



De l'œdipe du troisième âge à l'offre de soins personnalisée en unité de psychogériatrie

C.S. Moukouta, Eli Kpelly, G. Delva

► To cite this version:

C.S. Moukouta, Eli Kpelly, G. Delva. De l'œdipe du troisième âge à l'offre de soins personnalisée en unité de psychogériatrie. NPG: Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2021, 21 (125), pp.358-361. <10.1016/j.npg.2021.03.006>. <hal-03605397>

HAL Id: hal-03605397

<https://hal.science/hal-03605397v1>

Submitted on 16 Oct 2023

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

De l'Œdipe du troisième âge à l'offre de soins personnalisée en unité de psychogériatrie

From the Oedipus issue in old age to personalized care in psychogeriatric unit

Charlemagne Simplicie Moukouta ^a

*Maître de conférences HDR, Psychopathologie
charlemagne.moukouta@u-picardie.fr*

Eli Kpelly ^{a, b, *}

*Docteur en psychologie, Enseignant contractuel
eli.kpelly@univ-reims.fr*

Guy Delva ^a

*Doctorant en psychologie, Psychologue clinicien
guydelva22@hotmail.com*

^{*} Auteur correspondant

^a *Université de Picardie Jules Verne, Centre de Recherche en Psychologie : Cognitions, Psychisme et Organisations (EA 7273), Chemin du Thil, 80025 Amiens Cedex 1*

^b *Université de Reims Champagne-Ardenne, Cognition Santé Société (EA 6291), 57 rue Pierre Taittinger, Reims Cedex 51 571*

Résumé

À partir d'un cas clinique, les auteurs de cet article défendent l'hypothèse selon laquelle l'Œdipe du 3^{ème} âge constitue un facteur associé à l'étiopathogénie des troubles psychiques chez le sujet âgé. Aussi proposent-ils que la souffrance que donne à observer et à entendre le patient, soit accueillie dans sa singularité afin d'en extraire les déterminants psychologiques qui sous-tendent l'histoire de la maladie et son ancrage au sein de la dynamique familiale. Ils y ajoutent que le soignant est souvent la cible de toutes ces projections inconscientes qui sont en résonance avec les liens que le patient a jadis établis avec son environnement naturel. La prise en compte rigoureuse de ces mécanismes contribue à mettre en place un projet de soin personnalisé en fonction de la réalité spécifique du patient.

Mots-clés : Œdipe ; clinique ; sujet âgé ; psychogériatrie.

Abstract

Using a clinical case, the authors of this article argue that the Oedipus issue in old age could be a factor associated with the etiology of mental disorders among the elderly. In view of this, they propose that the distress expressed by the patient should be received in all its singularity in order to extract the psychological and psychopathological determinants underpinning the history of the illness and its anchorage within the family dynamic. They add that the caregiver is often the target of all the unconscious projections that are in resonance with the links that the patient previously entertained with his natural environment. Taking careful account of these mechanisms contributes to the development of a personalized care plan based on the patient's specific reality.

Keywords: Oedipus; clinical practice; elderly; psychogeriatrics.

L'Œdipe du 3^e âge correspond aux relations familiales dans lesquelles parents et enfants y interagissent comme des personnes dont la place et la fonction des parents et des enfants se différencient selon le sexe et la génération, dans une conflictualité où les parents intérieurs personnifiés par les instances surmoïques, viennent se superposer aux parents réels [1].

En vieillissant les parents deviennent les enfants de leurs enfants. Cette conception presque universelle repose sur une asymétrie semblable à celle des relations initiales qui lient les parents à leurs enfants. Avec l'avancée en âge et la perte d'autonomie, les parents sont en demande irrépressible d'affection et d'aide parce qu'ils ne peuvent se les procurer eux-mêmes. Ainsi le sujet âgé est soumis de fait à un travail de deuil dont l'issue a une incidence notoire sur la dynamique familiale et sur la nature des relations entretenues avec les soignants. Lors de ce travail, il s'opère non seulement un mouvement d'identification du parent âgé à ses propres parents mais aussi un mouvement d'identification à ses enfants et à la génération descendante.

La résurgence tardive des positions œdipiennes implique le refoulement et la persistance des traces de l'infantile tout au long de la vie adulte. En plus du conflit classique des générations, cette réactivation œdipienne apparaît ici comme l'une des caractéristiques de la crise du grand âge dont la composante libidinale, lorsqu'elle est mal maîtrisée, est à l'origine d'une souffrance identitaire. L'expression d'« Œdipe inversé » est employée étant donné que les enfants s'imaginent que leur position par rapport au parent s'intervertit en grandissant et ils deviennent ainsi l'équivalent de leur grand-père [2].

Toutefois, le vieillissement peut être vécu inconsciemment comme un accomplissement ou comme un échec du projet œdipien. Dans l'imaginaire œdipien du père âgé, la puissance de son fils réactive la menace de castration éveillée jadis par ce désir et répète la blessure narcissique qu'a représentée son incapacité à l'accomplir. Mais simultanément, le père attend du fils aimé la tendresse qu'il a autrefois reçue de son propre père. Pour Bianchi [3], le cadre œdipien permet de situer, en la déplaçant à l'intérieur d'un schéma déjà exploré et expérimenté, une menace d'un type nouveau assimilée à la menace de castration ou à celle de perte d'amour.

Comme une seconde entrée en période de latence, l'apport de l'Œdipe du sujet âgé au « travail du vieillir » passe inévitablement par sa résolution et son déclin, qui impliquent les processus de désexualisation et de sublimation. En conséquence, lorsque le réinvestissement des positions œdipiennes recouvre la fragilité narcissique d'une personnalité qui n'a pas atteint le stade génital, il sera d'autant plus difficile de les abandonner. Ces réalités constituent l'un des enjeux majeurs de la prise en charge de patients hospitalisés en unité de

psychogériatrie. L'intérêt de ce travail est de montrer, au travers du cas clinique suivant, que l'œdipe du 3e âge est un facteur associé à l'étiopathogénie de la psychiatrie du sujet âgé. À cet effet, la compréhension des mécanismes y afférents est l'un des leviers permettant d'optimiser l'offre de soins des personnes âgées.

Cas clinique

Madame K. est une patiente de 72 ans connue du service de psychogériatrie pour de multiples tentatives de suicide dans un contexte de troubles bipolaires. L'épisode actuel fait suite à une tentative de suicide par pendaison. Elle a voulu mettre fin à sa vie qu'elle ne supporte plus depuis le décès de son mari survenu il y a 10 ans, par pendaison. Par ailleurs, elle souffrirait de la solitude et du conflit qui l'oppose depuis longtemps à sa belle-fille. Cette dernière l'aurait chassée de la maison dont elle est héritière et qu'elle avait léguée à son fils unique. Depuis lors, elle éprouve un sentiment de rejet de la part de ce dernier même si elle reconnaît que son fils est très présent dans sa vie. Malgré cette reconnaissance, elle lui reproche d'être toujours sous le joug de sa femme et de ne pas être assez autoritaire vis-à-vis d'elle.

Lors des entretiens qui ont suivi, la patiente nous rapporta que dans sa propre famille, et ce depuis des générations, les rapports entre les mères et les belles-filles ont toujours été conflictuels. Etant croyante et pratiquante, elle avait tenté de demander pardon à sa belle-fille. Mais cette dernière n'a rien voulu savoir et la situation est restée en l'état.

Mme K. a été mise sous antidépresseurs avec une surveillance accrue pour parer à un éventuel risque suicidaire non négligeable avant, pendant et après l'hospitalisation. Cette conduite a été objectivée sur la base d'une échelle d'évaluation du potentiel suicidaire selon trois principaux axes dénommés méthode RUD (Risque, Urgence, Dangerosité). Après quelques semaines d'hospitalisation, son état thymique s'est amélioré au point qu'il a été envisagé une sortie et des consultations en ambulatoire au Centre Médico-Psychologique (CMP). Cependant, le projet avait duré à peine une semaine puisque Mme K. a voulu de nouveau mettre fin à ses jours. Elle fut aussitôt ré-hospitalisée dans le service.

A l'instar des précédentes hospitalisations, ses gestes suicidaires ne sont pas véritablement critiqués. De même, elle n'exprimait aucune culpabilité, on avait presque l'impression qu'elle éprouvait plutôt du plaisir à en parler. Lors des séances du groupe de parole animées par l'un des nôtres, Mme K. rapporta qu'avant de passer à l'acte, elle aurait rédigé un courrier avec un stylo rouge à son fils pour lui signifier qu'elle souffrait de la solitude. En termes d'antécédents familiaux, le père de Mme K., son frère, tout comme son mari s'étaient suicidés par pendaison.

Au fur et à mesure que durait l'hospitalisation, la prise en charge de Mme K. était devenue de plus en plus problématique. En l'absence de son fils ainsi que les sentiments d'abandon qu'elle éprouvait, il a été **remarqué** que la patiente sollicitait constamment l'équipe infirmière et souhaitait que toute l'attention lui soit portée. Elle simulait des plaintes somatiques pour lesquelles les investigations médicales n'ont rien révélé. L'hypothèse d'un tableau histrionique fut donc discutée et approuvée par l'équipe. Quelle conduite tenir vis-à-vis de ce tableau ? Faut-il répondre ou non à ses sollicitations ? En cas de non-réponse, ne court-on pas le risque de raviver un sentiment d'abandon et donc de provoquer de nouveau un passage à l'acte ? Telles ont été les questions qui ont fait l'objet de discussions au sein de l'unité.

Parallèlement sur le plan médical, le traitement à base d'antidépresseurs a été poursuivi associé à une psychothérapie en rapport avec la problématique du deuil. Parallèlement un projet en EHPAD avait été initié de commun accord avec le fils, bien que Mme K. **y semblait** réticente. Son souhait était de vivre avec son fils comme ce fut le cas pour sa propre mère. Sur le plan neurocognitif, les bilans réalisés n'ont révélé aucune dégradation des fonctions mnésiques. L'état de Mme K. est resté stationnaire jusqu'aujourd'hui et l'idée d'une sortie d'essai n'a pas été envisagée tant que les demandes en EHPAD n'ont pas abouti.

Discussion

Ce cas clinique amène plusieurs éléments de discussion dont l'analyse permet de mettre en relief les enjeux de l'Œdipe du 3^{ème} âge dans la compréhension des troubles psychiques du sujet âgé. Parmi ceux-ci, il y a au premier abord la problématique de deuil qui inaugure à tous égards la question de la perte et justifie ainsi le besoin irrépressible de la présence de l'autre, notamment des enfants et des soignants.

Péruchon [4] introduit la notion de la perte de la libido, en insistant sur la succession des pertes en tous genres lors de la vieillesse, pertes d'êtres chers ainsi que celles des objets d'investissement. Pour bien vieillir, la personne âgée doit effectuer un véritable travail de deuil et de renoncement aux pertes subies. Trois pertes essentielles peuvent être distinguées, la perte d'objet, la perte des fonctions et la perte de soi :

- la perte d'objet correspond à la perte des proches, perte affective, de mémoire commune ou même à des coupures relationnelles. Quel que ce soit le sujet, la perte d'objet en l'occurrence la perte d'un proche est ressentie différemment selon le degré d'attachement envers la personne perdue. Pour la personne âgée, la perte d'objet est d'autant plus importante dans la mesure où elle se voit confrontée à sa propre fatalité. L'échéance de sa propre mort se rapproche et suscite une forte angoisse en fonction de la personnalité de chacun. Perdre son

conjoint, c'est aussi perdre une partie de soi-même, qui nécessite qu'un travail d'élaboration de la perte soit effectué. Dans le cas contraire, cette perte peut rapidement se transformer en deuil pathologique car cette dernière ne retrouve pas l'étayage suffisant pour traverser cette expérience, comme Mme K.

- la perte des fonctions correspond à la perte d'autonomie. Le corps s'atrophie et devient de plus en plus défaillant, tout en se faisant moins séduisant. Elle peut toucher aussi les fonctions sensorielles et/ou cognitives. Cette perte réactive ainsi l'angoisse de castration et les différents traumatismes de l'enfance. La problématique de l'image du corps chez le sujet âgé est souvent étroitement liée à une baisse d'estime de soi, ce qui justifie un travail de renarcissisation pour permettre au sujet d'amorcer le processus de réaménagement identitaire, pour permettre de réinvestir autrement le corps. Pourtant, même si la perte existe, elle n'est ni signifiée ni vécue de la même façon, et s'accompagne d'un sentiment de dévalorisation très manifeste comme chez Mme K.

- la perte de Soi ou le deuil du Moi : d'un point de vue métapsychologique, le vieillissement est un processus de mise en tension du Moi d'avec le Ça ; parce que le Moi sait qu'il va mourir face au Ça qui l'ignore. Autrement dit, la perte de Soi ou le deuil du Moi correspond sur le plan psychique à une interrogation perpétuelle de la problématique de la mort. Cette réalité nécessite un deuil du Moi qui se décline en termes de détachement et de réinvestissement de l'image du corps. Ce qui semble être tout à fait difficile pour Mme K.

Aussi, pour Mme K., le syndrome dépressif est au centre de la prise en charge. En effet, le constat qui ressort de notre pratique clinique est que la dépression est la maladie qui justifie les premières demandes de prise en charge chez la personne âgée. L'affect dépressif naît du sentiment d'avoir perdu l'objet ou plutôt des aspects de l'objet, et de la résignation à l'intérieur de soi-même [5]. Le Moi réagit au danger de la perte de l'objet par l'anxiété et la dépression et revit un état antérieur de détresse qu'il a pu ressentir dans l'enfance [6]. Si l'idée que les pertes et les changements peuvent générer des situations traumatiques est fortement admise par la plupart des auteurs, il ne faut pas omettre que celles-ci suivent trois lignes qui prennent en compte les « trois P » : *prédisposition*, *précipitation* et *perpétuation* [7]. Ainsi, suivant l'histoire de chaque personne, il peut y avoir des facteurs qui, sans être traumatiques en eux-mêmes, peuvent fonctionner comme des *prédispositions* à des **événements** non traumatiques pour les autres. Ces **événements** peuvent entraîner chez le sujet des réponses *empressées* qui, à leur tour, peuvent se *perpétuer* et l'exposer de façon permanente à la répétition, produisant des effets de situation traumatique chronique.

L'autre élément, qui peut être soulevé à travers ce cas clinique, est celui du conflit avec les enfants, ayant comme **corollaire** le sentiment d'abandon. Tout ceci vient donner sens à ce désir de mort qui est récurrent chez Mme K. et qui prend une place prépondérante dans sa problématique psychique actuelle. Chez Mme K. le sentiment d'abandon se manifeste à travers la répétition de l'acte suicidaire et la colère sous-jacente exprimée indirectement. Cette répétition vient désigner également un roman familial dramatique tourné autour de nombreux cas de suicide. En effet chez elle l'identification au père, à son frère et même à son mari semble évidente puisque ces derniers se sont suicidés en utilisant tous les trois le même schéma (suicide par pendaison). Aussi, la question de la croyance occupe une place importante chez le sujet âgé. On retrouve ainsi chez Mme K. le désir de Dieu, mis de côté pendant longtemps, qui la conduit à demander pardon à sa belle-fille. Elle exprime une quête spirituelle forte portant sur le sens de la vie et le lien avec ses proches. En outre, elle manifeste l'importance de croire en quelque chose, en quelqu'un et en même temps apparaît le désarroi, ressenti dans l'épreuve, de sentir que ses appuis sont flottants, peu sûrs.

Ces comportements manifestés peuvent signifier à la fois des « appels au secours » et des projections sur l'équipe soignante d'un besoin d'amour en termes de bénéfices secondaires. Cette réalité a été traduite entre autres par l'usage de l'encre rouge, symbolisant la colère sous-jacente contre son fils et sa belle-fille. Ces bénéfices secondaires sont une formation de symptômes qui permet au sujet de tirer profit des tensions engendrées par une situation conflictuelle conformément au principe de plaisir ; c'est le moyen par lequel le Moi essaie de prendre parti d'une maladie installée en tirant profit de sa situation de malade en vue d'une satisfaction narcissique [8,9]. Roustang [10] fait remarquer que les symptômes sont là forgés savamment, pour préserver un quelque chose auquel le patient est attaché, accroché, collé, et qu'il ne veut pas lâcher. Tout se passe comme si la souffrance, liée aux symptômes, était son bien le plus précieux, au point qu'en **le perdant**, elle avait renoncé à son identité. Cela nous amène à penser que sa souffrance, sa façon propre de souffrir, était sa forme d'existence singulière, sa seule richesse.

Ce cas clinique renvoie à l'Œdipe du 3^e âge dans lequel les relations familiales entre parents et enfants interagissent et s'inscrivent dans un rapport de sexes et de générations authentiquement organisé sur la configuration du complexe d'Œdipe. En cas de crise, les angoisses archaïques mobilisées par le vieillissement restent contenues dans une conflictualité. Le conflit avec les enfants prend une place prépondérante dans leur problématique psychique actuelle. Les attitudes et propos de Mme K. sont marqués d'une

ambivalence à l'égard de son fils. Elle aime son enfant mais exprime également une réaction de colère voire de haine à son égard puisque sa belle-fille compromet, d'après elle, la relation qu'elle souhaiterait avoir avec son fils. Ainsi, l'importance de l'amour des enfants à l'égard de leurs parents sert d'étayage par rapport à leur propre amour et alimente les projections sous-tendant les liens que ces derniers ont jadis vécus avec leurs propres parents.

C'est pourquoi au sein de l'unité de psychogériatrie, l'idée d'explorer de façon minutieuse l'histoire individuelle de chaque patient et d'en tirer les conséquences dans la prise en charge demeure pertinente pour optimiser l'offre de soins des personnes âgées.

Conclusion

La description de la problématique de l'Œdipe du 3^{ème} âge est une manière de mettre en évidence une partie des réalités qui vient enrichir le débat sur la question de l'offre de soins en faveur des patients accueillis dans les services de psychogériatrie. Cette offre de soins ne peut être efficiente si l'histoire familiale du sujet est reléguée au second plan. À travers celle-ci, on découvre un écheveau des séquences de vie et des pertes qui se démêlent peu à peu et nous permettent ainsi de comprendre la dynamique familiale du sujet lors de la relation soignant-soigné. Aussi avons-nous signalé le fait que certains comportements symptomatiques du patient ne sont que la caisse de résonance des pertes non élaborées et dont certaines sont les avatars de la problématique œdipienne.

Conflit d'intérêts : Aucun

Références

1. Charazac P. Psychothérapie du patient âgé et de sa famille-2e édition. Paris: Hachette; 2012.
2. Grotjahn M. Analytic psychotherapy with the elderly. *Psychoanal Rev* 1955;42(4):419-27.
3. Bianchi H. Brèves remarques sur la réactivation de la problématique œdipienne à la fin de la vie. *Dialogue* 1983;79:27-32.
4. Péruchon M. Le déclin de la vie psychique: psychanalyse de la démence sénile. Paris : Dunod; 1994.
5. Klein M. Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniacodépressifs: Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs (1934). Paris : Payot; 1967.
6. Bibring E. The mechanism of depression. In: Greenacre P, *Affective disorders: psychoanalytic contributions to their study*. New York: International Universities Press; 1953: 13-48.
7. Pollock G. On ageing and psychopathology—Discussion of Dr Norman A. Cohen's paper'on loneliness and the ageing process. *Int J Psychoanal* 1982;63:275-81.
8. Freud S. Au-delà du principe de plaisir. Paris : Payot; 2013.
9. Doron R, Parot F. Dictionnaire de psychologie. Paris : PUF; 1991;
10. Roustang F. Dans certains cas. *Etudes Freudiennes* 1987;30:39-48.