandon de certaines sources de satisfaction.

Une telle conception peut s'inscrire dans le cadre des travaux de l'École de Hartmann sur les facteurs autonomes du moi : il existe une sorte d'équilibre dialectique entre le

moi et les autres pôles : le ça et le monde extérieur ; lorsque les privations sensori-motrice viennent faire que chez le vieillard la réalité externe fait défaut , le moi conserverait comme garants de son autonomie le surmoi, l’idéal du moi, le monde intérieur et les pulsions (Miller et Rappaport).

Tout dépendrait alors du type de personnalité : certains sujets disposant de la liberté d’accès à leur monde intérieur peuvent supporter la situation - voire s’enrichir personnellement : c’est une régression égosyntonique ; en revanche, d’autres sujets, esclaves de la réalité extérieure du fait de la nécessité de se défendre contre ce qui est en eux, ne peuvent tomber que dans la régression régressive.

6.3.5.3 - La clinique

Les syndromes pseudo-adiynamiques

* Circonstances étiologiques

- personnalité névrotique en général surcompensée,
- détérioration seule constante mais d’importance variable souvent ne dépassant guère celle observée physiologiquement.

* Circonstance de déclenchement

- Au premier plan les facteurs physiques mais les facteurs psychologiques sont aussi importants (conception générale du stress).

* Symptomatologie

- Installation brutale dans un tableau d’adiynamisme spectaculaire,
- examen neurologique est normal,
- égarement plus que désorientation car l’inertie, l’absence d’initiative, le défaut de comportement verbal, excluent les possibilités de constater une réelle désorientation.
- Quand l’adiynamisme se dissipe persiste l’égarement et l’amnésie apparemment sincère,
- bafouillage pseudo dysarthrie pâteuse - confond les mots - parler petit nègre, récupération en bloc ⇒ ≠ de l’aphasie
- les gestes élémentaires de la vie de tous les jours désorganisés (l’alimentation, de l’habillement) : maladies spectaculaires,
- biologie ⇒ RAS

- régression autour « d'une situation de reconnaissance », reprise de tous qui coïncide avec une organisation du comportement.

Diagnostic

- affections générales,
 - discuter la confusion { caractère de l'inhibition, il est abattu ici, la parole est embarrassée, gestes maladroits, fatigués
- le coma
- l'hypersomnie des vieillards ↓
Voir l'entourage ex. somatique+++

Les syndromes partiels

a) Le syndrome de puérilisme aigu de DUPRE

- se référer à un régression d'un enfant de 4-5 ans
- Souvent diagnostic lors de la visite du lendemain :
 - . contact enjoué, ludique, câlin
 - . identifiant le médecin et l'infirmière à des parents,
 - . souvent apeurement enjoué identique à un appel à la réassurance parentale
 - . demande de récompenses
 - . rechercher de friandises.

Le nursing plus ou moins maternant peut être considéré comme un facteur favorisant, Recherche d'une cohospitaliser pour faire équipe.

- il est important de savoir si ce puérilisme est ancien ou s'il s'agit d'évolution d'une schizophrénie ancienne ou d'un processus démentiel débutant.

- Plus fréquent chez la femme.

- Pas mis en évidence de facteur déclenchant net - mais le plus souvent c'est la mise dans une atmosphère régressive qui est capitale.

Historiquement « passager, disparaissant rapidement » DUPRE et Coll. insistent sur les caractéristiques hystéroïdes de beaucoup de ses malades ainsi que le puérilisme réactionnel à l'environnement.

Serait donc dû à la conjonction de l'été actuel d'être hospitalisé et d'été historique (fixation à un stade privilégié d'organisation et aptitude à un retour involontaire et inconscient).

b) La dépendance captative

Se développe essentiellement à l’égard des proches d’autant plus tyrannique que celui-ci culpabilise.

Pour le personnel soignant cette demande sera de type hypochondriaque.

c) La pseudo-mélancolie pleurnicharde

Le régressif n’est pas inhibé - douleur morale -modérément anxieux.

Son attitude est marquée d’une pleurnicherie improductive de déploration naïve qui peut- être inhibée par invigoration. Mais redoublant à l’apparition d’un nouveau personnage.

Le patient « régressé », une fois rassuré, est beaucoup moins sensible à la séparation que le mélancolique.

d) Les symptômes oppositionnels à note agressive

1) L’alitement

Le sujet impose à chacun de s’approcher de son lit et refuse de faire tout effort pour aller vers l’autre opposition si après examen normal ou l’invite à se lever. Parfois réaction catastrophique de type Golsteinien. Si lever → astasie abasie.

Se développe essentiellement dans le cadre familial.

En général succède à une blessure narcissique que le sujet ne peut supporter qu’en adoptant un personnage nouveau.

2) Le mutisme

Souvent chez un homme au caractère difficile connu depuis longtemps, mutisme à l’égard de la famille (cf. bouderie chez l’enfant).

3) Le gâtisme

Le gâtisme du comportement régressif est ostentatoire, il cultive son gâtisme.

Souvent à l’occasion d’un choc affectif tel que l’hospitalisation.

4) Les comportements auto-agressifs

Souvent à l’occasion de situation frustrante - homme coup de poing - se gifle. La femme se gratte.

5) Réactions masturbatoires

Invitent au diagnostic différentiel avec les conduites démentielles

6.3.5.4 - Le syndrome de régression psycho-motrice du vieillard

GAUDET et Coll. - Médecine et Hygiène 1986

Le syndrome de régression psychomotrice nous semble correspondre à une véritable entité pathologique qui mérite d’être individualisée au sein des différents syndromes neurologiques et psychiatriques du grand âge. Sa symptomatologie associe des signes moteur astasie-abasie, rétropulsion hypertonique, perte de l’automatisme de marche, disparition des réaction d’équilibration et des réactions parachutes, et des signes psychologiques : bradypsychie, désintérêt, démotivation. Ce syndrome survient dans des conditions précises dans les formes à début brutal : destabilisation entraînant une peur qui s’accompagne d’une sidération des automatismes. Ces circonstances déclenchantes sont plus difficiles à cerner dans les formes d’installation lente et progressive qui nous semblent correspondre à une désafférentation consécutive à une désadaptation psycho-socio-affective. Une démotivation importante est à souligner. L’évolution est très parallèle aux plans psychique, affectif, intellectuel et moteur. Sa réversibilité nous semble acquise à condition de mettre en route de façon rapide et dénuée de tout fatalisme une technique de réadaptation globale utilisant les niveaux d’évolution motrice, nécessitant une équipe pluridisciplinaire soudée et entraînée et le concours actif de tout l’entourage du vieillard.

Il n’est pas retrouvé d’anorexie, d’état dépressif, ni d’altération de l’état général (Cf. l’article de M.Khater et Coll. Rev.N.P.G. Sept 2005 sur le syndrome de glissement).

6.3.5.5 - Le « syndrome de glissement »

Très controversé ce syndrome est considéré par HENNIAUX et ERNST (revue de gériatrie 1981 n°7) comme une manifestation psychosomatique qui est à la fois un système de défense contre les perturbations psychoaffectives et contre un environnement plus difficile à vivre. Le sujet est ici changé de son milieu et ses possibilités adaptatives font défaut. La décompensation serait longtemps réversible.

Les tableaux cliniques qui viennent d’être décrits entrent dans le cadre d’une pathologie psychosomatique. Les manifestations de désespoir, soit manifestes, soit latentes, fréquemment rencontrées dans ces tableaux cliniques sont probablement en relation avec une réduction des intérêts : une certaine lassitude envers toute nouveauté qui n’a aucun attrait et est ressentie comme une menace, c’est, en fait une diminution des instincts de vie. Ainsi, dans une optique de la pensée freudienne, on pourrait

rapprocher ces états des décompensations psychiques et somatiques du syndrome d'hospitalisme des très jeunes enfants car c'est bien souvent au cours des séparations, des déplacements en maison de retraite, des hospitalisations, que ces manifestations de glissement apparaissent chez les personnes âgées.

Le problème paraît souvent non pas uniquement médical mais aussi psychologique et social. Il est alors nécessaire de préparer les gens à la retraite, de les maintenir dans un genre de vie identique aux adaptations antérieures, le citadin à la ville et le rural à la campagne. La conservation d'un minimum d'exercices physiques, manuels et intellectuels, en veillant à ce que le sujet reste en partie tourné vers l'avenir; peut permettre d'éviter ces décompensations qui se produisent trop souvent dans une atmosphère d'isolement social. Dans ce contexte c'est bien de rechercher une décompensation dépressive dont il s'agit, en sachant le pronostic sombre que peut bien avoir une conduite de glissement. Cet écueil à amené G.Berrut dans un article de Repères gériatrique Avril 2006 à proposer de s'intéresser au syndrome « failure to thrive » (FTT).Ce syndrome ressemble au glissement mais il n'y Pas de passivité, de refus de communiquer ni de souhait de mourir.

La réponse du malade sera fonction de sa personnalité antérieure car « on vieillit comme on a vécu » (Ajuriaguerra).

6.3.5.6 - Le syndrome de DIOGENE

Est-ce un état pathologique ou l'expression du libre arbitre ? (S.CHEBILI Synapse mars 1998 N° 144 p.35-38).

La description de ce syndrome est apparue pour la première fois en 1975 (A.N. CLARK, G.D.MANIKAR).

Pour ces auteurs anglais ce syndrome comprend les éléments suivants :

- une séméiologie particulière : accumulation de détritits, d'objets inutiles, négligence vestimentaire, voire incurie, logement insalubre ;
- une absence de détérioration avec QI élevé, et bonne intégration socio-économique ;
 - . pas de honte vis-à-vis de cet état incurie,

- . présence de troubles psychiatriques associés (peu précis allant de la décompensation psychique due à l'âge, aux mécanismes renvoyant à la psychose).

. Dans la littérature française, les avis sont partagés, néanmoins, le rôle contestataire et le mode de vie marginal de DIOGENE le cynique est pointé. Pour CHEBILI, il y a une problématique de deuil comme étayage mais qui sera insuffisante. Les choses accumulées sont très archaïques. Elles témoignent d'une régression allant en deçà de l'investissement libidinal de l'objet pour atteindre l'investissement narcissique de l'objet. Cette régression nous confronte aux personnalités narcissiques. Selon D.ANZIEU « chez les personnalités narcissiques, grâce à l'organisation du Moi-Peau en double paroi, la relation contenant-contenu est préservée, le Moi psychique reste intégré au Moi corporel. L'activité de la pensée, voire le travail psychique créateur, demeurent possible ».

Si une blessure narcissique (une perte) survient, le Moi Peau s'altère et perd sa fonction de contenant.

Les objets accumulés dans le logis tentent une suture de ce Moi-Peau. Le caractère orthopédique du Moi se dévoile par l'absence de honte et la reprise de l'activité de stockage après le passage des services d'hygiène.

Ainsi le syndrome de DIOGENE ne correspond pas à un état pathologique caractérisé. Il signifie le libre arbitre de la personne. Toutefois cette vulnérabilité rend l'individu sensible aux blessures narcissiques. Cette reconnaissance ouvre la voie à une approche psychothérapique plus adaptée. Cela pose la question aux soignants sur leur position intrusive (cf Y.KOCHER, M.J. CHABERT)

BIBLIOGRAPHIE

Le texte concernant :

- . L'aspect général de la névrose,
- . Les descriptions cliniques,
- . Les définitions,

Sont entre autre, de larges extraits in :

- Dictionnaire de concepts, *Les objets de la psychiatrie*, sous la direction du Professeur Y.Pelicier- Ed. L'esprit du temps, 1997.

La névrose du sujet âgé, J.Hild et coll., in La revue de médecine, 1996, 21, n°2, pp.107-120.

VIEILLISSEMENT, NEVROSE

BINOUX (F.) - Hystérie chez le vieillard - Revue médicale 1982 n°38, pp.1989-1993

BRUN (M.) - Hystérie et vieillesse - Lyon Méditerranée médicale 1977 n°8, pp.575-581

BRUNNER (H.) - A propos du vieillissement de l'hystérique - Thèse Médecine Strasbourg 1973.

CHARAZAC (P.) – Comprendre la crise de la vieillesse- Ed Dunod. Paris, 2005

-Psychothérapie du patient âgé et de sa famille- Ed Dunod. Paris,1998

CIOMPI (L.) - Le vieillissement des hystériques - Encéphale 1966, n°4, pp. 298-335

CIOMPI (L.) - Etudes catamnétiques sur la vieillesse des anciens malades mentaux - Information psychiatrique 1969, vol. 45, pp.475-485

CIOMPI (L.) - L'évolution des maladies mentales préexistantes sous l'influence de la vieillesse - Confrontations psychiatriques 1970, n°5

- DESCOMBEY (L.) - L'hystérique après cinquante ans - Thèse Médecine Paris 1969
- FERREY (G.) - LE GOUES (G) - Psychopathologie du Sujet Agé - Ed. Masson - 1989.
- GRIMSHAW (L.) L'aboutissement des désordres obsessionnels – Brit. J. Psychiatry 1965, vol 111, n°480, pp.1051-1056
- HERFRAY (Ch.)- La vieillesse- Une interprétation psychanalytique –Ed. EPI-Desclé de Brouwer-Paris-1888.
- ISRAEL (L.) - Le vieillissement de l'hystérique - Evolution psychiatrique 1970, vol. 35, n°2, pp.365-376.
- LEGER (D) – L'anxiété aiguë du sujet âgé –in Rev. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie ,Mars-Avril 2002,pp28-33
- LEGER (J.M.) - TESSIER (J.F.) - MOUTY (M.D.) - Psychopathologie du vieillissement - Ed. DOUIN - Coll. de psychiatrie pratique - Paris 1989
- MULLER (C.) - Le sort des obsessionnels - Revue Médecine Suisse romande 1963, vol. 83, pp.615-622
- MULLER (C.) - WERTHEIMER (J.) - Psychogériatrie - Ed. Masson - Paris - 1981.
- OULES (J.) - Les névrosés du troisième âge - Confrontations psychiatriques 1970, n°5, pp.83-111
- PUJOL (R.) - Le devenir de l'obsédé - Rapport Congrès psychiatrique 1968 - Clermont Ferrand.
- RANGARAJ (J) –PELISSOLO (A) –Troubles anxieux chez le sujet âgé :aspects cliniques et thérapeutiques- In Rev. Psychologie Neuro-Psychiatrie Vieillesse, vol4,N°3 Sept. 2006, pp179-187
- RICHARD (J.) –Dirkx (E.) – Psycho-gérontologie –Ed. Masson-Paris – 1996

SIMEONE (I.) - ABRAHAM (G.) - Introduction à la psycho-gériatrie - Ed. SIMEP - 1984 - Lyon

Le vieillissement des malades mentaux/V Congrès de l’Association Méditerranéenne de psychiatrie : 1976 - Psychologie médicale 1978, n°11, pp.2217-2271

Conseils de lecture

CHARAZAC(P.M.) –Psychothérapie du patient âgé et de sa famille- Ed .DUNOD 1998-Paris

CHARAZAC(P.M.) –Comprendre la crise de la vieillesse- Ed . DUNOD 2007 Paris

HESLON (C.)-Accompagner le grand âge- Ed DUNOD 2008 Paris

Dr.AUMJAUD (F), Textes, articles et conférences de 1980 à 2006 ont été utilisés de manière lapidaire, donc non développés dans ce document.