

# Déprise, impasse étiologique et syndrome de glissement

Cyril Hazif-Thomas  
Service intersectoriel de Psychiatrie du Sujet Agé  
CH Bohars, CHRU de Brest

# Une longue liste de dé-faillances

- Désinvestissement
- Démotivation
- Déafférentation
- Dépression
- Démence
- Déprise...

Le désinvestissement est le résultat  
La démotivation est le mouvement qui  
y conduit: processus dynamique

# Déprise selon le CNRTL

- **A.** – Rare. Séparer plusieurs éléments pris ensemble. *Mais je l'eus bientôt rattrapée [la mère de Félibien], et j'aurais bien voulu voir que quelqu'un se fût mêlé de nous déprendre* (FABRE, *Barnabé*, 1875, p. 169). *Quand Bouliche voit que quelques-unes [des bûches] se prennent au milieu de la rivière, il (...) entre dans l'eau et, avec son croc, les déprend* (RENARD, *Journal*, 1898, p. 479). ♦ **Déprendre de.** Détacher un élément attaché à un autre. *Il se cambrait, pour déprendre de son dos sa chemise mouillée* (POURRAT, *Gaspard*, 1925, p. 161).
- – *Emploi pronom. réfl.* Se détacher, se séparer. *Comme tout se déprend! Comme tout s'émiette!* (RODENBACH, *Règne silence*, 1891, p. 169). *Leurs bouches se déprirent, s'arrachèrent l'une à l'autre* (ROLLAND, *J.-Chr., Amies*, 1910, p. 1188).
- **B.** – *Au fig.* [L'obj. désigne une pers.] Dégager de l'emprise d'une personne ou d'une chose. *La pratique de la vie ne suffit pas (...) à déprendre l'homme du fol amour d'être toujours* (BLONDEL, *Action*, 1893, p. 24). *Il sentait qu'il l'aimerait [la vie] toujours, que rien ne pourrait l'en déprendre* (ROLLAND, *J.-Chr., Révolte*, 1907, p. 508). – *Emploi pronom. réfl.* [Le suj. désigne une pers.] *Se déprendre d'une personne, d'une attache, d'un sortilège. Une fois accoutumé, vous ne pourrez plus vous déprendre de ce pays* (PESQUIDOUX, *Livre raison*, 1932, p. 209). *L'homme ne peut jamais se déprendre tout à fait de lui-même, s'évader de sa condition* (*Philos., Relig.*, 1957, p. 4006): *Vous n'avez jamais pu vous déprendre de moi, vous m'avez toujours aimé en dépit de ma conduite abominable.* STENDHAL, *Lucien Leuwen*, t. 2, 1836, p. 304.

# La question de la déprise



- Déprise organisée: ne plus vouloir être en prise
  - Soit pour échapper à l'emprise: ressource motivationnelle
  - Soit pour effacer le contact affectif, ignorer la relation, ne pas gérer la différenciation : indifférence
  - Soit encore pour « lâcher prise »: processus structurant (adaptation, abandon, rebond) ou déstructurant (événement pathologique).
- Question tant clinique que sociologique et politique
- Celle de la tension entre « éloignement du monde » et « maintien dans le monde » et celle du « vivre-ensemble »

# Troubles motivationnels

- La démotivation comme fait générateur d'un trouble du comportement, d'un trouble de l'humeur:
  - Ex de la dépression à forme conative.
- L'apathie est l'association d'une démotivation et d'un émoussement affectif.
- La déprise ultime (sd de glissement) est le plus spectaculaire des tbs motivationnels

# De l'importance des repères théorico-pratiques

- « Si une personne vient vous parler, et qu'en l'écoutant vous avez le sentiment qu'elle vous ennue, dans ce cas elle est malade et il lui faut un traitement psychiatrique. Mais si votre intérêt reste soutenu, peu importe la gravité de sa détresse ou de son conflit: vous pouvez parfaitement l'aider »
  - DW Winnicott
- Autre repère fondamental de Winnicott: la capacité d'être seul

# Quand le temps d'accueil de la souffrance vous glisse entre les doigts: ex. du syndrome de glissement

- **Démotivation Aïgue et terrain somatique précaire**; d'où idée de **double faillite** :
  - « La prétendue guérison de l'intervalle libre cache en fait une sournoise poursuite du processus dénutritif » (cité par N. Bazin)
- **La dépression confuso-dépressive: complètement différente des formes dépressives de l'adulte plus jeune, Delommier, 1978; Lemperière, 1996**
  - pseudo délirante
  - anxieuse
  - hostile ou agressive
  - pseudo démentielle
  - à masque confusionnel (Ferrey) ou somatique
- **Déni du patient de son angoisse de mort et échec de ses capacités défensives**: faillite narcissique, confusion qu'il n'est plus possible de « réverser » (déni en échec), assimilation maladroite et abusive à une maladie démentielle...

# Dépression

- Parmi toutes les maladies mentales, la dépression a une spécificité qui n'est présente dans aucune autre maladie, c'est que le déprimé désire mourir.
- Le déprimé est quelqu'un qui veut mourir, on a dit qu'il vérifie sans cesse cette hypothèse : je suis inutile et indigne, je dois mourir

**La dépression est le tb psychiatrique  
le + fréquent chez la Personne âgée.**

# 1<sup>er</sup> FDR associé à la dépression du sujet âgé: la pathologie somatique

- Se souvenir, donc, que la dépression est fréquente au cours de **certaines affections organiques** :
- - Anémie
- - Maladie de Parkinson
- - Séquelle d'accident vasculaire cérébral
- - Hypothyroïdie
- - Troubles sensoriels en particulier la surdité
- - Affections néoplasiques
- - Maladie d'Alzheimer
- - Affections douloureuses chronique



# Événements de vie stressants

- Déménagements, survenue d'une maladie somatique grave, décès du conjoint, agression dans la rue, cambriolage, chute...
  - Sd de la tortue sur le dos: passivité des PA après chute (Dijon) : décision de renoncer à vivre?
  - Sd de glissement(1956) : refus passif du soin: « laissez moi tranquille »..
  - Social break-down Sd (1966) : isolement social, personnalités agressives; 15% auraient une démence
  - Sd de Diogène...

# Le refus de cohabiter...avec la vieillesse, source de suicide élaboré et choisi comme une affirmation de sa liberté personnelle



**Bruno Bettelheim**  
(1903-13 mars 1990)

**D.J. Fisher – Vous, que pensez-vous  
de la vieillesse ?**

**B. Bettelheim – N’y arrivez pas !**

Entretien avec David James Fisher,  
*Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 43,  
1991

**Un syndrome de glissement évité par décision mûrement réfléchi  
ou expression d’une dépression passée inaperçue?**

**Tableau - Nombre de suicides des personnes âgées de 65 ans et plus**

	65-74 ans	75-84 ans	75-94 ans	95 ans et +	Ensemble de la population
<b>1990</b>	1337	1495		607	<b>11403</b>
<b>2000</b>	1426	1172	626	23	<b>10957</b>
<b>2010</b>	1072	1198	591	35	<b>10509</b>

Source Inserm-CépiDC (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès)

D'un point de vue méthodologique le recueil de ces données pose quelques limites puisque ce chiffre est vraisemblablement sous-estimé et ce, pour plusieurs raisons. L'une d'elle est que dans de nombreux cas, en particulier dans les établissements pour personnes âgées, la cause médicale de décès n'est pas renseignée comme un « suicide ».

Dans cette tranche d'âge la mort par suicide a plus de chances d'être imputée, à tort, à une cause naturelle ou accidentelle (erreurs dans la prise de traitement, chutes...). En outre, dans certains cas, la nature suicidaire de certains décès peut passer inaperçue : c'est en particulier le cas lorsqu'il existe un syndrome de glissement<sup>7</sup>. [SAADIA, 2006]

# L'évolution des représentations: ce qui « tient » au fil des années

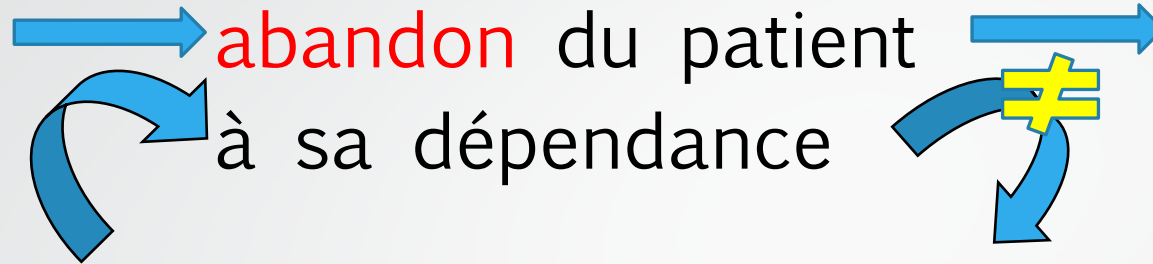
Depuis la définition de l'école de Dijon (Delommier) jusqu'à celle de la DRESS

« Le syndrome de glissement correspond, chez la personne âgée, à une perte de l'élan vital avec refus d'alimentation, dégradation très rapide de l'état général pouvant conduire en très peu de temps au décès »,  
DREES, Ministère de l'emploi et de la Solidarité, avril 2001

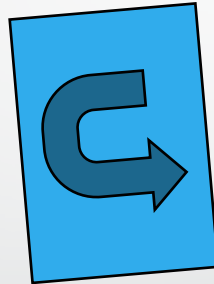
Un couple à risque associant démotivation aigüe et dépression

# Le risque apathique est d'abord un risque psychopathologique: la discontinuité de l'être au monde

Traumatisme par défaut d'étayage



désapprentissage et accroissement des incapacités



incorporation dans sa mémoire du désespoir appris

Démotivation aiguë et/ou apathie bruyante ?

indifférence à l'échec

Indifférence affective

Tableau 1 - Critères diagnostiques du syndrome "apathie". D'après Marin (2).

Manque de motivation au regard de niveau antérieur de fonctionnement du patient, de son âge et de sa culture, attesté par trois des signes suivants :

- 1. Diminution des comportements dirigés vers un but**
  - Manque de productivité, de volonté
  - Manque de temps passé dans des activités intéressantes
  - Manque d'initiative et de persévérance, dépendance d'autrui pour organiser une activité
  - Socialisation et loisirs diminués
- 2. Déficit de la cognition orientée vers un but**
  - Manque d'intérêt pour apprendre de nouvelles choses, dans de nouvelles expériences
  - Manque d'implication au sujet de sa santé personnelle ou de problèmes de fonctionnement
  - Déficit de l'importance ou de la valeur attribuée à des domaines orientés vers un but, tels que les relations sociales, les loisirs, la productivité, l'initiative, la persévérance, la curiosité
- 3. Déficit des émotions accompagnant des comportements dirigés vers un but**
  - Absence de changement des affects, manque de réponse émotionnelle à des événements positifs ou négatifs
  - Affects émoussés ou euphoriques
  - Absence d'excitation ou d'intensité dans les émotions

Le manque de motivation est la composante dominante du tableau clinique

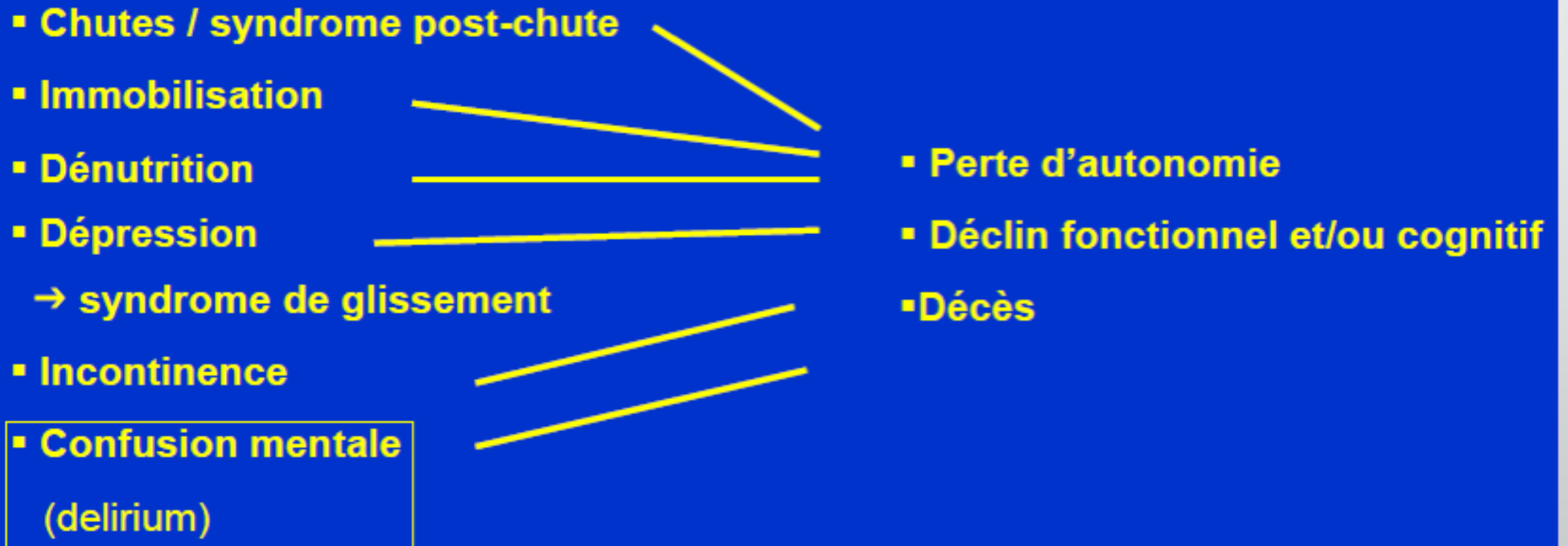
Ex de l'apathie ou comment vivre de plus en plus sans tonicité affective...

## Le syndrome de glissement: pronostic

- -Conséquences de maladies somatiques graves, d'institutionnalisation non acceptée dans un contexte d'épuisement de l'état général, d'où
  - catastrophe vitale avec anorexie, refus de soins, agitation, et
  - agressivité, état confuso-dépressif.
  - 30 % de décès, bonne indication ECT selon V. Lefebvre Des Noettes.
- *MAIS SURTOUT: Repérer le déni de l'angoisse, revalider l'identité, accompagner et non (continuer de) briser les capacités défensives du patient.*

# Complications de l'hospitalisation du malade âgé fragile

## LES SYNDROMES GERIATRIQUES



+++

**Inadaptation du processus de soins  
au malade agé fragile**

Armelle Gentric, Soins envers la  
personne fragile, 2013

# Syndrome de glissement et souffrance psychique:

## 3 critères classiques + 1 variable cachée

- Réduction de l'alimentation, de la locomotion, de la communication
- Ressenti de renoncement vécu par les aidants (la classique démotivation aigue déjà décrite par Delommier)
- Pas de cause évidente (Sd de refus?)
- Déni de l'angoisse expliquant la fréquente **difficulté** de repérage de la souffrance psychique (présente aussi chez l'adolescent): sujet âgé « ni triste, ni angoissé et [qui] n'exprime pas d'idée suicidaire »: idée de « dépression blanche » (Gallarda)

# Rapprochement crise suicidaire, Glissement et angoisse de rupture

- C'est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide; « le (glissement) suicide, une mystérieuse voie de fait (médicale) sur l'inconnu » (Victor Hugo)
- L'opposition aux soins (« Laissez-moi mourir » des glisseurs), cette résistance passive aux soins renvoie aussi à la mélancolie.
- C'est un moment d'échappement (terme aussi présent dans la définition de Bazin du sd de Glissement, N. Bazin, 2003) où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, d'où une situation :
  - de souffrance pas toujours apparente.
  - Et de rupture psicopsychologique
    - Conceptualisation de la crise suicidaire, C. Hazif-Thomas, 337-352, in La crise suicidaire, Reconnaître et prendre en charge, 2001, John Libbey Eurotext, Paris et FFP.

# Déni de l'angoisse et Syndrome de glissement

- Regard familial négatif sur la régression: la régression ou le compromis régressif de la personne âgée n'est pas/plus autorisée par la famille : *“Il se laisse aller maintenant. Nous ne le reconnaissons plus. Il était si dynamique. Il n'est plus que l'ombre de lui-même. Je préférerais le voir mort que comme ça”*:
- *Oui mais se laisser aller, c'est aussi se laisser vivre*
- Passé de traumatismes psychologiques, d'abandon familial (Verdery RB, Failure to thrive, 1997), de décès brutal du conjoint, de déménagement et d'hospitalisation non acceptées...
- Déni du patient de son angoisse de mort et échec de ses capacités défensives: faillite narcissique, confusion qu'il n'est plus possible de « réverser » (déni en échec), assimilation maladroite et abusive à une maladie démentielle...
- Terrain somatique précaire\*; d'où idée de **double faillite**
- \*: « La prétendue guérison de l'intervalle libre cache en fait une sournoise poursuite du processus dénutritif » (cité par N. Bazin)

# Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques

N. Weimann Pérua, J. Pellerin, L'Encéphale (2010) 36S, D1-D6.

- Son évolution est très sévère mais pas irréversible. Le décès survient dans 80 à 90 % des cas suivant les études, le plus souvent rapidement. Des complications de décubitus interviennent, des rechutes sont possibles.
- Il n'y a pas de consensus sur le traitement qui comprend plusieurs volets : d'abord, une dimension symptomatique avec la mise en place de **mesures de renutrition et le traitement des complications** ;
- Une évaluation de la dimension thymique avec la prescription de molécules adaptées et surtout l'importance d'un nursing infirmier articulé avec **une conception psychothérapeutique du soin et de l'institution.**

# Le temps de l'écoute

- Systématiquement recommandée avant toute approche médicamenteuse dans les troubles du comportement.
- Le coût de la non écoute:
  - **La disparition du psychisme** et la promotion exclusive des « traitements organiques et /ou des rééducations comportementales » (Zarifian, 2005).
  - **Quid de notre propre oubli** de la vie psychique des PA dépendantes lorsqu'on l'abandonne à des soins uniquement corporels (Poch, 2004)?
  - **Le risque de l'investissement limité voire du désinvestissement, porte ouverte au syndrome de glissement**

# Le corps âgé, un corps à investir

- Les recherches philosophiques nous ont appris depuis Husserl à distinguer le corps que j'ai (Körper), le corps-objet, et le corps que je suis (Leib), le corps de chair ou corps-sujet.
- Cette distinction, note Tatossian (1997), ne doit cependant pas faire penser que seul le second intéresse le psychiatre, le premier relevant exclusivement de la médecine dite somatique :
- Les deux types de corps sont continûment en jeu dans la vie quotidienne qui implique un équilibre entre eux et illustre ainsi l'ambiguïté fondamentale de la condition humaine – même si le plus souvent le corps, avec cette ambiguïté, est "passé sous silence" (Sartre).

**« L'appropriation du corps n'a rien d'immédiat et repose sur un contrat »,**

Arthur Tatossian

# Le corps du patient âgé, objet d'un sd de glissement

- Arrière-plan de rétention urinaire, de constipation
- « Le patient refuse de se lever, de s'alimenter, de boire, de communiquer »
- « Dans le peu de paroles qu'il échange, il demande qu'on le laisse tranquille »
- ....
- Ce corps singulier n'est pas un corps cachéxique, tel qu'observé dans l'issue finale d'une maladie chronique (Carrie)

La notion **d'impasse étiologique** fait partie intégrante du sd de glissement selon N. Bazin, P. Fremond et col., Gériatrie (J. Belmin), 2009.

# Le corps comme parole en mouvement

- Une douleur dont la cause est connue et bénigne n'entraîne pratiquement pas de souffrance psychique.
- On ne partage pas les douleurs mais les défenses face à la douleur (Anzieu).
- Image du corps « anti-résiliente » et réaction corporelle catastrophique.
  - « Ce qui échappait à son regard devenait une mystérieuse fragilité interne et les représentations qu'il avait d'un os ayant la fragilité du verre le terrorisaient. Le simple fait de s'appuyer sur un pied qui avait été fracturé semblait, pour lui, comporter le risque d'une récurrence catastrophique »
  - (E. Zarifian, *Le goût de vivre*, 2005).



Edouard Zarifian

# Elaborer la position dépressive



- « Chez le soignant en gériatrie [et en psychiatrie de la personne âgée], la capacité de résister aux déceptions et aux pertes jalonnant son travail fait partie des qualités attendues par ses patients plongés dans des deuils de plus en plus difficiles à surmonter »
  - A partir d'une citation de PM Charazac

# Elaborer des ponts conceptuels avec la pédopsychiatrie

- Rapprochement du syndrome de glissement de la PA et la dépression du bébé: « dans les deux cas, les manifestations y sont comportementales et somatiques, c'est-à-dire en deçà du langage ; la symptomatologie est toujours négative, marquée par la passivité et le retrait avec une intervention soignante difficile »,
  - N.Weimann Pérua, J. Pellerin, L'Encéphale (2010), précités.
- Les descriptions de la dépression du bébé, faites par Kreisler insistent sur la négativité de la symptomatologie : c'est la dépression dite blanche, associant « l'atonie affective », l'inertie psychomotrice et un repli interactif, signe d'une profonde vulnérabilité psychosomatique,
  - Kreisler L. Les origines de la dépression essentielle, la lignée dépressive. Rev Fr Psychosom 1992;2:163-85, .
- L'alternance entre des phases d'apathie et des phases d'irritabilité et d'agitation est présente dans la dépression du bébé ; «de même la séquence décrite par Bowlby pour le nourrisson appel-retrait-détachement est étrangement comparable à la sémiologie du syndrome de glissement»,
  - Bowlby J. Le traumatisme de la perte. Attachement et Perte, 3. Paris: PUF, Le fil rouge; 1984. p. 19-38.

Face au refus incurie du malade « glisseur », mobiliser notre curiosité psychique



Françoise Dolto, à la fin de sa vie :

- « Je commence à perdre la mémoire [ma place, mon rôle, mon pouvoir...], qu'est-ce que je vais [symboliser de cette perte] gagner à la place ? »

Côté soignant,  
attention à la fatigue d'empathie.

# Conclusion



- Ne jamais banaliser l'angoisse de mort et la démotivation chez le Sujet Agé confronté préalablement à un traumatisme psychique, psychosomatique (image du corps)...
- La première préoccupation du thérapeute devrait être de ne pas empêcher le patient d'évoluer (Winicott)...
- ...D'où la nécessité, comme dans la gestion bien comprise de la crise suicidaire, de promouvoir chez le « sujet âgé glisseur », une éthique de l'inquiétude ([Cornu, www.contrepointphilosophique.ch](http://www.contrepointphilosophique.ch), Rubrique Ethique, Juin 2002)