



HAL
open science

Processus de vieillissement chez des patients âgés dialysés

H. Riazuelo, D. Cupa, G. Pirlot, M.-L. Gourdon, C. Causeret

► **To cite this version:**

H. Riazuelo, D. Cupa, G. Pirlot, M.-L. Gourdon, C. Causeret. Processus de vieillissement chez des patients âgés dialysés. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, 10.1016/j.amp.2010.11.013 . hal-00765610

HAL Id: hal-00765610

<https://hal.science/hal-00765610>

Submitted on 15 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Processus de vieillissement chez des patients âgés dialysés

Authors: H. Riazuelo, D. Cupa, G. Pirlot, M.-L. Gourdon, C. Causeret



PII: S0003-4487(11)00059-X
DOI: doi:10.1016/j.amp.2010.11.013
Reference: AMEPSY 1303

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Received date: 18-9-2010
Accepted date: 12-11-2010

Please cite this article as: Riazuelo H, Cupa D, Pirlot G, Gourdon M-L, Causeret C, Processus de vieillissement chez des patients âgés dialysés, *Annales médico-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2010.11.013

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Mémoire

Processus de vieillissement chez des patients âgés dialysés

H. Riazuelo ^{a,*}, D. Cupa ^b, G. Pirlot ^c, M.-L. Gourdon ^d, C. Causeret ^d

^a Psychologue clinicienne et chercheuse de l'Unité de Psycho-Néphrologie (U.P.N.)
à l'A.U.R.A. (Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel), 75014 Paris, France
Maître de Conférences à l'Université Aix-Marseille I (EA 3278), France

^b Psychanalyste et psychologue clinicienne, Directrice de l'Unité de Psycho-Néphrologie
(U.P.N.) à l'A.U.R.A. (Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel), 75014 Paris, France
Directrice du L.A.S.I. (Laboratoire de psychopathologie psychanalytique des
Atteintes Somatiques et Identitaires) de

l'Université de Paris Nanterre Ouest la Défense (EA 4430), France

^c Professeur de psychopathologie, Toulouse II, membre du L.A.S.I., France

^d Psychologue clinicienne et chercheuse de l'Unité de Psycho-Néphrologie (U.P.N.)
à l'A.U.R.A. (Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel), 75014 Paris, France

Auteur correspondant : H. Riazuelo, Unité de Psycho-Néphrologie, AURA, 68, rue des
Plantes, 75014 Paris, France

Tél. : 01 53 62 67 29

Fax : 01 53 62 66 91

Adresse email : dominique.cupa@auraparis.org.

Texte reçu le 18 septembre 2010 ; accepté le 12 novembre 2010

Résumé

En référence à la psychopathologie, les auteurs mettent en évidence plusieurs indicateurs du fonctionnement psychique du patient âgé dialysé. L'objectif principal de ce travail est de dégager des indicateurs du fonctionnement psychique des patients âgés dialysés afin de les aider à « réussir » leur vieillissement, malgré la maladie, la lourdeur des soins et leurs effets secondaires.

Mots clés : Contenance ; Dialyse ; Perte ; Revitaliser ; Vieillissement psychique

Abstract

In reference to psychopathology, the authors highlight several indicators of the aging dialysed patient's psychological functioning. The aim of this work is to extract some indicators in order to help these patients to experience a pleasant aging, in spite of a difficult disease state, constraining care and the presence of several side effects.

Keywords: Dialysis; Grief; Holding; Psychological aging; Revive

« La vieillesse est une voyageuse de nuit »
(Chateaubriand, *Vie de Rancé*, 1844)

D'un point de vue psychopathologique, nous pouvons considérer le vieillissement psychique comme un processus, c'est-à-dire un mouvement dans le temps, débutant lorsqu'un sujet rencontre la mort qui s'impose à lui comme incontournable. Il admet qu'il est mortel. C'est ce processus qui sous-tend la « crise du milieu de la vie » décrite par E. Jaques [8]. Les fantasmes d'éternité, de toute-puissance infantile, perdent leur efficacité psychique. Ils s'émoussent, ils sont remis en cause dans cette rencontre avec la mort. Dans cette perspective, une relation intime entre vieillissement et mort est posée. Si le vieillissement est une dégradation progressive de l'organisme, il est aussi constitué par la succession des pertes provoquées par les maladies invalidantes, la succession des pertes des liens affectifs et sociaux. La perte ultime étant de plus en plus proche à l'horizon.

Depuis la fin des années 1980 sont apparus des concepts comme le « vieillissement réussi », par opposition au « vieillissement pathologique » avec maladie et/ou handicap, ou comme le « vieillissement usuel », sans maladie ni handicap, mais avec régression des capacités fonctionnelles [3,4].

Le travail que nous proposons a pour objectif de dégager un certain nombre d'indicateurs du fonctionnement psychique des patients dialysés vieillissants, afin de les aider à « réussir » leur vieillissement malgré la maladie, la lourdeur des soins et leurs effets secondaires. Comment en effet peut-on les aider à supporter une souffrance qui n'est pas seulement existentielle, liée au vieillissement, mais aussi les surplus de souffrances que la maladie chronique et les soins « machiniques » très lourds provoquent ?

1. Remarques épidémiologiques

D'un point de vue épidémiologique, les études sur les dialysés âgés prennent en compte le plus souvent des patients appartenant à une tranche d'âge qui débute à 60 ans. Nous considérerons une telle population¹, sachant que vouloir dater le vieillissement psychique à partir de l'âge civil rend compte de la réalité psychique par référence au calendrier, c'est-à-dire à la réalité extérieure donc hétérogène à celle que nous traitons.

L'étude du processus de vieillissement chez le dialysé² intéresse, selon nous, deux catégories de patients : d'une part, les patients qui ont vieilli en dialyse, et, d'autre part, ceux qui ont débuté leur dialyse à un âge tardif. Il nous semble que ces deux types de patients ont un fonctionnement psychique différent.

D'un point de vue psychopathologique, pour les patients ayant vieilli en dialyse, nous constatons dans le meilleur des cas une réorganisation psychique qui leur permet de supporter la dialyse et de faire face aux soins. Dans le plus mauvais des cas, il y a une usure avec une désorganisation psychique dépressive grave.

Nous remarquons cliniquement qu'il y a une bonne adaptation, voire une meilleure adaptation à la maladie et aux soins des patients âgés récemment mis en dialyse que pour des jeunes patients dialysés. C'est ce que NG. Kutner [9] souligne à partir d'études comparatives entre des patients dialysés âgés (60 ans et plus) et des jeunes patients dialysés. Ces travaux indiquent que le « bien-être psychosocial » des patients âgés est aussi bon, voire d'une meilleure qualité, que celui rapporté par les jeunes patients. L'auteur pense que les personnes âgées sont plus optimistes sur leur santé et qu'elles ont tendance à surévaluer leur bien-être. Une autre étude de NG. Kutner [10], en partant d'une observation réalisée durant trois ans sur 130 insuffisants rénaux terminaux et un groupe contrôle de 286 personnes (population générale), indique que si les patients dialysés âgés se plaignent plus de handicaps fonctionnels et ont un syndrome dépressif plus important que les autres, ils ont un degré de satisfaction de leur vie qui n'est pas significativement différent de celui du groupe contrôle. Les défenses psychiques sont différentes. Les personnes âgées sont plus certaines de leur mort, mais dans un même mouvement, elles déniaient davantage leur mort.

2. Aspects psychopathologiques du processus de vieillissement du dialysé

¹ En France, l'âge de la retraite (65 ans) fait entrer dans la catégorie « personnes âgées ».

2.1. Perte narcissique et le narcissisme gardien de vie

L'entrée dans la dialyse s'inaugure par une perte traumatique car le patient perd une fonction vitale, ce qui le confronte à sa mort. Partant de la définition que nous avons proposée sur le processus de vieillissement, nous pouvons avancer que le dialysé entre dans ce processus à son entrée en dialyse. C'est une blessure narcissique profonde où le sujet est remis en cause dans ses capacités les plus profondes à s'autoconserver. La toute-puissance infantile présente chez tout un chacun est mise à mal, d'autant que les dialyses rappellent répétitivement aux dialysés leur mortelle condition, ouvrant ainsi sur un deuil infini.

De son côté, le vieillissement physique rapproche de la scène mentale la mort qui est associée au vécu des baisses de performances et aux modifications corporelles conduisant à un sentiment de déclin. Les capacités du corps se réduisent d'autant plus qu'apparaissent les effets secondaires de la dialyse, aggravant le sentiment d'impuissance.

La séduction s'altère, plaire à soi-même et aux autres devient de plus en plus difficile. Du coup, l'activité autoérotique peut diminuer. Nous constatons, par exemple, chez certains sujets, un abaissement des investissements concernant l'aspect vestimentaire.

Par ailleurs, les contenants psychiques sont moins efficaces. La personne âgée régule moins bien ses émotions et ses mouvements pulsionnels tandis que les réactions affectives qu'elle exprime sont plus contrastées. Elle est aussi plus vulnérable aux changements externes. Cette vulnérabilité accroît considérablement celle déjà très présente du dialysé. Fait clinique indiscutable, l'hypothèse d'une érosion des contenants psychiques s'impose. Plus précisément, les délimitations entre le monde interne et le monde externe s'effacent comme celles entre le souvenir et la réalité, c'est-à-dire, finalement, comme celles entre le passé et le présent. L'expérience de vulnérabilité pousse instinctivement le sujet âgé vers des positions de repli, à distance de toute forme d'agression.

Comme la capacité à trouver du plaisir en soi diminue et que l'image de soi renvoyée par les autres est moindre, le sujet a de moins en moins les moyens de se rétablir narcissiquement. Peut alors apparaître le sentiment douloureux de déchéance, l'incapacité à se forger une image de soi suffisamment digne.

² En France, selon les données de l'enquête de l'Assurance Maladie réalisée en 2003, l'âge moyen des personnes atteintes d'insuffisance rénale traitée par dialyse est de 63 ans (le plus jeune a un an et le plus âgé 103 ans). La proportion des hommes est plus importante (60 %) que celle des femmes.

Le narcissisme comme gardien de la vie est alors central. Il se décline selon quatre procédés :

- premièrement, l'autoconservation implique de faire attention à soi, de se préserver et se protéger, voire de façon cruelle. Chez le sujet dialysé, sa capacité à s'autoconserver a été mise en défaut et il peut se sentir particulièrement incapable de le faire, délaissant à autrui cette tâche, ce qui augmente sa dépendance. Il est alors d'autant plus important pour lui de prendre en charge ses soins, de se sentir davantage capable de se protéger ;

- deuxièmement, l'amour de soi à travers l'amour pour l'autre : l'amour de l'autre alimente narcissiquement car le sujet dépose chez l'autre des parties précieuses de lui-même qui lui permettent en retour de recolorer, de « redorer » son Moi ;

- troisièmement, l'amour de l'autre : les marques de l'attachement à l'autre propres aux relations affectives constituent autant d'aliments nécessaires au métabolisme d'un narcissisme de vie. L'équipe médicale et soignante, par exemple, est considérée par certains patients comme une famille. Le drame de la personne âgée étant la solitude, celle-ci renvoyant aux angoisses du nourrisson, se sentir seul c'est déjà être du côté de la mort ;

- quatrièmement, la sublimation qui consiste à la recherche du plaisir dans des activités intellectuelles permet, face aux processus de déssexualisation en jeu dans le vieillissement, un maintien de l'homéostasie narcissique. Au cours du vieillissement, la création relance la toute-puissance comme source de jubilation, l'idéal étant de créer et aussi de se créer dans la satisfaction. La personne âgée qui va bien compense dans le libre jeu de ses sublimations un plaisir à vivre qui contrebalance, au moins en partie, la souffrance de la perte. On notera que la sublimation est mise à mal dans la détérioration mentale, ce qui conduit à une véritable désertification psychique qui ne permet pas la restauration narcissique si importante pour le vieillard.

2.2. Perte des relations affectives et les nouvelles modalités affectives

Les patients au narcissisme fragilisé par la maladie, la chronicité et le vieillissement vivent la séparation de façon particulièrement douloureuse. La séparation peut aboutir à une véritable hémorragie narcissique qui déstabilise profondément leur organisation psychique. Les dépressions sont alors à craindre ainsi que des mouvements régressifs graves. Les désorganisations psychiques liées aux séparations posent d'autant plus problème que le sujet âgé perd de plus en plus ses proches, ses amis, ses collègues de travail, le travail étant un lieu privilégié d'investissements affectifs.

Certaines études insistent sur l'importance du soutien familial et social du dialysé, ainsi que celui de l'équipe soignante et médicale. NG. Kutner notamment explique que le contexte social lié à la dialyse peut potentiellement compenser les pertes qui accompagnent souvent le vieillissement, plus particulièrement si le personnel de dialyse a suffisamment de temps et de patience pour aborder les questions relatives au bien-être psychologique des patients âgés [11].

Par ailleurs, la personne âgée tend à régresser vers des positions infantiles. « Le vieil homme, même s'il ne retombe pas en enfance, y retourne en secret, se donne le plaisir d'appeler maman à mi-voix » écrit F. Mauriac [12]. De façon générale, comme le souligne cet écrivain, il y a un retour à l'attachement primaire, ce qui conduit à une modification des investissements de certains types de plaisir et permet au Moi des relations plus idéalisantes, mais en même temps plus terrifiantes. Le patient a besoin de se sentir protégé par une équipe soignante et médicale très puissante, l'autre versant étant une grande détresse dès qu'il a le sentiment d'être délaissé, la crainte d'être tué. Les mouvements régressifs des patients dialysés, âgés ou non, sont fréquents, en lien avec la situation de dépendance et de passivation à laquelle confinent les dialyses tri-hebdomadaires. C'est ce mouvement régressif que L. N. Tolstoï, à l'âge de 78 ans, retranscrit dans son journal : « Tout le jour, une impression stupide et triste. Vers le soir, cet état d'âme s'est transformé en désir de caresses, de tendresse. J'aurais voulu comme dans mon enfance me serrer contre un être aimant et compatissant, pleurer de douceur et être consolé. [...] Devenir tout petit et me rapprocher de ma mère, telle que je l'imagine. Toi, maman prends-moi, cajole-moi. [...] Tout cela est fou, mais tout cela est vrai » [16]. Discret ou massif, progressif ou brutal, le mouvement régressif doit être repéré chez la personne âgée. Lorsque le sujet est confronté à une perte instrumentale, la perte d'un proche, il peut momentanément rechercher une satisfaction à vivre par une telle voie régressive : rester longtemps devant la télévision, au lit. Le plaisir, par exemple, d'un patient au cours d'une hospitalisation est de rester allongé le matin sur son lit, dos à la fenêtre pour sentir la chaleur du soleil sur lui. Il en parle comme d'une caresse qui le réchauffe pour la journée.

Au niveau des relations génitales propres à la relation amoureuse adulte, elles sont perturbées chez le patient dialysé pour des raisons biologiques et psychogènes. Ainsi, 45 % des hommes réduisent leurs activités sexuelles dès l'annonce de la maladie rénale, à cela s'ajoutent 35 % des hommes dès le début de la dialyse [1]. De plus, 65 % à 70 % des hommes hémodialysés souffrent d'un déclin de leur libido ou d'un dysfonctionnement sexuel, tandis que 10 % des femmes dialysées ont des menstruations anormales, et 50 % à 80 % une baisse

de leur libido et des difficultés pour atteindre l'orgasme. La moyenne d'âge préférentiellement affectée par les troubles sexuels est de 50-59 ans [3].

On sait également que même s'ils ont un partenaire sexuel, « les 50-69 ans espacent leurs relations sexuelles au fil de l'âge, les femmes plus encore que les hommes » [6]. Non seulement un mauvais état de santé diminue la probabilité d'avoir une vie sexuelle, mais il réduit aussi son intensité. Ainsi, à 50-60 ans dans le couple, 53 % des hommes jugeant leur santé « plutôt satisfaisante par rapport aux personnes de leur âge », ont eu au moins cinq relations sexuelles dans le mois, ils ne sont plus que 33 % parmi ceux dont l'état de santé est « peu ou pas du tout satisfaisant ». La tendance est la même chez les femmes [6].

Néanmoins, précisons que la vie amoureuse est variée. Les personnes âgées ont bénéficié d'un contexte plus libéral, rendant certains comportements moins culpabilisants et facilitant aussi sans doute leur déclaration. Elles sont au minimum sept sur dix à mentionner avoir joui par des cunnilingus, les trois quarts d'entre elles arrivant souvent au plaisir par cette pratique. De plus, les personnes âgées sont plus souvent que les jeunes sans partenaire sexuel et ont donc des rapports moins fréquents. Concernant l'aspect psychogène des difficultés sexuelles du dialysé, elles sont très proches de celles qui sont liées au vieillissement. Le sentiment d'impuissance, le constat de ses insuffisances renforcent les angoisses de castration liées à la culpabilité œdipienne, l'impossibilité de trouver une satisfaction orgastique étant fantasmée comme une punition imposée par la maladie, vécue elle-même comme sanction. C'est bien comme une punition que ce patient âgé de 65 ans explique sa maladie rénale : « Si je pensais finir un jour comme ça, attaché à une machine. Je sais bien que l'on me punit pour mes fautes. Je n'ai qu'à m'en prendre à moi-même. » Et il associe longuement sur la mise en maison de retraite de sa mère, sur sa femme décédée il y a quelques années et qu'il n'a peut-être pas suffisamment soignées.

Faute de trouver suffisamment de satisfaction au niveau génital, le dialysé, et notamment le dialysé vieillissant, investit surtout le domaine de l'analité, en particulier l'argent, le rangement ou le désordre, le don ou la rétention. On sait combien chez une personne âgée ce qui concerne les donations, l'héritage est important, mais aussi combien elle se sent vite spoliée et persécutée par des questions d'argent.

La colère, les griefs, l'hostilité, l'ambivalence, la cruauté sont monnaie courante chez la personne âgée. *Le chat* de P. Granier Deferre, tiré du roman de G. Simenon (1967), et *Tatie Danièle*, d'E. Chatilliez (1989), deux films français, en sont des exemples très intéressants. Bien souvent, l'agressivité déployée à l'égard de l'entourage n'est pas sadique, dans le sens où faire souffrir l'autre apporte du plaisir. Elle a plus un but autoconservatif. La cruauté joue

là un rôle essentiel. Les attaques hostiles peuvent également viser à ébranler l'autre afin de lui donner à sentir ce qui se passe chez quelqu'un de révolté par l'approche de la mort. [5]

Un certain masochisme, un masochisme de vie, est alors indispensable pour supporter la douleur et la souffrance. B. Rosenberg [13] a insisté sur son aspect régulateur et sur l'érotisation qui en découle, permettant un maintien correct de l'activité pulsionnelle.

Pour se revitaliser psychiquement, la personne âgée peut également tenter de se remplir du stock énergétique des plus jeunes et se montrer très avide affectivement, recherchant toujours des faveurs supplémentaires. Chez les dialysés, cela rencontre une fantasmagorie très active liée à la machine et à l'équipe soignante, selon laquelle il se sent comme un mort vivant, un vampire qui vampirise l'équipe et la machine dans un jeu de réciprocité. M de M'Uzan [17] a été le premier à insister, en particulier chez le mourant, sur l'aspiration amoureuse très vive de la personne âgée ou mourante qui peut effrayer le soignant. Il est plus supportable de mourir avec quelqu'un, en se sentant vivant psychiquement.

2.3. Perte de l'indépendance

Une autre particularité de la psychopathologie du dialysé concerne sa position existentielle. Il est dans une « dépendance absolue » [18,19] à la machine. Il dépend de façon vitale de cette machine, comme le tout petit enfant de sa mère. À cette dépendance s'ajoute celle à l'équipe médicale et soignante et, pour la personne âgée, la dépendance psychique du fait de sa dépendance fonctionnelle et de la nécessité de se dessaisir des rôles sociaux. Il y a donc chez le dialysé vieillissant une forte dépendance qui est à l'origine d'une souffrance par moments intolérable et qui peut engendrer des passages à l'acte, comme ne pas venir se faire dialyser par exemple, revendication à une certaine liberté comme ce patient qui raconte des scénarios de fugue pendant sa dialyse qu'il supporte de plus en plus mal. « Un jour, je vais partir. Je prendrai un train au hasard avec mon sac au dos et je partirai, comme ça à l'improviste. Peu importe la destination, c'est juste le fait de partir qui est important. Pouvoir s'en aller en voyage sans penser à réserver une place en centre et tout ce qui va avec. »

De plus, il y a pour ces patients une dépendance temporo-spatiale qui s'ajoute. On sait combien le patient dialysé, ayant des difficultés à investir son espace et son temps, est prisonnier de la temporo-spatialité des dialyses. Ces difficultés s'aggravent avec la personne âgée dont les capacités à se mouvoir se réduisent progressivement. Lorsque la personne est

apte à sortir de son domicile, elle restreindra progressivement son périmètre de déplacement. Ainsi, en Ile-de-France, après 85 ans, 36 % seulement sortent de leur quartier.

Une dépendance au domicile existe également ; cependant, cette activité domestique est indispensable pour maintenir une vie autonome et décente au domicile ; elle est aussi un exercice qui entretient psychologiquement et physiquement la personne âgée dans un état de santé assez favorable, même si ces activités sont effectuées avec difficulté. L'atteinte mentale perturbe ces capacités dans le désir d'entreprendre et de les mener à bien. Il est important de noter par ailleurs que les femmes âgées, le plus souvent veuves, solitaires, et même sans enfant à proximité, parviennent longtemps à assumer les tâches ménagères courantes permettant de vivre normalement au domicile.

S'il apparaît indispensable que la personne âgée ne reste pas inactive, on se contente parfois de la voir s'occuper en réalisant les activités de la vie quotidienne, par ailleurs indispensables. Cependant, il existe une condition fondamentale pour que ces activités se poursuivent avec entrain : il faut qu'elles procurent du plaisir. En revanche, un repli narcissique sur le domicile, pas forcément dû à des handicaps physiques objectifs, peut témoigner d'un syndrome dépressif ou encore d'un conflit avec l'extérieur. Beaucoup de personnes âgées souhaitent souvent des séjours prolongés au lit, faire une sieste, ou rester assises parce qu'elles éprouvent beaucoup de plaisir au repos.

2.4. La perte des capacités à penser

Enfin, nous pouvons aborder un dernier indicateur du fonctionnement psychique du patient âgé dialysé : la perte des capacités de penser. L'appareil psychique du sujet âgé peut se révéler transitoirement (lors d'un syndrome dépressif par exemple) ou durablement appauvri. Les données cognitives s'effacent au fur et à mesure des années du fait « usuel » de l'âge ou à cause de pathologies (comme les détériorations intellectuelles). Les acquisitions les plus récentes partent les premières, puis progressivement les capacités d'abstraction et de se représenter se perdent, ainsi que celles d'associer. On observe une réduction de la qualité préconsciente du Moi qui se traduit par une baisse du recrutement associatif.

La perte de ses capacités à penser provoque une désorganisation mentale et chacun des aspects abordés dans ce travail sont ici exacerbés. Au fil du temps, le sujet âgé, comme le sujet âgé dialysé, a un appareil à contenir ses pensées de moins en moins efficace, ce qui renforce son sentiment d'insécurité, d'anxiété, voire de détresse. Ne plus se souvenir d'une date, d'un lieu, ne plus trouver un mot ou ne plus savoir où l'on se trouve, ne plus se repérer

durant les quatre heures de dialyse accentue la blessure d'un narcissisme déjà affaibli de la personne âgée. C'est le cas d'une patiente hémodialysée, âgée de 75 ans : « C'est une nécessité la dialyse et je ne peux rien y faire. Mais moi, j'ai de la chance, j'ai eu une belle vie. Le pire c'est le temps de la dialyse. » Elle demande constamment aux infirmières le temps de dialyse qu'il lui reste à faire et cela l'angoisse de plus en plus. Elle a du mal à délimiter le temps du traitement et ce qu'il représente. C'est un temps qui devient interminable et dans lequel elle se perd. Elle a alors besoin qu'on le contienne avec elle.

Par ailleurs, la baisse de l'efficacité intellectuelle isole plus encore et amplifie la perte des relations affectives, participant à une dévitalisation. Elle est une cause essentielle de la perte de l'indépendance et notamment des mauvaises adaptations au domicile. Lors de la phase insidieuse du début d'une dépression, d'un délire ou d'une détérioration intellectuelle, la personne âgée renonce à des activités quotidiennes qu'elle effectuait il y a peu, se trompe gravement sans s'amender dans des activités dont elle avait la maîtrise auparavant, néglige des actes courants ayant trait à la gestion de sa vie, se met dans des situations très difficiles par des choix paradoxaux et des attitudes contradictoires.

La perte des capacités intellectuelles rend la personne vieillissante plus démunie. C'est un contenant supplémentaire qui s'effrite et c'est une perte de moyens importants pour faire face au vieillissement. Rechercher des activités intellectuelles, être créatif est, entre autres, une façon efficace de se restaurer narcissiquement. Pour le sujet âgé dialysé, la perte de ses capacités de penser rend davantage complexe le vécu de la dialyse. Elle perd de son sens et devient de plus en plus effrayante, insupportable.

3. La prise en charge psychique du patient âgé

Le narcissisme vieillissant se rétracte. Il perd des fragments de lui-même, notamment au niveau des performances intellectuelles. Il peut même se révéler transitoirement trop appauvri par des situations conflictuelles, par des pertes et des angoisses de mort. La pensée devient squelettique, privée de développements, d'associations et d'émotions qui colorent et donnent de l'originalité au discours. La pensée est aussi portée par une ligne mélancolique monotone et lente. Les productions mentales sont rares, dévitalisées, distantes les unes des autres. Elles se dessèchent. On est en présence d'un processus de désertification qui n'est pourtant pas démentiel. On constate une sorte d'anorexie psychique qui peut être cachée par la superposition d'une anxiété débordante. Le malade se plaint de façon monotone et insistante,

voire capricieuse, et rien ne l'apaise. Il use successivement les meilleures volontés jusqu'à ce que l'on découvre, derrière cette exigence désordonnée et lancinante, une dépression. [7]

Lorsque l'appareil psychique est dévitalisé, seul un travail de stimulation psychique peut le ranimer. Dans ce cas, le thérapeute n'est plus à la recherche d'un conflit, source de souffrance, mais de l'activité mentale résiduelle. Il s'agit d'être à l'affût des productions survivantes, des images, des souvenirs, des appréciations, des éléments de jugement, des réactions affectives dans ce qu'ils ont de plus spécifique et personnel. Il convient d'accompagner, de stimuler, voire de relancer autant que possible le patient. Nous l'aidons à reconstruire sa vision du monde, sa manière de penser, ses capacités à vivre seul et à vivre sa dépendance. Ses activités artistiques et intellectuelles, sources de respiration psychique, sont les lignes de force qui orientent notre travail psychothérapeutique.

Ce travail, qui fait suite le plus souvent à une demande de l'équipe soignante ou médicale est lent, difficile, partiel, constamment menacé de séparation par lassitude. Seule une attitude confiante et très patiente permet de mettre en place une certaine alliance de travail.

Le vieillard manque de fonds propres. Sa vie mentale se crispe sur le présent ou sur un passé idéalisé, tellement que le thérapeute n'a plus d'autre choix que de travailler cette situation actuelle et de rechercher les moyens de la contenir plutôt que d'interpréter une conflictualité irrecevable. Comment alors s'orienter dans un espace psychique en voie de désertification ? Trouver un bon tempo est la règle : surtout ne pas anticiper, prendre le temps de régler son allure, celle du patient, doucement, avec précaution. Le tempo, la prévenance, la patience offerts par l'interlocuteur jouent un rôle déterminant. L'accordage temporel, rythmique au patient est central et témoigne au fond de l'accordage affectif au patient, ce qui lui confère une sécurité de base, proche du holding maternel [19]. Un cadre qui règle les temps des rencontres et son rythme doit être minutieusement mis en place et être scrupuleusement respecté, toute modification pouvant être vécue comme une déchirure psychique.

Pour le clinicien, la difficulté consiste également à gérer les mouvements régressifs importants pour la personne âgée. En les contrariant, on compromet le rétablissement psychique, en les encourageant, on peut favoriser une position régressive dangereuse dans laquelle le patient risque de s'enfoncer, au risque de mourir. Là aussi, nous devons fournir une sorte de parentage thérapeutique régulateur du bien-être du patient.

L'activité pulsionnelle du sujet âgé s'est modifiée et elle peut paraître endormie. La proximité montre souvent des hyperinvestissements très ambivalents. Nous nous confrontons

alors à des orages où l'amour et la haine se côtoient. La personne âgée a une grande soif d'affection et investit fortement, mais elle apparaît aussi facilement jalouse, envieuse, vivant l'autre très vite comme persécutif à cause de ses fragilités narcissiques : « les tempêtes sont le propre des psychothérapies du troisième âge » [7].

Le thérapeute est chargé d'une double mission : contenir, soutenir et comprendre ces vifs mouvements pulsionnels. Il faut contenir l'intensité des mouvements transférentiels positifs qui donnent lieu par exemple à des constructions idéalisantes par lesquelles le thérapeute est paré de vertus curatives magiques. Lorsque ces mouvements sont négatifs, ils libèrent des attaques hostiles, méchantes, visant à ébranler le thérapeute aussi fortement que possible, afin de lui donner à sentir ce qui se passe chez un homme révolté par l'approche de la mort. Ensuite, il cherche à donner du sens à ces mouvements transférentiels qui en étant compris arrivent à mieux se réguler.

Le travail du vieillir prépare le travail du mourir, mais le travail autour de la dépression reste le plus souvent à faire. Le patient, sentant sa mort approcher, soit s'enferme de plus en plus dans un monde autistique, soit cherche à s'engager dans une ultime expérience relationnelle très vive. M. de M'Uzan [17], qui propose une réflexion remarquable sur le « travail du trépas », souligne que celui-ci ne commence qu'après la dépression de préparation. Il correspond à un développement mentalisé de l'acceptation, une activité pour laquelle la présence d'une personne réelle est nécessaire. Cette personne dispose, en particulier, d'un pouvoir considérable sur les phénomènes algiques. La présence d'une personne réelle est donc indispensable à la plupart des mourants pour leur épargner la solitude qui préfigure trop violemment la mort. Ce qui nous paraît central est que le patient puisse mourir en vivant psychiquement.

Pour conclure, il nous paraît primordial d'apprécier et de renforcer le soutien familial. Le conjoint, les enfants, la fratrie fournissent des Moi auxiliaires qui sont les meilleurs garants de la préservation heureuse du patient. Ils garantissent le maintien d'une reconnaissance pourvoyeuse de réconforts narcissiques. Ce soutien procuré par les relations affectives permet une dilution de la solitude mortifère. Lorsque ce soutien manque, il est nécessaire que les soignants y remédient, sachant que chez les dialysés âgés, le personnel de dialyse constitue leur famille, et comme le souligne M.-C. Célérier : « On ne vieillit pas seul, on vieillit avec les autres dans un tissu de liens qui permet de pallier plus les manques qui s'accumulent au fil des ans » [4]. L'entourage (soignant, proches) en étant contenant peut ainsi aider les patients à reconstituer une enveloppe plus protectrice [2].

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur**Références**

- [1] Abram HS. Psychiatric reflection on adaptation to repetitive dialysis. *Kidney Intern* 1974;6:67-72.
- [2] Anzieu D. *Le Moi-Peau*. Paris: Dunod; 1985.
- [3] Brown TM. Neuropsychiatric consequences of renal failure. *Psychosomatics* 1995;336:744-9.
- [4] Célérier MC. Le vieillissement. Avant-propos. *Champ Psychosomatique* 2001;24:7-16.
- [5] Cupa D. *Tendresse et cruauté*. Paris: Dunod; 2007.
- [6] Delbès C, Gaymu J. La vie sexuelle des seniors. *Champ psychosomatique* 2001;24:69-80.
- [7] Ferrey G, Le Gouès G. *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris: Masson; 2000.
- [8] Jaques E. La mort et la crise du milieu de la vie. In: Anzieu D. *Psychanalyse du génie créateur*. Paris: Dunod; 1974.
- [9] Kutner NG. Psychosocial issues in end-stage renal disease: aging. *Adv Ren Replace Ther* 1994;1:210-8.
- [10] Kutner NG. Functional impairment, depression, and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: a prospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:453-9.
- [11] Kutner NG, et al. Expectations and psychological needs of elderly dialysis patients. *International Journal of Aging and Human Development* 1990;31:239-49.
- [12] Mauriac F. *Nouveaux mémoires intérieurs (1965)*. Paris: Flammarion; 1985.
- [13] Rosemberg B. Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie. *Monographie de la revue française de psychanalyse* 1991. p. 55-91.
- [14] Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987; 237:143-9.
- [15] Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997;37:433-80.
- [16] Tolstoï L. *Journal intime (1926)*. Paris: Albin Michel; 1997.
- [17] M'Uzan de M. *Le travail du trépas. De l'art à la mort*. Paris: Gallimard; 1976.
- [18] Winnicott D. Pédiatrie et psychiatrie. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 1948. p. 90-110.
- [19] Winnicott D. La théorie de la relation parent-nourrisson. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 1960. p. 358-78.