

JEAN-MARC TALPIN

Psychologie
clinique
du vieillissement
normal
et pathologique

2^e édition

ARMAND COLIN

Illustration de couverture : © Fotolia
Conception de couverture : Hokus Pokus créations
Mise en page : Belle Page

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Armand Colin, 2017 pour cette nouvelle édition.

© Armand Colin, 2013 pour la première édition

Armand Colin est une marque de
Dunod Éditeur, 11 rue Paul Bert 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-200-61888-9

<http://www.armand-colin.com>

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^e et 3^e a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*Maillon, je dédie ce travail à la chaîne des générations,
filiatives et affiliatives
À Odile. Parce que.*

*À Alice, Méliné, Adèle et Grégoire
qui m'aident à continuer de grandir.*

*À mes parents et beaux-parents,
à ceux qui sont comme à ceux qui ne sont plus.
Et à ceux qui seront.*

Sommaire

Introduction	9
PARTIE 1	
LE VIEILLISSEMENT ET SES PROCESSUS	17
1 La vieillesse : histoire, représentations sociales et angoisses	19
1. Un regard ethnologique sur la vieillesse	20
2. Historique de la vieillesse	23
3. Représentations sociales : entre angoisses et défenses	25
2 Quels paradigmes pour penser le vieillissement ?	31
1. S. Freud et la mise à distance	31
2. C. Balier et le narcissisme	36
3. P.-L. Assoun et J. Bergeret : les devenirs de la libido	38
4. H. Bianchi : entre sujet et structure, qu'est-ce qui vieillit ?	40
5. J. Messy et la question de la « personne âgée »	42
6. M. Péruchon et G. Le Gouès : le vieillissement entre démence et sublimation	44
7. H. Bianchi et D. Quinodoz : le travail du vieillir	46

3 Le vieillissement, entre crises et processus tout au long de la vie **49**

1. Une conception en termes de crise et d'équilibre :
E. Erikson 50
2. La crise du milieu de la vie 52
3. La ménopause et le différentiel sexuel 55
4. Crise et travail du vieillir 57

4 Les organisateurs du vieillissement **59**

1. Le vieillissement du corps :
image du corps et corps vécu. De la ride à la chute... 60
2. Le vieillissement social :
perte ou changement de statut ? 65
3. Vieillesse psychique : identifications tardives,
idéal du moi, pertes et deuil 72
4. Vieillesse et famille (conjoint, enfants) : la question
de la dépendance 75
5. Vieillesse et mort 79

PARTIE 2

PSYCHOPATHOLOGIE DU VIEILLISSEMENT **83**

5 Dimension somatique **93**

1. Corps impotent et troubles psychiques 93
2. Décompensations somatiques 100
3. Vieillesse et maladie ou la solution hypocondriaque 105

6 Pathologies dépressives et pertes **117**

1. Les troubles dépressifs tardifs : classification
et identification 119
2. Pertes et dépression 121
3. Mélancolie, syndrome de glissement et suicide 132

7 Troubles d'allure psychotique d'apparition tardive	137
1. Délire et hallucination	138
2. Troubles persécutatoires	143
3. Confusions	145
8 Les démences	147
1. Classification et signes cliniques	148
2. Psychodynamique et métapsychologie des démences	156
9 Le devenir dans la vieillesse des psychopathologies apparues durant l'enfance ou l'âge adulte	167
Conclusion	173
Bibliographie	175

Introduction

Jamais au cours des âges les humains n'ont vécu aussi vieux qu'en ce début du XXI^e siècle, du moins dans le monde occidental. L'espérance de vie atteint bientôt, en France, 80 ans pour les hommes quand elle dépasse les 84 pour les femmes. De plus, depuis les années 1960 elle augmente d'un trimestre par an, soit d'un an tous les quatre ans, ce qui fait se poser aux scientifiques comme aux démographes la question des limites, question que l'on retrouve sur le plan psychique comme fantasme et/ou comme angoisse. Question qui a aussi de fortes implications économiques. Cependant, en 2015 l'espérance de vie a stagné, ce qui relance la question des limites. De surcroît, l'espérance de vie en bonne santé augmente elle-même régulièrement, ce qui fait que les centenaires, d'exception, sont devenus une préoccupation sociale. En effet, on comptait 1 122 centenaires en 1970, 3 760 en 1990 et 20 669 en 2016¹, ce qui témoigne d'un véritable saut démographique. De tout temps, certains humains ont vécu longtemps ; la spécificité de notre société tient à la généralisation du phénomène avec les richesses que cela apporte mais aussi avec les questions que cela pose aux sciences humaines, à la médecine, à la santé publique, ainsi qu'à l'économie, qu'il s'agisse des retraites, des soins ou encore des lieux de vie lorsqu'une dépendance importante est présente.

La psychologie clinique a été longue à s'intéresser au vieillissement pour plusieurs raisons. D'une part, celui-ci ayant longtemps été

1. Chiffres en ligne de l'INED.

un phénomène quantitativement faible, et socialement peu bruyant socialement (les vieux ne revendiquaient pas), mobilisait peu. De plus, les vieux étaient largement gardés au domicile, par tradition, par amour ou par intérêt patrimonial. D'autre part, associé, voire assimilé à la fin de la vie, le vieillissement n'attirait pas car le soin n'y était guère porteur d'un avenir meilleur ; le prendre en compte conduisait à prendre le risque de rencontre avec la mort. D'ailleurs le modèle de la fin de vie et de l'accompagnement a un temps prévalu, avant que ne se constitue une véritable écoute clinique des sujets vieillissants. C'est dire que la vieillesse a été (et demeure pour partie) dévalorisée, ce qui fait que ceux qui s'en préoccupent en la théorisant et s'en occupent dans des prises en charge sont facilement assimilés à leur objet et eux-mêmes dévalorisés. Heureusement, ceci est de moins en moins vrai. Enfin, la vieillesse fait facilement peur car elle renvoie chacun à ce qui l'attend ou à ce qu'il pense qui l'attend ou, s'il est suffisamment jeune, attend ses parents : la mort certes mais aussi la déchéance, le soi-disant « retour en enfance », la démence, la dépendance... L'absence de travaux sur le vieillissement pendant longtemps (ceci ne concerne certes pas que la psychologie clinique) relève donc en partie de l'évitement, voire du déni, et de la pensée magique : ce que l'on ne voit, ce à quoi l'on ne pense pas, n'existe pas. Or nous verrons qu'une partie du problème tient à ce que ces attitudes vis-à-vis du vieillissement s'expliquent par le fait qu'elles reposent sur des représentations sociales négatives ainsi que sur des stéréotypes qui manifestent les angoisses et les défenses de la société qui les fabrique.

L'approche clinique rend nécessaire de distinguer vieillesse (comme état) et vieillissement (comme processus), et ce d'autant plus que ce processus s'étend sur plus longtemps qu'auparavant. Il y a en effet de nombreuses différences dans la dynamique psychique entre un-e jeune retraité-e et un-e nonagénaire ou centenaire.

Saint Augustin écrivait dans *Les Aveux* qu'il savait ce qu'était le temps tant que l'on ne lui demandait pas de le définir. Il en va à bien des égards de même de la vieillesse. De manière intuitive,

chacun sait ce que c'est que la vieillesse, mais que l'on demande de préciser et l'on assiste généralement à des mouvements circulaires rendant impossible un arrêt sur une position claire. Deux modèles s'affrontent. D'une part, un modèle objectif : on est vieux à partir de tel âge (60, 65, 70, 80 ans, etc., il y a sujet à débat) ou à partir de tel événement (retraite, maladie entraînant une dépendance...). D'autre part, un modèle subjectif : être vieux est un état d'esprit, il y a des jeunes qui sont déjà vieux (pantouflard...) et des vieux qui sont toujours jeunes (qui suivent en général quelques exemples de vieillesse idéalisée). Ce qui ressort du jeu entre ces deux modèles est d'une part une défiance vis-à-vis de la vieillesse, d'autre part une représentation négative qui s'exprime en creux : être vieux lorsque l'on est jeune du point de vue de l'âge attache à la vieillesse des qualificatifs peu valorisants du côté de l'habitude, du refus du changement, de la routinisation (V. Bergua et J. Bouisson)...

S'il peut être utile d'avoir des critères d'âge pour certains types d'études, en particulier quantitatives, en psychologie clinique il est beaucoup plus utile et fécond de penser en termes de processus, donc de vieillissement, et ce d'autant plus que la définition de l'âge de la vieillesse varie en fonction de l'âge de celui qui produit cette définition. On connaît cette boutade attribuée à un universitaire : « Les étudiants sont de plus en plus jeunes ! » Si l'écart s'accroît, c'est plutôt parce que celui du professeur augmente ! Il est aussi plus utile de penser l'âge au regard de la manière dont le sujet lui-même le vit. Avoir 80 ans, ce peut être atteindre l'âge de décès d'un père, d'une mère, ce peut être dépasser l'un ou l'autre, ce peut être se rapprocher de l'un ou l'autre, toujours en vie et se dire qu'il reste bien du temps à vivre, ce peut être changer de génération en devenant arrière-grand-parent... Ce peut être aussi dépasser, parfois de nombre d'années, l'âge de décès du ou des parents et devoir inventer comment vivre ces années sans modèle identificatoire parental.

La question de la définition se pose aussi pour le processus de vieillissement : si l'on peut dire théoriquement que l'on vieillit dès

sa naissance, ce n'est pourtant pas ainsi que les représentations fonctionnent, qui distinguent grossièrement trois temps : le temps de la croissance (alors on grandit), un temps de stabilité (la maturité) et un temps de vieillissement, de décroissance, de post-maturité, voire, en vocabulaire médical, d'involution (tous termes péjoratifs !), une pente descendante qui répond en miroir à une pente ascendante après le pic de la maturité.

Nous reviendrons plus longuement dans cet ouvrage sur le processus, il serait au demeurant plus juste de parler des processus, du vieillissement en partant (arbitrairement) de la crise du milieu de la vie. Quoi qu'il en soit, il importera de penser ce vieillissement dans sa plurifactorialité tant psychique que biologique et sociale en particulier afin de ne pas le penser uniquement par rapport à son terme, la mort, sans pour autant la dénier.

Ainsi, qu'il s'agisse du vieillissement ou de la vieillesse, c'est la crainte qu'ils suscitent, les angoisses qu'ils cristallisent, les deuils douloureux ou non faits qu'ils convoquent, qui expliquent la difficulté, les résistances à en faire un objet pour la pensée et la pratique clinique. En psychologie, les masters (ou leurs ancêtres les DESS) consacrés au vieillissement ont moins de trente ans. Heureusement, depuis, ils se sont développés, et ceci dans différentes orientations (clinique, sociale, cognitive, développementale, neuropsychologique).

Pour terminer cette introduction, et avant de présenter le plan et les articulations adoptés dans l'ouvrage, il est nécessaire de s'arrêter sur la question de la dénomination tant des âgés que de la discipline. Cette question ouvre à celle des représentations de la vieillesse qui sera développée ultérieurement. Le mouvement global est celui d'une certaine aseptisation du langage. Lorsque, dans les cours, je parle des « vieux », il y a toujours un(e) étudiant(e) pour dire sa surprise. Or ce terme n'est pas *a priori* péjoratif, mais à l'évidence il en porte la connotation. Le terme « personne âgée » a longtemps semblé plus respectueux mais J. Messy dans *La personne âgée n'existe*

pas, construit sur le modèle lacanien de « La femme n'existe pas » a ouvert une brèche en attirant l'attention sur le risque qu'il y a à réduire une personne (terme lui-même ambigu) à son âge. Dès lors, « sujet âgé » permet d'insister sur le fait qu'il s'agit bien du rapport subjectif de chacun à son vieillissement. Mais ce terme pose aussi d'autres questions : le sujet vieillit-il ? Qu'est-ce qui, d'un sujet, vieillit (question introduite voici plus de vingt ans par H. Bianchi) ? Alors, troisième, quatrième, cinquième âge ? Senior (terme qui, en sport, désigne les adultes) ? Il est frappant de constater la multiplication des désignations, que je comprends comme une fuite car, quoi qu'il en soit, chacun de ces termes assigne en fonction de la variable de l'âge auquel chacun tente plus ou moins de se dérober : on accepte d'autant plus son âge qu'on ne le fait pas, fût-ce au prix du « jeunisme », du déni, de la fuite en avant de la défense maniaque, de la chirurgie esthétique qui repose sur le leurre (nourri de pensée magique, J.-M. Talpin, 2014) que l'effacement des signes du vieillissement vaut pour disparition du vieillissement lui-même. Nous verrons que cela évolue avec la réalité du vieillissement tant physique que psychique de chaque sujet.

La discipline qui s'intéresse à la vieillesse a d'abord été médicale : il s'agit de la gériatrie dont l'inventeur ne fut autre que J.-M. Charcot, celui-là même qui étudia l'hystérie et accueillit S. Freud à Paris¹. Avec lui se construisit l'idée d'une médecine spécifique aux sujets âgés grâce à une observation médicale précise. Puis vint la gérontologie qui s'intéresse, elle, au vieillissement normal, et, dans le champ qui nous intéresse plus particulièrement ici, la psychogériatrie et la gérontopsychiatrie. Si la lutte entre ces dernières relève de l'histoire des années 1970-1980, la distinction entre les deux termes est intéressante : le premier renvoie à toute la dimension psychologique présente dans le vieillissement et s'intègre dans la perspective d'une approche globale du sujet, le second relève d'une spécialisation de

1. Cf. l'ouvrage d'A. Allouch (1992).

la psychiatrie pour le sujet âgé, de même qu'il existe une pédopsychiatrie. La psychogériatrie a été particulièrement soutenue et développée par J.-M. Léger, à Limoges ; la gérontopsychiatrie s'inscrit davantage dans la perspective ouverte en particulier par C. Balier et G. Dedieu-Anglade.

Pour notre part, nous inscrivons cet ouvrage dans une psychologie clinique du vieillissement, souhaitant mettre en avant la méthode et le corpus théoriques de la psychologie clinique référée à la psychanalyse, ce qui permet aussi de penser en termes de processus, de continuité et de rupture la clinique aux différents âges de la vie.

La première partie de cet ouvrage sera consacrée au vieillissement dit normal, c'est-à-dire en dehors des psychopathologies avérées, la seconde aux psychopathologies et aux modalités de prise en charge. Dans un premier chapitre, le vieillissement et la vieillesse sont abordés dans une perspective historique, ethnologique et sociale, articulée aux enjeux psychiques. En effet, ainsi que le souligne S. Freud, toute psychologie est d'abord une psychologie sociale : on ne peut comprendre le sujet singulier « en soi », en faisant abstraction du monde dans lequel il vit, auquel il est psychiquement appareillé. Cet arrière-fond posé, nous dégagerons les différents paradigmes retenus par les cliniciens qui se sont penchés sur la question du vieillissement. Ceci pose le contexte et les outils conceptuels avec lesquels nous penserons le vieillissement en tant que dynamique entre crises et processus tout au long de la vie (chapitre 3). Le quatrième chapitre développe cette dynamique à partir des différents organisateurs du vieillissement : le corps, le social, les identifications et les idéaux mais aussi la dimension familiale et générationnelle et, enfin, la perspective de la mort.

Ces différents éléments posés et discutés seront mis à l'œuvre pour aborder les psychopathologies, d'abord celles qui apparaissent au cours du vieillissement, ensuite celles qui sont apparues dans l'enfance ou dans l'âge adulte afin de voir et de comprendre ce que

les sujets deviennent, comment ils se réorganisent psychiquement. Le premier chapitre de cette seconde partie (chapitre 5) traite des pathologies liées au corps, qu'il s'agisse de décompensations somatiques et de leurs effets ou de manifestations hypocondriaques. Le chapitre suivant (chapitre 6) aborde l'un des enjeux majeurs des psychopathologies du vieillissement : les dépressions en lien avec la question des pertes (d'objets humains, de cadres sociaux ou locaux tel l'appartement) mais aussi du suicide, de la mélancolie et de cette forme spécifique au vieillissement qu'est le syndrome de glissement. Les troubles d'allure psychotique (manière de ne pas trancher d'emblée la question de la structure, qui fera l'objet d'une réflexion spécifique) d'apparition tardive sont abordés dans le chapitre suivant (chapitre 7), en prenant en compte la question des confusions qui ouvrira sur le chapitre consacré aux démences. Dans le chapitre 8, les démences, concept actuellement un peu fourre-tout de la psychopathologie du vieillissement, font l'objet d'un travail de définition puis d'un bref tour des hypothèses étiologiques, avant un approfondissement du sens de leurs symptomatologies. Enfin le devenir des sujets ayant antérieurement décompensé psychiquement est développé dans un chapitre spécifique (chapitre 9), avant une ouverture sur les prises en charge individuelles, groupales et institutionnelles¹. Des éléments relatifs à la prise en charge clinique, au suivi psychothérapique, seront présentés au fur et à mesure des différentes problématiques et modalités psychopathologiques.

1. Pour un travail plus développé sur ces questions, je renvoie au collectif dirigé par B. Verdon (2012), *Cliniques du sujet âgé : pratiques psychologiques*, Armand Colin.