




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



PRATIQUE PSYCHOLOGIQUE

# Intervention du psychologue dans une situation de crise en service de psychogériatrie : articulation entre psychothérapie individuelle et psychothérapie institutionnelle

A psychologist's crisis intervention in a psychogeriatrics population:  
Linking individual and institutional psychotherapy

**L. Lacoste**

*Docteur en psychologie. 83, avenue d'Italie, 75013 Paris, France*

Disponible sur Internet le 10 juin 2009

## MOTS CLÉS

Presbyophrénie ;  
Pseudodémence ;  
Psychogériatrie

## KEYWORDS

Presbyophrénia;  
Pseudodementia;  
Psychogeriatrics

**Résumé** Cet article traite de l'articulation qui doit se mettre en place entre psychothérapie individuelle et psychothérapie institutionnelle, à la suite de l'intervention du psychologue, lors d'une situation de crise dans une unité de psychogériatrie. Nous en discutons à partir de l'exemple de Mme D., une patiente avec un diagnostic de presbyophrénie, placée en long séjour psychiatrique à la demande de ses enfants, devant l'importance de ses troubles du comportement que ne pouvait plus contenir la maison de retraite où elle résidait.  
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** This article discusses the contribution of a psychologist to individual and institutional therapy within a geriatric unit of a psychiatric clinic. The topic is illustrated by the case of Mrs D., a patient with a diagnosis of presbyophrénia, who was institutionalized in psychiatric unit because her behavioural disorders could not be controlled within a classical geriatric institution.  
© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : [lacoste.laurence@free.fr](mailto:lacoste.laurence@free.fr).

## Introduction

Cet article traite de l'intervention de crise du psychologue clinicien dans un service de psychogériatrie accueillant des démences et psychoses vieillissantes au sein d'un établissement neuropsychiatrique privé, dont la fonction principale, en dehors de cette activité, est le travail avec les adultes « psychiatisés » dans les autres unités. Cette prise en charge doit, à notre sens, s'établir à la fois en sa spécificité, mais aussi en nécessaire coordination avec la psychothérapie institutionnelle qui peut être engagée par ailleurs. C'est ce dont nous allons discuter à partir de l'exemple de Mme D.

La demande institutionnelle faite au psychologue clinicien en long séjour gériopsychiatrique vient, la plupart du temps, de l'équipe soignante, débordée par des manifestations comportementales auxquelles elle n'arrive pas à faire face au quotidien. On fait appel au spécialiste pour qu'il trouve une solution mécanique au problème et fasse disparaître le(s) symptôme(s) gênant(s)... Mais qu'en est-il du sujet, de sa propre demande, de son propre désir? C'est alors tout de le travail du thérapeute que de parvenir à transformer la demande institutionnelle en demande individuelle d'un sujet amené, souvent contre son gré au départ, à finir sa vie au sein de cette institution.

## Préalables à la prise en charge

Mme D., âgée de 85 ans, est arrivée dans le long séjour après un passage dans une maison de retraite qui ne parvenait plus à gérer ses troubles du comportement et ses tentatives de fugues. C'est une femme de classe sociale supérieure, avec une atteinte des fonctions cognitives et un « vernis », comme les personnes en début de détérioration démentielle savent si bien conserver. À son arrivée, elle présentait un délire de persécution concernant une femme tenant un café-tabac, qu'elle aurait eu sous ses ordres et qui aurait tout fait pour la faire partir. En fait, elle avait elle-même occupé la place de directrice de maison de retraite pendant une dizaine d'années. Les signes d'anxiété sont très importants : elle tourne en rond dans cette structure fermée, multipliant des appels à l'adresse de l'équipe soignante, qu'elle centre sur un problème de transit et de constipation et de la demande d'un remède panacée pour y pallier. Lorsque ses enfants viennent la voir, elle ne manifeste pas de désir de les suivre, disant se reposer quelques jours dans la clinique du Dr P., médecin qui l'a fait entrer dans l'institution.

Au bout d'une quinzaine de jours d'hospitalisation, elle commence à centrer ses demandes sur le désir de rentrer chez elle et de sortir d'ici, et sollicite l'équipe en ce sens. Toute tentative pour l'amener à investir a minima la vie institutionnelle est réduite à néant. Une stagiaire psychologue l'accompagne parfois au groupe de lecture du journal quotidien le matin, mais elles doivent sortir avant la fin, car elle ne supporte pas la relation au groupe, ni la demande d'attention que requiert cette activité.

Bientôt, elle va manifester à plusieurs reprises des sensations de vertige, d'« étouffement », demander à aller aux urgences, de prévenir la police pour avertir ses enfants qu'il faut venir la chercher. Dans des modes de défense à versant histrionique, elle met en scène le vécu carcéral que lui renvoie la vie institutionnelle, se sentant de plus en plus perdue

et multipliant déambulations et tentatives de fugues. C'est dans ce contexte que l'on a fait appel à une intervention psychothérapeutique.

## Identifier l'anxiété et recadrer la demande

Cet aperçu des préalables de la demande nous a permis d'identifier l'expression clinique de l'anxiété, dans une multiplication des appels qui devient vite en retour anxiogène pour l'équipe. Ploton [1] a décodé ces manifestations anxieuses en termes de perte d'identité et de vécu d'abandon chez le sujet. Il a énoncé plusieurs règles en vue de cette prise en charge de l'anxiété en institution gériatrique et deux d'entre elles nous sont apparues centrales dans le cas de Mme D.

Tout d'abord, au niveau architectural, les déambulations peuvent se décoder en termes de conduite symptomatique accessibles à un processus thérapeutique, entre le choix non restrictif de séjourner librement dans un espace privé (sa chambre) ou un espace de vie collective (le lieu de vie), et seulement ces deux lieux, pour éviter une multiplication de lieux peu structurante, voire confusogène. Nous décidons donc de lui proposer de la rencontrer en entretien clinique dans sa chambre dans laquelle elle commence à rester la journée. Le début et la fin de cet entretien vont souvent être marqués par le trajet lieu de vie/chambre et chambre/lieu de vie.

Ensuite, en termes de retour à donner à l'équipe soignante de la relation thérapeutique, nous nous sommes attachées à repérer, au fil de la rencontre, les ouvertures d'« accompagnement psychologique » auxquels pourraient répondre l'institution, dans une reconnaissance des besoins individuels et une mise du collectif au service de l'individu, et non l'inverse.

## Décision de placement demandée par sa famille : une perspective systémique

Nous avons également accédé à une demande de l'équipe pour obtenir des renseignements biographiques auprès de la fille sur Mme D., dans le but de connaître la version de l'histoire de la patiente et de sa maladie. Cela nous a paru important à plusieurs niveaux :

- de pouvoir donner des éléments à la patiente par rapport à la décision de placement demandé par sa famille, dans une compréhension systémique de ce qui se jouait dans la dynamique familiale et en informant en retour sa fille que ce qu'elle était en train de dire, il nous paraissait important que sa mère l'entende ;
- de pouvoir mettre en dépôt dans l'institution des éléments historiques détenus par la famille (histoire identitaire, histoire de la maladie...) qui permettent à la famille et à la résidente d'élaborer ce que Charazac [2] a nommé les « processus de symbiose et de séparation » dans la crise familiale déclenchée par la séparation d'avec le parent âgé.

L'étude des aspects dynamiques du transfert familial de l'âge met en évidence la nécessité, pour le thérapeute, d'en expliciter la dimension narcissique. Ce n'est qu'après avoir

été reconnu dans la souffrance de n'avoir pu vivre jusqu'au bout l'illusion d'un groupe pleinement uni que la famille peut accepter son parent comme séparé et l'âgé faire sa mort individuelle.

L'institution et l'équipe soignante sont alors être pleinement dépositaires de l'histoire individuelle du patient, sans que la famille s'en sente dépossédée parce que n'ayant pas pu y faire face.

## Question diagnostique et orientation thérapeutique

Le diagnostic posé par le psychiatre référent était celui de « presbyophrénie » pour garder la distinction clinique de troubles mnésiques avec désorientation temporo-spatiale, mais absence de syndrome aphaso-apraxy-agnosique présent dès le début de la maladie, contrairement aux démences séniles de type Alzheimer [3].

La patiente n'a pas fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique complète, vu l'importance des troubles du comportement et du traitement psychotrope, mais le score au *Mini Mental State Examination* (MMSE) [4] est de 23/30 avec :

- 1/4 en orientation temporelle (la patiente dit être en 1945 et a un délire de période de guerre) ;
- 4/5 en orientation spatiale ;
- 3/3 en enregistrement des données ;
- 2/5 en calcul mental ;
- 0/3 en mémoire différée ;
- 8/8 en langage ;
- 1/1 en épreuve visuoconstructive.

Cela dénote bien, a priori, un début de détérioration cognitive essentiellement marqué par les troubles d'orientation, de la mémoire de fixation et de la mémoire de travail.

Toutefois, au niveau du bilan psychologique, la symptomatologie psychiatrique de la patiente nous a amené à chercher à évaluer la valeur de la composante dépressive sous-jacente. Nous avons ainsi essayé de remplir « l'inventaire clinique pour distinguer pseudodémence et démence » de Wells [5], traduit en français par Waintraub [6]. Le profil que nous mettions en perspective était ici hétérogène. Au niveau de l'évolution clinique et des antécédents, on notait un point en faveur de la pseudodémence et quatre points en faveur de la démence. Au niveau des symptômes et comportements, on notait six points au niveau de la pseudodémence contre quatre points pour la démence. Enfin, au niveau de l'évaluation clinique des possibilités mentales, on notait quatre points pour la pseudodémence contre deux points en faveur de la démence. Au total, 11 points sont en faveur d'un tableau pseudodémence et dix points en faveur d'un tableau démentiel.

Notre objectif ici n'était pas d'émettre un doute diagnostique, mais d'effectuer une analyse par subttests nous permettant de redonner toute sa place au caractère psychiatrique de l'expression symptomatique se rapprochant plus d'une affection pseudodémence, et donc accessible ainsi à un processus thérapeutique particulier. Nous avons formulé l'hypothèse que Mme D. avait, malgré ses atteintes cognitives, des facultés encore opératoires et développait

ainsi une symptomatologie contradépressive par rapport à son hospitalisation. Il restait maintenant à déterminer la place qu'occupaient les aspects délirants dans son économie psychique et le rapport que la dépression entretenait avec son affection de type démentiel.

## Délire tardif et orientation thérapeutique

Les aspects délirants développés par Mme D. avaient suivi une évolution au cours de son hospitalisation : préjudice de la femme à l'origine de son exil, puis période de guerre. Cela nous apparaissait, sur le plan psychodynamique, comme un aménagement plus ou moins durable [7] en réponse à la décompensation produite durant son hospitalisation et son périple institutionnel antérieur.

Dès le commencement du suivi individuel, un antidépresseur était prescrit et bientôt le délire s'atténuait pour laisser place à un vécu dépressif douloureux. Les pistes dégagées par Clément [8,9] sur le délire tardif ont orienté notre prise en charge. Au niveau psychodynamique, nous retenions l'hypothèse que ce n'était pas qu'un vécu persécuteur, mais aussi une modalité de lutte contre l'isolement et la dépression, une réaction active de la personnalité, partiellement ressentie, contre une position dépressive générée par le deuil que le sujet doit faire de sa propre image. Ce qui, dans la prise en charge, peut se traduire à deux niveaux :

- au niveau de la symptomatologie délirante, l'abord psychothérapeutique s'oriente vers un aménagement du patient vers ses idées délirantes. Sans adhérer au propos délirant, il faut savoir le tolérer et ne pas favoriser une critique trop hâtive. Ainsi, le sujet âgé délirant tardif, disposant d'un interlocuteur prêt à accueillir son désordre, trouve souvent la capacité à y relancer sa propre mise en ordre ;
- au niveau du vécu dépressif, nous avons voulu donner sa place à une attitude de « soutien psychoaffectif » au risque parfois de déspecifier la relation transférentielle et contre-transférentielle. Il ne peut en effet s'agir d'une thérapie codifiée puisque le dément a un psychisme amputé de son appareil à penser, mais d'un accompagnement chargé d'affects : on ne s'adresse pas tant à un sujet raisonnable qu'à un sujet émotionnel. À ce titre, toute émergence affective comme l'anxiété, la dépression, ne doit pas être considérée seulement comme symptôme pathologique à réduire absolument, mais aussi comme l'expression d'un mouvement de défense, d'adaptation, de réorganisation et de communication avec autrui.

Avec Mme D., il est vrai, l'appareil de pensée restait encore partiellement opératoire et cette dimension n'était pas choisie en négatif contre un accompagnement orthodoxe impossible, mais elle apparaissait comme une dimension supplémentaire à garder face à cette patiente que la conscience de son état confrontait à une telle souffrance.

## Du délire à la dépression

Durant les trois premières semaines de son hospitalisation, Mme D. est sortie peu à peu de son discours délirant, pour élaborer les éléments dépressifs liés à son hospitalisation. Au départ, les éléments persécuteurs étaient très présents

dans la reconstitution d'un délire centré sur un vécu carcéral, renforcé par une désorientation temporelle signifiante : elle fit ainsi part, en entretien clinique, de son vécu quelque peu onirique de la période de la guerre, et « s'en servit » pour amener le terme de la séparation d'avec ses enfants : « c'est terrible d'être ici pendant que mes enfants sont au combat », dit-elle. D'ailleurs, les thèmes associés de son enfermement en institution et de la séparation de ses enfants seront récurrents tout au long de la suite du suivi.

L'entretien clinique, lorsqu'elle a commencé à sortir de son délire, a pu offrir une sorte de résumé à sa demande de prise en charge. Ce jour-là, l'entretien fit suite à une tentative de fugue (descente au sous-sol au moyen de l'ascenseur pour finalement se perdre dans la lingerie) et, en allant la chercher, nous lui avons proposé de remonter un moment dans sa chambre afin de « discuter ». Une fois assise, Mme D. commença à pleurer, se plaignant de n'être pas acceptée en ce lieu (« personne n'est gentil avec moi... Encore faut-il que l'on m'accepte dans le salon »). Elle posait ici la souffrance liée à sa marginalité face à la population psychiatrique présente, que la thérapeute avait pour sa part dès le début entendue, ce qu'elle avait sans doute, elle aussi, compris. Dans un deuxième temps, elle reparlait de la séparation d'avec ses enfants (« c'est si difficile d'être séparée de ses enfants ») et, à ce niveau-là, outre l'écoute bienveillante, nous lui transmettions un retour de l'entretien eu avec sa fille, lui expliquant que ses enfants l'aimaient beaucoup, mais ne pouvaient la garder avec eux vu leurs contraintes familiales et professionnelles. Finalement, l'entretien se terminait sur une défense histrionique par la simulation a minima d'une attaque cardiaque. « Je suis différente, abandonnée par mes enfants et la mort me guette » : tel était le message auquel la thérapie devait apporter une réponse ultérieure.

## Penser en termes de psychothérapie brève

Travaillant dans cette institution en vacances temporaires, la psychologue devait garder à tout moment à l'esprit que sa prise en charge était limitée dans le temps et que son remplacement n'était pas assuré. On perçoit tout l'enjeu éthique de poser ce cadre a priori, car le poids d'un investissement relationnel positif chez une telle personne, entamant en ce lieu la dernière étape de sa vie, est capital. Il fallait tenter au maximum de donner une place de moins en moins importante à la psychothérapie individuelle pour augmenter la place de la psychothérapie institutionnelle. Mais, dans un premier temps, vu le débordement des soignants et leur charge de travail, cette dernière était impossible. Le référentiel de la thérapie brève [10] nous a donc aidé à nous positionner. Il s'agissait d'emblée de planifier la psychothérapie qui visait une élaboration du matériel psychologique autour du foyer, utilisant des activités thérapeutiques allant de la suggestion directe et du soutien à la sélection des interprétations concernant une analyse du matériel actuel.

Les deux axes du travail de notre alliance thérapeutique allaient donc être les suivants :

- à un premier niveau, se situer comme un lieu de paroles susceptible d'entendre la souffrance liée à son hospi-

talisation et à la séparation de ses enfants, qui ne pouvait trouver une écoute des soignants surchargés tant que les troubles du comportement restaient importants. L'objectif étant, petit à petit, avec l'apparition d'un mieux-être de la patiente, de permettre aux soignants d'occuper eux-mêmes, au moins en partie, cette place. On se situait ici au niveau d'un soutien psychoaffectif, c'est-à-dire au niveau des processus primaires de l'inconscient que sont les affects ;

- à un second niveau, pour accéder à ce mieux-être, il fallait permettre l'élaboration d'une position dépressive face à la crise qu'elle était en train de vivre. Les interventions psychothérapeutiques portaient sur un discours de réassurance face à la symptomatologie dépressive (difficulté à se concentrer, tristesse...), sur l'introduction d'éléments de la réalité rendant impossible la présence de ses enfants au quotidien (éloignement, dépendance...), sur l'encouragement de toute initiative l'amenant à élaborer ce qu'elle aurait envie de faire en ce lieu (lecture, activités...). On réintroduisait ici les éléments de pensée des processus secondaires de la conscience permettant un processus d'élaboration psychique.

## Articulation entre psychothérapie individuelle et psychothérapie institutionnelle

On peut dégager les éléments transférentiels suivants, déposés dans le cadre thérapeutique instauré. Rappelons-en une des composantes essentielle : la thérapeute allait la voir dans sa chambre et axait aussi la prise en charge sur les aller/retour envers le monde institutionnel (lieu de vie, activités...). Elle l'avait ainsi mise à une double place : celle d'un membre de l'institution, élément qu'elle avait bien intégré, et celle d'une visite extérieure au long séjour psychogériatrique, investie un peu en objet filial. Ces deux positions étaient tour à tour utilisées et verbalisées par Mme D. C'est dans leur agencement qu'elle pouvait investir la psychologue comme un objet de l'institution lui permettant de mettre en dépôt son vécu dépressif. Sans la présence de ce lieu de paroles, il est probable qu'une élaboration dépressive n'aurait pas pu avoir lieu.

Le problème qui se posait était de permettre le passage d'une relation duelle constructive à une relation positive avec l'ensemble de l'équipe soignante. Le blocage évident était dans la durée de l'hospitalisation, car la patiente demandait inlassablement combien de temps elle allait rester là. Ne la sentant pas à même d'accepter l'idée de l'institution « fin de vie », la psychologue essayait de se situer au plus proche de la vérité de la résidente, en lui répétant qu'il n'était pas envisageable, dans l'état présent, d'envisager une sortie. On laissait ainsi une ouverture vers la pensée d'un lieu de convalescence, sans l'induire, mais en l'amenant à renoncer à une sortie à court terme faisant obstacle à l'investissement de la vie présente. Nous l'amenions à plusieurs reprises à réfléchir sur des projets pour les jours à venir : elle finit par entendre ce qui lui était dit (« cela veut dire que je ne serai pas chez moi aujourd'hui, demain non plus... »). Nous pensions que, de toute façon, son oubli au fur et à mesure rendait inopérante la pensée du long terme.

Parallèlement, l'équipe avait noté une transformation chez Mme D. : elle se proposait de faire la vaisselle, parvenait à rester au groupe de lecture du quotidien régional seule, participait activement à l'atelier « mots croisés », semblait intéressée par les revues du lieu de vie, empruntait des livres que lui apportait la bibliothécaire. Des ouvertures vers la prise en charge individuelle par les autres membres de l'équipe émergeaient : pour ne donner qu'un seul exemple, l'infirmière référente du long séjour prit elle-même un jour l'initiative d'amener Mme D. à la bibliothèque de la clinique pour choisir un livre et signait ainsi significativement le passage de relais de la seule psychothérapie individuelle à la psychothérapie institutionnelle dans une approche que l'on peut nommer « multifocale » [11], c'est-à-dire où chaque soignant désormais pouvait trouver sa propre place.

## Conclusion

L'exemple de cette patiente nous semble intéressant à plus d'un titre : différencier la confusion qui règne encore bien souvent entre presbyophrénie et démence sénile type Alzheimer ; voire que le délire a un rôle défensif dans une économie psychique et est accessible à d'autres soins que l'approche médicamenteuse ; rappeler qu'en gérontologie, c'est moins la position de psychologue qui compte dans une prise en charge, que la faculté qu'a ce dernier à élaborer une pensée autour de cette même prise en charge et à permettre aux autres soignants de prendre à leur tour le relais lorsque l'état aigu est passé.

## Références

- [1] Ploton L. La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. Lyon: Chroniques sociales; 1991.
- [2] Charazac P. Psychothérapie du patient âgé et de sa famille. Paris: Dunod; 2005.
- [3] Déroutesné C. La maladie d'Alzheimer : regards sur le présent à la lumière du passé. Une approche historique. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2008;6:115–28.
- [4] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–98.
- [5] Wells CE. Pseudo-dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1961;36: 895–900.
- [6] Waintraub L. Inventaire clinique pour distinguer pseudo-démence et démence. In: L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Sous la direction de Guelfi JD. Boulogne: Éditions médicales Pierre Fabre; 1993. p. 18–22.
- [7] Bazin N. La forte propension à délirer du sujet âgé : comment, quand, pourquoi? *NPG* 2004;4:5–7.
- [8] Clément JP. États confusionnels et délirants du sujet âgé : orientations diagnostiques et thérapeutiques. *Rev Prat* 1994;11:1443–7.
- [9] Léger JM, Clément JP, Wertheimer J. Psychiatrie du sujet âgé. Paris: Flammarion; 1999.
- [10] Gilliéron E. Manuel de psychothérapies brèves. Paris: Dunod; 1997.
- [11] Richard F. Subjectivation et situation groupale à l'adolescence. In: Chapelier JB, Duez B, Kaës R, Richard F, editors. Le lien groupal à l'adolescence. Paris: Dunod; 2000. p. 113–68.