

GERONTOLOGIE / GERIATRIE

(Cours de M. Muzzio – Ecole de Psychologues Praticiens, Paris – 2002)

I)- LE ROLE DU PSYCHOLOGUE EN GERIATRIE

- A)- Généralités
- B)- L'évaluation neuro-psychologique
- C)- L'aide au diagnostic psychopathologique
- D)- La planification et l'évaluation des traitement
- E)- La contribution aux questions sociales
- F)- Les moyens de prise en charge psychique
- G)- La formation et la recherche et l'info.

II)- TROUBLES NEURO-PSYCHOLOGIQUES

- A)- Généralités
- B)- Principaux troubles neuro-psychologiques (cf. poly)

III)- EVALUATION DE LA PERSONNALITÉ ET PSYCHOPATHOLOGIE

IV)- LES DÉMENCES

- A)- Généralités
- B)- Les examens complémentaires :
- C)- Les démences de type Alzheimer
- D)- Les démences fronto-temporales
- E)- Démences sous-corticales avec troubles mentaux
- F)- Les démences vasculaires
- G)- Hydrocéphalie à pression normale
- H)- Syndrome confusionnel
- I)- Réactions psychiques aux atteintes neurologiques

V)- PSYCHOPATHOLOGIE DU SUJET AGÉ

- A)- Les troubles de l'humeur
- B)- Les troubles anxieux :
- C)- Les troubles de la personnalité
- D)- Les troubles psychotiques

VI)- PSYCHOTHÉRAPIES ET STIMULATIONS COGNITIVE

- Psychothérapies individuelles
- Thérapies de soutien
- Thérapies d'inspiration analytique
- Thérapies comportementales et cognitives.
 - Fonctionnement d'un atelier mémoire

I)- LE ROLE DU PSYCHOLOGUE EN GERIATRIE

A)- Généralités

- 65 ans = 16,4 population.
- Espérance de vie moyenne = 78,1 ans (homme = 74,2 ; femme = 82)
- Depuis 62, on met l'accent sur le maintien à domicile des personnes âgées (avantages économiques, sociaux, sanitaires) = rapport Laroque.
- Age moyen de l'entrée en maison de retraite = 80 ans
- Question de la perte d'autonomie. Il existe des services qui permettent le **maintien à domicile**, ainsi que des services médicaux de prises en charge à domicile (auxiliaires de vie, hospitalisations à domicile, hôpital de jour gériatrique, infirmières pour soins à domicile). Hospitalisations en dernier recours
- En **hôpital**, trois types de services :
 - Médecine aigüe (unités)
 - Moyen séjour (service de soin de suite et de réadaptation : SSR). Ex : orientation sociale, kinésithérapie. Entre 60 et 80 jours, mais souvent plus long dans la pratique, peut aller jusqu'à un an.
 - Long séjour (unités de soins continus avec surveillance médicale constante)
 - **Institutions médico-sociales**
 - Foyers logements (avec services)
 - Maisons de retraite
 - Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 - En première ligne des **problèmes de santé** : vasculaires, rhumatologiques, neurologiques (avec démences = 5% des personnes âgées (>65 ans) ; 22% des 80-89 ans ; 44% des 95 ans et plus). Il existe aussi des troubles cognitifs hors démences
 - Travail de **diagnostic précoce**. L'évaluation neuro-psychologique joue un rôle essentiel.

B)- L'évaluation neuro-psychologique

- Nécessité une maîtrise des outils :
 - Conceptuels (neuro-anatomie, mémoire...)
 - Diagnostiques (MMS)
 - De prise en charge (réhabilitation cognitive, ateliers mémoire)

- Décalage demande et qualité de l'offre
- L'approche diagnostique est **pluridisciplinaire** : Ce n'est pas le psychologue qui peut poser un diagnostic de démence.
- être en contact constant avec les médecins gériatres (cf. examens complémentaires, imagerie cérébrale) = Collaboration qui est beaucoup plus étroite qu'en psychiatrie
- avec les assistantes sociales : analyser la demande de la personne âgée.

C)- L'aide au diagnostic psychopathologique

- Assister les médecins dans le travail diagnostique ; collaborateurs du corps médical
- **Outils** = entretiens, tests, échelles variées
- Aborder le fonctionnement d'une manière plus globale : hypothèses sur les liens entre facteurs affectifs / cognitifs / de personnalité et entre psychopathologie / troubles cognitifs.

D)- La planification et l'évaluation des traitements

Evaluation de la conséquence des traitements mis en place

- Echelles de dépression (situations de test-retest)
- Evaluations neuropsychologiques (type Alzheimer : médicament qui permet de ralentir l'évolution)
- Tests projectifs (pour argumenter l'indication de prise en charge psychothérapique).

E)- La contribution aux questions sociales

Trois rôles :

- Mesurer les répercussions des troubles psychologiques et neuropsychologiques sur l'autonomie du sujet (mesure de protection judiciaire : curatelle et tutelle : prise en charge totale par quelqu'un d'autre). Est-ce que le sujet peut prendre des décisions pour lui-même ? Est-il en mesure de signer des papiers officiels ?
- Analyser le demande du sujet et de la famille (nature des relations sujet / famille...)
- Contribuer aux décisions d'orientation sociale (retour à domicile, entrée en maison de retraite, hospitalisation de jour...)

= Travail inévitablement pluridisciplinaire.

F)- Les moyens de prise en charge psychique

Deux types :

- Psychothérapique (individuel et en groupe). Cf. Thérapies comportementales et cognitives...

- Réhabilitation cognitive (ateliers mémoire : stratégies pour mieux se rappeler et réinvestissement de l'entourage). Avantages qui ne concernent pas forcément que le cognitif.

G)- La formation et la recherche et l'info.

Information et formation des équipes médicales et paramédicales :

- Définition et précision de notre rôle dans l'équipe (branche d'intervention, outils...)
- Sensibiliser les équipes sur les différents troubles psychopathologiques et neuropsychologiques (cf. psychopathologie du sujet âgé)
- Contribution à l'organisation de la prise en charge
- Soutien des équipes
- Rôle dans recherche.

II)- TROUBLES NEURO-PSYCHOLOGIQUES

A)- Généralités

- Souvent on considère à tort que le déclin cognitif fait partie du développement normal. Il existe un déclin lié à l'âge, mais léger, qui ne devrait pas avoir de conséquences sur l'autonomie (trouble de l'attention, léger ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, baisse de l'aisance dans l'acquisition de nouveaux savoir-faire, baisse de l'efficacité du rappel d'évocation...)
- La démence est un trouble mental. L'âge est le premier facteur de risque, mais ce n'est pas la cause.

B)- Principaux troubles neuro-psychologiques (cf. poly)

- MMS : test de dépistage de statut cognitif. 10 minutes ; 30 items (score /30)
- 5 mots de Dubois (mimosa / abricot / éléphant / chemisette / accordéon) : rappel immédiat (avec indice si mots restants) / tâche interférentes : compter à rebours de 100 à 80 / rappel libre et rappel indicé. = Destiné à repérer des problèmes d'encodage de type hippocampique.

III)- EVALUATION DE LA PERSONNALITÉ ET PSYCHOPATHOLOGIE

- **Entretiens** ou tests
- **Echelles** adaptées au sujet âgé : ADRS ou GDS (Geriatric Depression Scale) adapté aux problématiques du sujet âgé.
- **Test du Rorschach** (Exner) : informations utiles sur fonctionnement de la personnalité. Certaines variables sont liées aux fonctions cognitives.
- EA, M, WsumC : mesure les ressources du sujet. Lié à mémoire et aux fonctions cognitives dans l'ensemble. Si <3 : piste d'un trouble cognitif.
- DQ+
- X-% : lié à l'agnosie, aux problèmes de reconnaissance visuelle (cf. insertion dans la réalité)
- P : Si démence, diminution des réponses P
- Wsum6 : corrélé aux fonctions cognitives
- CONTAM, ALOG, DR2 : sont fréquents chez les patients alzheimer.

D'autres variables nous apportent des informations sur la personnalité du sujet et sur ses stratégies d'ajustement par rapport à la maladie. Il n'y a pas de corrélations entre les variables interpersonnelles/ perception de soi et les fonctions cognitives = fonctionnement de la personnalité indépendamment de la démence.

Chez le dément : CDI +, peu de contenus humains, indice de force du Moi (corrélé MMS et atrophie cérébrale), L élevé fréquent chez certain type de démences.

- Intégration des données neuropsychologiques de personnalité et psychopathologiques :

Plusieurs facteurs sont en jeu

- Bonne connaissance des liens cerveau / comportement : neuro-psychologie
- Infos sur l'histoire du sujet et éléments d'anamnèse (personnalité pré-morbide). Est ce que la personnalité a changé ? Antécédents dépressifs ?
- Bonne connaissance des outils psychométrique
- Intégrer les données médicales

IV)- LES DÉMENCES

A)- Généralités

- Le **diagnostic** doit être pluridisciplinaire et à plusieurs niveaux ; l'accent est mis sur la notion de diagnostic précoce qui permet une meilleure orientation et prise en charge
- **Causes** : maladie d'Alzheimer et démences vasculaires (série d'AVC, ischémique et hémorragique)
- **Différents niveaux diagnostics** :
- Clinique : les troubles cognitifs ont un impact sur le fonctionnement du sujet
- Etiologique : se base sur les causes de la démence ; examens complémentaires

- Topique : en fonction des troubles, on situe le lieu de la lésion
- Cognitif
- Bilan d'autonomie
- Bilan social
 - **4 composantes incontournables :**
- anamnèse et antécédents
- évaluation neuro-psychologique
- Examen clinique neurologique (normal en début d'alzheimer)
- Imagerie cérébrale
 - Critères A & B du DSM IV (cf poly)
 - Il existe beaucoup de démences, on ne cesse de trouver de nouvelles catégories :
- Démences fronto-temporales
- Démences sous corticales avec troubles moteurs (dues à Parkinson)
- Démence de Huntington
- Démence à corps de Levy (proche Alzheimer et démence type parkinson)
- Démence infectieuses (liées au VIH, encéphalies virales)
- Démences toxiques et alcooliques
- Démences inflammatoires (sclérose en plaque)
- Démences neuro-chirurgicales (curables par intervention) : tumeurs cérébrales / malformations artérioveineuses / hydrocéphalie à pression veineuse (HPN).
- Démences post-traumatique
 - Certaines sont curables, d'autres peuvent bénéficier de traitements symptomatiques plus ou moins efficaces.
 - Aboutissement : état végétatif ou décès.
 - On parle souvent de démences mixtes.
 - **Critères de diagnostic préférentiel** : question du seuil entre normal et pathologique ; il existe des catégories diagnostiques entre les deux, cf. DSM IV.
- Déclin cognitif lié à l'âge : déclin cognitif objectivé par des tests qui se trouve dans les lignes normales pour l'âge. On doit éliminer un trouble mental spécifique ou une condition neurologique.
- Trouble neuro-cognitif léger : présence de deux troubles cognitifs objectivés par des tests psychométriques ou plus, évoluant depuis au moins deux semaines et reliés à une affection neurologique ou médicale générale. Doit être à l'origine d'une détresse ou d'une altération significative du fonctionnement. Ne doit pas répondre aux critères de démences, syndrome confusionnel, ou autre trouble mental
- Mild cognitive impairment : maladies d'Alzheimer au stade pré-démontiel. Troubles de la mémoire légers (plutôt de type hippocampique) mais sans autre trouble cognitif.
 - Pas de corrélation entre la plainte mnésique et les troubles de la mémoire objectifs (9% des sujets de 55 ans ont des plaintes mnésiques, et 25% des plus de 85 ans).
 - Test du cadran de l'horloge = instrument de dépistage
 - Echelle quantifiant l'autonomie = IADL.

Mesure 4 composantes clés de l'autonomie

- Capacité à utiliser le téléphone
- Capacité à utiliser les moyens de transports
- Responsabilité pour la prise des médicaments
- Capacité à gérer son budget.

B)- Les examens complémentaires :

- Ils sont prescrits par le médecin.
 - **Scanner cérébral ou IRM** : utiles pour le diagnostic de démences vasculaires, d'hydrocéphalie à pression normale, de démences tumorales. Mais intérêt limité pour Alzheimer (atrophie sous-corticale qui ne suffit pas)
 - **EEG** : utile pour l'orientation vers une maladie de Creutzfeld Jacob, une épilepsie, une démence à corps de Levy
 - **Scintigraphie de perfusion** (renseigne sur le métabolisme cérébral) : permet de mettre en évidence un hypométabolisme dans certaines régions du cerveau, c'est à dire un fonctionnement moindre. Pour Alzheimer, l'hippocampe fonctionne pas ou mal.
 - **Bilan biologique standard**
 - **Bilan inflammatoire**
 - **Dosage vitaminique** (carence de B12 cause trouble cognitif due alcoolisme)
 - **Bilan thyroïdien** : tableau dépression ou trouble cognitif pour l'hypothyroïdie.
- = choix en fonction de l'histoire de la maladie ; des antécédents personnels ou familiaux et de l'examen clinique.

C)- Les démences de type Alzheimer

- 20% des sujets de plus de 85 ans.
 - **Diagnostic** certain en post-mortem par des analyses neuropathologiques. Mise en évidence de nombreuses plaques séniles, et d'une dégénérescence neurofibrillaire.
 - Certains **facteurs génétiques** sont mis en évidence, souvent dans des formes familiales qui touchent des sujets plus jeunes (50 ans)
 - Elles font partie des **démences dégénératives corticales** sans troubles moteurs (dévolution progressive)
 - **Cause inconnue**
 - **Diagnostic** consiste surtout à écarter d'autres types de démences. Scanner et IRM montrent fréquemment une atrophie sous-corticale ; l'évolution clinique est progressive (et pas en marche d'escalier comme dans les démences vasculaires avec des changements manifestes d'un jour à l'autre). Au premier stade, l'examen neurologique est normal ; au stade de démence sévère on repère des troubles.
 - **L'évolution clinique** est liée aux régions cérébrales atteintes (le cerveau est atteint selon une cascade de dysfonctionnements séquentiels et hiérarchiques) et
- Lobe temporal interne (la structure la première touchée est l'hippocampe).

- Trouble de la mémoire sémantique et du langage
 - Puis s'étend aux aires associatives (aires pariétales et frontales). Le diagnostic se fait généralement à ce moment.
 - Puis aux aires associatives unimodales (par ex visuelles)
 - Puis atteinte du cortex primaire (sensoriel et moteur)
 - Puis le totalité du néocortex est touchée (si le sujet arrive jusque là)
 - **Tests** : les cinq mots de Dubois / Buschke / California verbal learning test
 - Troubles spécifiques de la mémoire = trouble de la mémoire indicée + désorientation temporo spatiale importante + Anosognosie.
 - IRM plus fine : les images permettent de mesure la taille del'hippocampe.
 - **STADE 1** :
 - Les autres fonctions cognitives sont préservées
 - Manque du mot
 - Trouble de la mémoire épisodique et de l'encodage
 - Trouble de l'évocation en mémoire sémantique
 - Altération de la mémoire de travail (type oubli à mesure), variable selon les cas, plus ou moins accentué.
 - Autonomie généralement peu touchée (jusqu'à 4-5 ans).
 - Parfois des tableaux anxieux ou dépressifs marquent l'entrée dans la maladie, voire même des manifestations psychotiques. Cf. syndrome de Capgras (la personne connue est remplacée par un imposteur) ou syndrome de Fregoline (une même personne peut avoir plusieurs visages).
 - **STADE MODERE 2** :
 - Les autres fonctions cognitives commencent à être atteintes = syndrome aphaso-apraxo-agnosique.
 - Les troubles émotionnels sont plus évidents avec : émoussement affectif, labilité émotionnelle, irritabilité, explosions de colère, désintérêt, humeur euphorique.
 - Troubles sphinctériens comme incontinence urinaire (l'autonomie est nettement entamée, mais le sujet peut parfois rester à domicile avec des aides).
 - **STADE 3** :
 - Ensemble des fonctions cognitives massivement touchées (fonctions exécutives et jugement : raconter des histoires absurdes).
 - Déambulation, fugues
 - Inversion du rythme veille / sommeil
 - Anorexie
 - Incontinence fécale
- = Le sujet doit être assisté dans tous les actes de la vie quotidienne.
- L'évolution est variable : pour un sujet jeune, elle se fait sur 3 ans, pour un sujet âgé sur 20 ans (moyenne = 8-12 ans).

- Des troubles psychotiques peuvent être observés à tous les stades (thèmes de vol, préjudice, jalousie). Des hallucinations qui sont souvent visuelles et rarement menaçantes. Troubles de l'identification.
- L'accent est porté sur la notion de **diagnostic précoce** : il permet de mettre en place un traitement agoniste-cholinergique, qui stimule les réseaux de neurones responsables de la mémoire. Cf Aricept, qui retarde la maladie d'environ un an et demi.

D)- Les démences fronto-temporales

- C'est la deuxième cause de démence dégénérative, c'est-à-dire d'évolution progressive.
- L'**étiologie** est confirmée en post-mortem, avec une dégénérescence neuronale aspécifique des lobes fronto-temporaux ou maladie de Pick.
- L'EEG est normal
- IRM ou scintigraphie relèvent des anomalies à prédominance frontale, ou temporale antérieure, ou les deux. Atrophie ou hypométabolisme.
- Déficit majeur aux épreuves qui mettent en jeu les lobes frontaux = attention, fonctions exécutives, mémoire de travail, rappel d'évocation (rappel indicé, normal). Problèmes au niveau de l'élaboration des stratégies ; problèmes de jugement et d'abstraction.
- Sur le plan comportemental :
 - Début insidieux et progression lente
 - Négligence physique précoce (manque d'hygiène)
 - Négligence des convenances sociales et désinhibition (agressivité et jovialité inappropriée)
 - Rigidité mentale et inflexibilité
 - Hyperoralité (tabac, hyperfagie)
 - Conduites stéréotypées et persévératives
 - Conduites de dépendance à l'environnement
 - Importante distractabilité
 - Anosognosie
 - Parfois dépression et anxiété ; labilité émotionnelle ; manque d'empathie (visage inexpressif)
 - Troubles des conduites sphinctériennes
 - Akinésie (inertie comportementale) et hypertonie
 - Mutisme (qui est plus tardif)

E)- Démences sous-corticales avec troubles mentaux

- Atteinte du système cortical et en particulier extrapyramidal. Le cortex est atteint de façon secondaire dans l'évolution (sain au départ). Le noyau est en relation avec les lobes frontaux. Il y a petit à petit une perte neuronale au niveau des lobes frontaux

➤ Ensemble de **troubles moteurs** :

- Tremblements au repos
 - Hypertonie (postures rigides, difficultés dans les gestes fins)
 - Akinésie
 - Dyskinésie (mouvements inappropriés)
 - **Système extrapyramidal** = ensemble de structures qui régissent les mouvements automatiques, semi-automatiques et qui accompagnent la motricité volontaire
 - Sur le **plan neurologique**, tableau en rapport avec atteinte sous-corticale et désaffévation du cortex frontal
 - **Causes multiples** :
 - Maladies de Parkinson ou de Huntington
 - Syndrome de Binswanger = atteinte vasculaire ischémique des petits vaisseaux qui irriguent les structures sous corticales
 - **Au niveau psychologique**, démence ou troubles cognitif infra-cliniques.
 - Troubles des fonctions exécutives
 - Troubles de l'attention
 - Difficultés dans séquences de gestes
 - Troubles de la mémoire de travail qui est souvent au premier plan des atteintes mnésiques
 - Trouble de l'apprentissage verbal
 - Problème de rappel d'évocation (rappel libre)
 - Troubles visuo-spatiaux et visuo-constructif (incapacité à recopier un dessin)
 - Problèmes de mémoire procédurale
 - Désorientation temporo-spatiale beaucoup moins importante que dans Alzheimer
 - Pas anosognosique
 - Ralentissement ideo-moteurs (gestes lents, temps de latence pour répondre...)
 - Troubles moteurs avec syndrome extra-pyramidal qui comprend souvent des troubles de la marche.
 - Problèmes de mémoire proches de ce qui se trouve dans le vieillissement normal (pas de problèmes d'encodage)
 - **Au niveau comportemental** :
 - Ralentissement idéo-moteur
 - Baisse efficacité et traitement de l'information
 - Syndrome pseudo dépressif ou dépressif (dans 20 à 90% des cas, on trouve une dépression associée
 - Hallucinations associées
- (l'imagerie cérébrale montre une atrophie sous corticale ou frontale ou Leucoaraïose)

F)- Les démences vasculaires

- Pures, elles sont assez rares. Elles sont souvent associées à d'autres causes de démences (souvent Alzheimer).
- Facteurs de risques :

- Hypertension artérielle
- Tabac, alcool
- Hypercholestérolémie
- Sexe masculin
- Age

= Cf. Anamnèse

➤ **HASCHIMSKI** = score de risque vasculaire

(différence entre démence vasculaire ou dégénérative). 1 ou 2 points selon item ; si élevé = démence vasculaire.

Score total < 4 = sûrement démence dégénérative (souvent de type Alzheimer)

> 7 = sûrement démence vasculaire

Entre deux : zone d'incertitude = démence mixte.

- Début brutal (2) cascade d'AVC.
- Marche d'escalier pour aggravation (1)
- Evolution fluctuante (2)
- Confusions nocturne (1)
- Préservation relative de la personnalité (1)
- Dépression (1)
- Plaintes somatiques (1)
- Labilité émotionnelle (1)
- Antécédents d'hypertension artérielle
- Antécédents d'AVC (2)
- Signes d'artériosclérose (1)
- Examen clinique neurologique : signes neurologiques focaux (2)
- Examen clinique neurologique : symptômes neurologiques focaux (plaintes du sujet)
 - Tableau neuro-psychologique (cf. Syndrome de Biswanger) ; extrêmement varié, pas de tableau type. Dépend de la partie du cerveau qui est touché. Peut ressembler à d'autres démences (AVC dans région hippocampique). C'est l'évolution qui permet de déterminer.

G)- Hydrocéphalie à pression normale

- Fréquente
- Démence curable = **démence neuro-chirurgicale**.
- Trouble hydrodynamique du liquide céphalo-rachidien (obstacle qui l'empêche de gagner des lieux de résorption : s'accumule dans le cerveau). On pratique une ponction lombaire pour extraire le LCR.
- **Diagnostic** : au scanner : dilatation ventriculaire (sillons diminués) et anomalies dans la région frontale.
- **Traitement** = une ou plusieurs interventions chirurgicales (ponctions lombaires pour évacuer le LCR)
- **Cliniquement** :

- Troubles de la marche
- Incontinence sphinctérienne
- Rigidité des mouvements et hypertonie
 - **Troubles neuro-psychologiques** qui évoluent de manière progressive (il s'agit le plus souvent d'éléments frontaux)
- ralentissement idéo-moteur
- Indifférence affective
- Désintérêt
- Problème de mémoire, trouble du rappel libre
- Eléments de déshinhibition comportementale
- Troubles des fonctions exécutives (séquences motrices de Luria ou Go -no go)
- Troubles de l'attention et de la concentration plus ou moins marqués
(mauvais pronostic = état démentiel avancé)

H)- Syndrome confusionnel

- Diagnostic différentiel avec démence
- **Causes multiples :**
- Délirium Trémens
- Effets secondaires de médicaments chez des sujets neurologiquement vulnérables
- AVC
 - Sujet hébété, lointain, réagit peu.
 - Discours peu audible, parfois inintelligible, ralenti.
 - Troubles cognitifs très importants mais très fluctuants
 - Trouble avant tout de la vigilance avec délire associé ou hallucinations visuelles
 - **Critères DSM IV** (délirium):
- Perturbation de la conscience, c'est-à-dire une baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.
- Modification du fonctionnement cognitif ou survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution
- Perturbation s'installe en un temps court (h ou jour) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée
 - **Etiologie :**
- Intoxication
- Affection médicale générale
- Sevrage à une substance

I)- Réactions psychiques aux atteintes neurologiques

- Faire la part entre trois situations différentes :
- Quels sont les éléments liés à la personnalité pré-morbide du sujet ?

- Quels sont les éléments liés à l'atteinte cérébrale ?
- Quels sont les éléments liés aux réactions psychique à l'atteinte cérébrale ?
 - Exs de différences :
- dépression / Démence sous corticale. (Pas de douleur morale dans la démence sous corticale).
- Anosognosie / déni, dénégation (liée à l'atteinte cérébrale ou mécanisme de défense)
- Anxiété névrotique / Anxiété due à un dysfonctionnement du système limbique
- Délire / troubles cognitifs d'origine organique
- Hallucinations psychotiques / Hallucinations liées à l'atteinte des mécanismes perceptifs d'origine organique
 - L'inconscient cognitif est différent de l'inconscient psychodynamique (FREUD) (images mentales inconscientes, toutes les représentations non conscientes)
 - Il est important d'intégrer les choses en se basant sur 4 types d'informations :
- Connaissance des liens entre cerveau et comportement
- Anamnèse (cf. Antécédents neuro-psychiatriques)
- Connaître les outils psychométriques
- Savoir prendre en compte l'ensemble des données médicales.

V)- PSYCHOPATHOLOGIE DU SUJET AGÉ

Les manifestations psychopathologiques peuvent être liées à des atteintes organiques ou survenir indépendamment. On trouve toute la pathologie du sujet adulte, mais il existe des problèmes plus spécifiques chez le sujet âgé : l'adaptation du sujet à sa fin de vie dépend de la structure de sa personnalité.

A)- Les troubles de l'humeur

- Cf. WINNICOTT, « l'humeur normale est légèrement dépressive sauf pendant les vacances »
 - Vulnérabilité du sujet âgé à la dépression liée à la problématique de la perte.
 - Trois formes de perte :
 - perte d'objet
 - perte de fonction
 - perte de soi
 - **Perte d'objet** : mécanisme lié aux pertes d'objets antérieurs, notamment de la relation fusionnelle avec la mère. Cf. M. KLEIN, la position dépressive. L'efficacité du travail de deuil va dépendre de la manière dont ont été surmontés les deuils antérieurs, notamment la manière dont a été abordée la position dépressive. Perte des ressources psychiques adaptatives pour faire face à une perte : toute perte est particulièrement dépressogène chez le sujet âgé (+ accumulation des pertes). Le travail de deuil suppose qu'on l'on réinvestisse d'autres objets ; le sujet âgé a beaucoup moins d'objets à investir, donc le travail de deuil est rendu difficile.
 - **Perte de fonctions** : Renvoie à une baisse de l'efficacité du corps propre et une baisse des capacités adaptatives psychiques, notamment de mentalisation. Peut renvoyer à l'angoisse de castration et à la problématique liée au remaniement des pulsions sexuelles.
 - **Perte de soi** : Relève de l'identité à sa propre perte. Le sujet âgé est confronté à l'anticipation de sa propre mort. Cf. problématique du chagrin d'avoir à quitter la vie.
- ➔ élaboration est différente en fonction d'un appareil psychique intact ou détérioré comme dans la démence où le sujet a en quelque sorte fait déjà l'expérience de sa propre mort.

Mécanismes de défense contre l'angoisse dépressive : Les sujets les plus menacés sont souvent les plus lucides. Le sentiment d'impuissance serait lié au sentiment d'accomplissement de soi.

- **La dénégation** : sujet qui n'est plus en mesure de s'assumer, d'être autonome comme avant.
- **Le déni** : concerne par exemple le corps propre et son déclin
- **La régression** : correspond à un retour à des modes de fonctionnements antérieurs névrotiques, psychotiques ou somatiques. Déterminées par la qualité des fixations

antérieures. Le sujet âgé peut régresser très vite et très loin : penser à respecter ces moments de régression (moment de repli, recherche de silence)

➤ **Formes cliniques de dépression :**

- Sentiment de vide intérieur
- Anesthésie affective
- Effondrement intérieur
- Raréfaction du recrutement associatif (établir des liens)
 - **Dépression réactionnelle** : au deuil, à l'hospitalisation, au changement de résidence = les plus fréquentes
 - **Dépressions endogènes** : Elles sont beaucoup plus rares et plus sévères : pas d'évènement extérieure + caractéristique mélancolique associées + risques suicidaires. (perte d'appétit, insomnie, culpabilité, idées de mort, agitation, angoisse dépressive aigue, souffrance morale, dévalorisation de soi)
 - **Syndrome de glissement** : suite à une maladie, un AVC ou des problèmes corporels, les sujets sont hospitalisés et se laissent mourir avec une cascade de pathologies somatiques où les complications médicales se multiplient. + tableau dépressif (retrait, négativisme, refus alimentaire, refus des soins, agressivité).
 - **Dépression vieillie** : syndrome dépressif chronique ; épisodes dépressifs cycliques, avec des intervalles entre les épisodes qui se rétrécissent.
 - **Dépression inaugurale tardive** : peut être une dépression réactionnelle ; cf. origine organique.
 - **Pseudo- dépression démentielle**
 - **Plaintes somatiques** : peuvent renvoyer à un tableau dépressif.
 - **Outils d'évaluation de la dépression**
- MADRS
- GDS
- Mini international neuropsychiatrique interview (risques suicidaires évalués)

B)- Les troubles anxieux :

- L'anxiété est omniprésente et attachée à différents tableaux ; tendance plus marquée à se présenter sous la forme de **plaintes hypocondriaques** (focalisation sur le corps). Cf. Les bénéfices secondaires = attirent l'attention de l'entourage. Dans certains cas, peut représenter un **mode d'entrée dans la démence**.

C)- Les troubles de la personnalité :

- Les personnalités pathologiques ne vieillissent pas toutes de la même manière.
- Cf. personnalités psychopathiques, anti-sociales s'atténuent avec l'âge ; différent des personnalités narcissiques ou histrioniques qui sont plus sensibles aux décompensations.

- Dans certains cas, les traits de personnalité ont tendance à s'exacerber avec l'âge (rigidité des rituels, augmentation de l'introversion et de la méfiance...)

D)- Les troubles psychotiques :

- L'ensemble des traits doivent faire l'objet d'une évaluation des antécédents, anamnèse, conditions générales de l'existence, traitement en cours et évaluation des fonctions cognitives. Vérifier si affection neurologique quand manifestation psychotique chez le sujet âgé avec antécédents de psychose ou autre trouble psychiatrique
- **Classification différentes des psychoses selon le pays**: (ex si manifestation psychotique après 35-45 ans : psychose hallucinatoire chronique en France, schizo aux E-U)
- **Délires tardifs** : thèmes persécuteurs concernant l'entourage proche avec une personne étant le mauvais objet ; thèmes de jalousie, de grandeur, somatique
- **Hallucinations** : auditives, cénesthésiques, olfactives, visuelles (cf atteintes organiques)
- **Thèmes hypocondriaques** : douleurs, rhumatismes diffus, délires liés à un dysfonctionnement cardiaque (« putréfaction du sang », « intestins pourris »...). Cf. Syndrome de Cottard = négation du corps dans ses fonctions et ses organes. Parfois anorexie associée. Thèmes peuvent s'inscrire dans un délire paranoïaque (innéficacité du corps médical, des médicaments avec idées de procès).
- **Description de la psychose hallucinatoire chronique :**

Dés 35-40 ans

- **Thèmes persécutifs** : vols, violence, souvent altercations avec le voisinage, les passants, entend voix étrangères, obscénités...
- **Hallucinations** visuelles peu élaborées (lumière, ombre, signaux) et olfactives (pénibles)
- **Evolution** de longue durée avec début insidieux ou brutal
- **Traitement** souvent mal accepté. Observation de rechute d'idées délirantes.

VI)- PSYCHOTHÉRAPIES ET STIMULATIONS COGNITIVES

- Différentes prises en charge : ateliers mémoire, orthophonie. Prise en charge plus globale que dans d'autres services.
- Notion de **projet thérapeutique personnalisé** en fonction de la demande du sujet et des troubles somatiques (bilan)
- **Séances d'ergothérapie** (thérapeutique par l'activité physique, manuelle, spécialement utilisée dans les affections mentales comme moyen de réadaptation sociale.
- **Séances de kiné**
- **Ateliers mémoires**
- **Groupes de gymnastique douce**
- **Repas thérapeutique**
- **Suivi cardio-vasculaire**

- L'objectif premier est le maintien à domicile
- Le **rôle des soignants** est important :
 - connaître la pathologie et l'autonomie pour préparer des activités adaptées
 - accompagnement de la personne démente
 - prendre en compte les pertes cognitives du sujet d'un point de vue qualitatif et quantitatif pour la question de l'autonomie (ne pas trop l'assister ni inversement). Attention à la surstimulation, des moments de repli peuvent avoir un rôle réparateur
 - Accompagnement des familles : donner une information sur la pathologie et l'évolution les faire participer au projet thérapeutique, être disponible et reconnaître leur souffrance voire leur culpabilité, proposer un soutien psychique (écoute bienveillante), informations sur les possibilités d'aides financières pour les placements.

- **Psychothérapies individuelles** :
 - Thérapies de soutien
But : Parvenir à une écoute non directive et claire du problème actuel du sujet pour valider le vécu affectif du sujet. Adoucir et reconnaître les souffrances du moment.
Indications = deuil compliqué, souffrance psychique et somatique, accompagnement aux mourants.

 - Thérapies d'inspiration analytique
But : renforcer le moi du sujet pour affronter les tensions auxquelles il est soumis. Investir des représentations positives de la vie, accompagnement des moments difficiles d'angoisse, de déni. Cf. Contre transfert.
Indications : personne formulant un désir de prise en charge de ce type et personnes non démentes
But : Aider le sujet à s'intéresser et travailler sur ses processus de pensée (trouver du sens, faire des liens) pour les déments.

- Thérapies comportementales et cognitives.

Sont centrées sur un problème spécifique du sujet : symptôme. (Ex : anxiété liée à la peur de tomber) : relaxation, désensibilisation systématique, techniques d'exposition. Mise en évidence du caractère irrationnel des pensées du sujet ; aider le sujet à élaborer des stratégies cognitives (comportementale pour garder une autonomie).

= Prise en charge directive centrée sur le problème ; approche pragmatique.

Domaines d'applications : troubles neuro-psychiatriques ; troubles somatiques ; troubles liés au vieillissement (physique, psychique, social) et les représentations impliquées ; aide aux soignants et aux institutions.

➤ **Fonctionnement d'un atelier mémoire :**

Visé à permettre au sujet à réinvestir tout le champ de la pensée : intérêt global, et pas seulement cognitif. Groupes de 6 à 10 patients avec un ou deux animateurs (un psychologue). Les sujets sont recrutés après un bilan neurologique spécifique pour créer des groupes le plus homogène possible (attentes du sujet, personnalité...). Cadre calme, environ une séance par semaine. Eviter de changer les membres pour faire interaction. Définir le mode de fonctionnement de la prise en charge : expliquer les différentes formes de mémoires, que chacun a des points forts et des points faibles...

Déroulement :

- revue de l'actualité
- Exercice d'attention et de réflexion
- Présentation d'un matériel visuel ou verbal
- Exercices de stimulation (visuelles, verbales, tactiles, sonores, olfactives)
- Encourager à reprendre ces exercices chez eux.

But : réfléchir à élaborer à des stratégies de rappel (regroupement catégoriel), encourager les réussites.