



La régression psychomotrice

Le syndrome de glissement

Philippe Thomas



La régression psychomotrice

« la régression est une notion purement descriptive » (Freud)

- Retour du sujet à un état antérieur de développement de sa vie libidinale par suite de frustrations : « Dans ce monde fantasmatique la névrose puise le matériel qu'exigent ses nouvelles formations de désir, et le trouve habituellement sur la voie de la régression dans un passé réel plus satisfaisant. » (Freud)
- Réminiscence de traumatisme non élaboré
- Psychotique vieilli : Le sujet se retire en lui-même (repli sur soi) .
 - Le ressenti de son corps est en communication avec lui. avec un code langagier donnant sens à ce qu'il vit mais délirant, incohérent et incompréhensible pour nous.
 - Le sujet ne peut alors se retrouver qu'imaginaire, dans un autre temps ou dans un autre espace

Psychose et régression

- Univers fusionnel et univers vide, corps passoire et corps sans organe, tous registres psychotiques affectant durement et durablement la relation à l'univers et au corps familial.
 - Douleur morale + régression = mélancolie.
- Il arrive qu'un patient psychotique ait le plus grand mal à s'exprimer personnellement lorsqu'il se retrouve seul face à une personne étrangère ou face à un groupe social, alors même qu'il recouvre de telles facultés lorsqu'il est entouré de ses proches. Miermont, 2004.

Pourquoi la régression ?

- L'être humain peut être dans l'obligation de régresser à une image du corps antérieure pour sauvegarder sa cohésion narcissique et sa santé psychosomatique.
- Il s'agit d'une régression à un stade archaïque du développement, souvent image orale ou fœtale. Le sujet retourne à un lieu-temps, mémorisé au cours de son histoire comme un espace de sécurité existentielle.
- Cette régression est due à une désorganisation subjective auquel le sujet ne peut faire face sans perdre l'intégrité de son corps (angoisse de morcellement), le sentiment d'existence dans son corps.
- C'est donc à l'occasion de frustrations, d'angoisses de castration ou de mort ; de deuils ou d'épreuves narcissiques ou à l'occasion de revécus de ces épreuves que le sujet a déjà éprouvé dans son enfance que de telles régressions peuvent apparaître.

Typologie régressive

- *Topique*, le modèle typique étant ce qui se produit dans le rêve, où « **la représentation retourne à l'image sensorielle d'où elle est sortie un jour** ».
- *Formelle*, c'est à dire lorsque « **des modes primitifs d'expression et de figuration remplacent les modes habituels** ».
- *Temporelle*, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de la « **reprise de formations psychiques antérieures** »

Maladie d'Alzheimer et régression psychomotrice

ORGANICITE

+

FACTEURS EMOTIONNELS

+

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

=

REGRESSION

Le syndrome de régression psychomotrice

- Atteint le sujet âgé de façon globale, sur le plan moteur, psychique, intellectuel et affectif
- Souvent début brutal (57%) après un traumatisme physique, une chute, ou psychique
- Composante motrice
- Composante psycho-comportementale proche du tableau des démences sous corticales

M Godet; Tavernier-Vidal, Mourey F, Pfitzenmeyer P La revue Du généraliste et de la gériatrie 1996; n°29: 16-19

Composante motrice: peur du vide antérieur

- **Hypertonie de type oppositionnelle**
- **Variation dans le temps et selon l'examineur**
- **Troubles sphinctériens**

Composante psycho-comportementale

- **La régression démarre si la qualification relationnelle n'est plus possible : Indifférence affective protectrice de la déshumanisation**
 - **Démotivation, apathie, aboulie, indifférence à l'entourage**
 - **Recherche d'une dépendance**
 - **Refus de communication**
- **Angoisse du changement, de la verticalisation (stasobasophobie): désapprentissage appris et acquis**

Désadaptation motrice

- Désadaptation aux transferts, à la position debout, à la marche
- RAPIDE - ACCENTUEE PAR LES DESORDRES SENSORIELS ET COGNITIFS
- ASTASIE - ABASIE; Perte des schémas et automatismes de marche : désordres d'ordre praxique touchant les membres supérieurs et les membres inférieurs.
- Perte des réflexes d'équilibre assis, debout et lors de la marche : atteinte vestibulaire et sensitive notamment proprioceptive modifiant la perception du corps dans l'espace.
- Il s'agit d'une désadaptation neuro-sensorielle REVERSIBLE dans un premier temps

Troubles posturaux

- Assis : tronc déjeté en arrière en position de glissement. Les fesses ne touchent pas le fond du fauteuil.
- Transferts : impossibilité d'antéflexion du tronc donc de se lever du fauteuil.
- Debout : appréhension importante de l'orthostatisme "peur du vide antérieur".
 - déséquilibre postérieur
 - rétropulsion
 - flexion des genoux
 - appui podal postérieur

Le syndrome de régression psychomotrice

- Décrit il y a une vingtaine d'année par le Pr Michel Gaudet
- Troubles de la posture et de la marche
- Signes neurologiques
- Anomalies psychocomportementales.

Ultérieurement...

- Lien très fort entre ce syndrome et le cadre de la fragilité du grand vieillard
- Rôle des dysfonctionnements sous-cortico-frontaux
- Décompensation de la fonction posturale et des automatismes psychomoteurs

Les troubles posturaux

- Rétropulsion : déjettement du tronc en arrière en position assise et déséquilibre arrière lors de la station debout.
- Mécaniquement, cette rétropulsion est parfaitement anti-physiologique, la projection du centre de masse en arrière du polygone de sustentation n'autorisant
 - ni une sécurité durant la marche,
 - ni une efficacité dans les activités de base telles le lever du fauteuil

Mécanismes adaptatifs pour permettre la station debout

- Antéflexion du tronc
- Flexum des genoux
- la projection du tronc en avant peut masquer la tendance à la chute arrière

Les altérations de la marche

- **Résultent**
 - L'appui unipodal n'est plus possible
 - Trouble de l'équilibre et de la posture
 - Déséquilibre physiologique
- **La marche s'effectue à petits pas glissés, sans déroulement du pied au sol, avec une augmentation du temps de double appui**
- **Troubles de l'initiation (« freezing ») traduisant le dysfonctionnement sous-cortico-frontal**

La marche

- **La marche quand elle est possible :**
 - ❖ petits pas, glissés, pieds aimantés au sol
 - ❖ rétropulsion, genuflexion, appui talonnier
 - ❖ Elargissement du polygone de sustentation
 - ❖ Difficulté à l'initiation motrice avec difficultés majeures :
 - au démarrage
 - au 1/2 tour piétinements
 - devant un obstacle
- **Apraxie à la marche**
- **Au maximum « traîneau thérapie »**
-

Examen neurologique, fluctuant

- Hypertonie oppositionnelle des muscles antigravitaires des membres inférieurs et du tronc accentuée en position debout.
- Disparition des réactions d'adaptation posturale lors d'une manoeuvre de déséquilibre. Disparition des réactions parachutes.
- Signes négatifs permettant le plus souvent d'éliminer
 - ❖ hydrocéphalie normopressive
 - ❖ maladie de Parkinson
 - ❖ état lacunaire
 - ❖ Steele-Richardson

Etiologies physiques de la régression psychomotrice

- **Chutes : 3 F, post fall syndrome (Murphy, 1982). la rééducation est urgente**
- **Alitement : syndrome d'immobilisation**
- **Désafférentation sensitive**

Etiologies psycho-affectives de la régression psychomotrice

- D'autant plus marqué que l'équilibre psychologique était plus précaire
- personnalités bâties sur des faux-selves, rigides
- couple avec femme captative, maternante
- atteinte de l'image corporelle : perte d'autonomie, incontinence, dépendance, maladie (syndrome de glissement).
- traumatismes non élaborés :
 - ❖ deuil de conjoint, d'enfants...
 - ❖ modification de l'environnement (syndrome de transfert), problèmes des seuils

Traitement: prévention

● La seule prévention possible est : la verticalisation et la marche dès que possible, la mise au fauteuil au minimum.
Résultats au long cours aléatoires

● La rééducation comporte :

- ❖ un réapprentissage chronologique des mouvements simples : retournement, passage en position assise, passage en position debout à partir du lit, du fauteuil, du sol.
- ❖ le travail de la posture et de l'équilibre debout : lutte contre la peur du vide antérieur, la verticalisation qui permet l'entretien des réflexes de posture (perdus en 1 mois de lit chez la personne âgée), la rééducation à la marche, spécifique, précoce : en 10 jours de lit, les schémas de marche sont perdus.

● Climat permanent de réassurance ++



Le syndrome de glissement

Le syndrome de glissement

(Jean CARRIE 1956; S. MEIGNAN 1991)

● Pathologie aiguë de mauvais pronostic

- Intervalle libre
- dégradation rapide de l'état général :
 - Anorexie, Adipsie
 - Syndrome confuso-dépressif
 - Sidération sphinctérienne
 - Pronostic nombre de décès = 30 à 50 %

● Pathologies graves sous-jacentes, méconnues, de diagnostic malaisé chez une personne âgée difficile à explorer.

● Traitement par: réhydratation, nursing, antidépresseurs injectables voire sismothérapie.

Le syndrome de glissement

Définition: Y. DELOMMIER

- Affection spécifique du grand âge,
- Décompensation rapide de l'état général, faisant suite à une affection aiguë (infectieuse, traumatique, vasculaire, chirurgicale, choc psychique,...)
- C'est une maladie qui suit l'affection initiale quand celle-ci paraît guérie ou en voie de guérison ; elle évolue pour son propre compte en quelques jours ou semaines, un mois au maximum
- Elle conduit facilement à la mort à travers des troubles biologiques et neuro-psychiques sévères si un traitement approprié s'attaquant aux diverses composantes du syndrome n'est pas mis en route suffisamment tôt, et souvent malgré ce traitement

Le syndrome de glissement

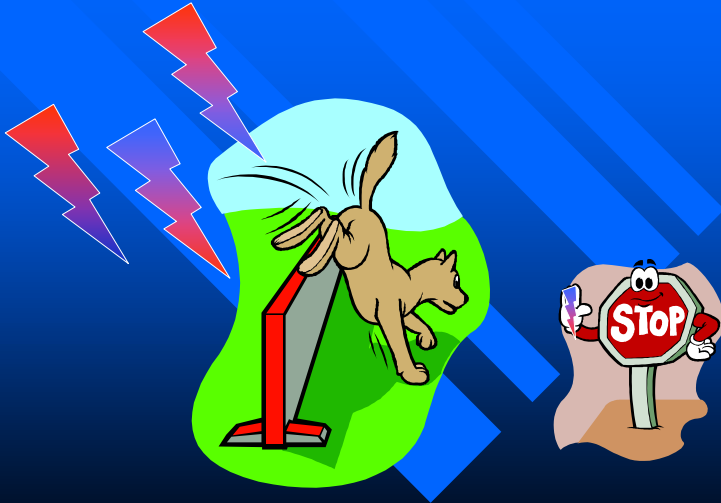
Statut marital (n=77) Bazin & Drunat 2002 NPG n°8

	Célibataires	Marié(e)s	Veuf(ve)s	Divorcé(e)s
Hommes P. Gén.	5,2	<u>59,8</u>	33,4	1,7
Hommes Glissem.	<u>19</u>	33	<u>38</u>	9,5
Femmes P. Gén.	6,3	<u>16,5</u>	74	3,3
Femmes Glissem.	5,3	8,9	<u>80,3</u>	5,3

Évolution catastrophique de l'existence

- Pr Bouchon : 1 + 2 + 3
- Stratégies pessimistes et optimistes

Modèle de l'inutilité apprise de Seligman



- Groupe 2: apprentissage de l'inutilité à essayer de se sortir d'une situation déplaisante
- Expériences ultérieures ont montrés que les individus de type groupe 2 :
 - apprenaient moins que les autres,
 - qu'ils étaient moins résistants dans les expériences de survie,
 - que le processus était réversible: antidépresseurs, réapprentissage
 - le stimulant positif donne des résultats comparables

Dépendance psychique

- Dépendance ajoutée par des problèmes relationnels
- Aliénation à autrui, ou recherche d'une aliénation
- Impossibilité de communiquer autrement que par des symptômes :
 - ❖ Hypochondrie
 - ❖ Hystérie
 - ❖ Troubles du comportement
- S'accentue avec l'âge, la maladie, la dépendance

Glissement et angoisse d'abandon

- La personne âgée est souvent incapable de rester seule
- Elle est ancrée dans un paraître de convention, dans un théâtralisme qu'elle a cultivé toute sa vie, et ses stratégies ont pu lui ont réussi jusque là.
- Le monde s'écroule, lorsque ce qui faisait l'emprise sur son environnement humain perd toute efficacité.
- Derrière cela : angoisse d'abandon est parfois minime, évènement déclencheur, même s'il est vécu sur un mode catastrophique et surtout s'il n'est pas pris en charge psychologiquement.
- Réminiscence d'événements douloureux dans l'histoire de vie notamment dans l'histoire des séparations.

Problématique des états limites

- Peu ou pas de vie intérieure : ne vivent que dans le vécu d'autrui
 - Impulsivité
 - Manipulations et fabulations mensongères pour étayer l'égo
 - Pas d'accès à l'empathie, cynisme
 - Recherche à induire chez autrui des affects
- Autorité sur celui qui est rendu dépendant
 - Domine pour contrôler la source de sa dépendance
 - Gère mal la solitude
 - Théâtralisme non pour rechercher l'intérêt sur soi mais un cadre pour combler le vide existentiel : angoisse d'abandon
- Addiction médicamenteuse ou alcoolique
- Peu de structuration de la pensée, volontiers chaotique
- Dépression en particuliers lorsque l'âge rend difficile les stratégies antérieures

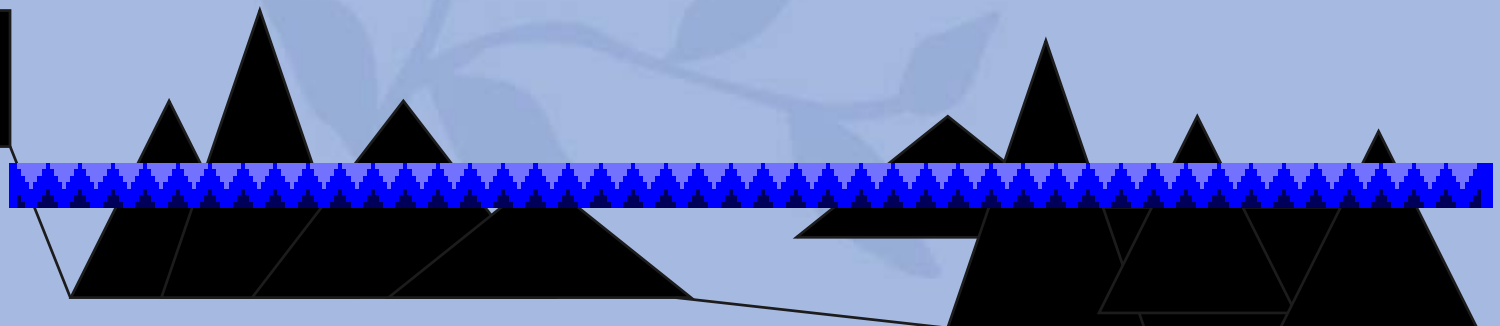
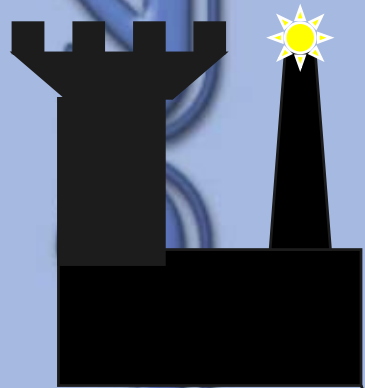
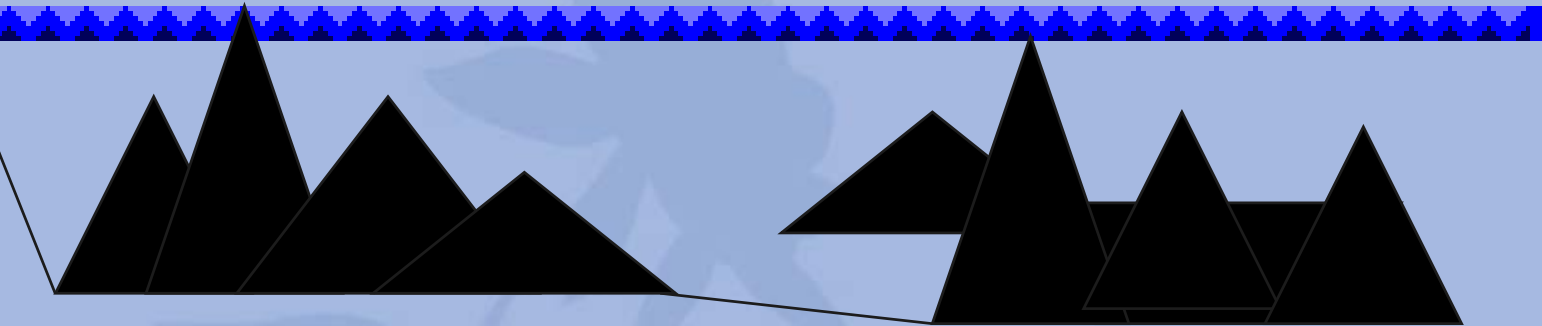
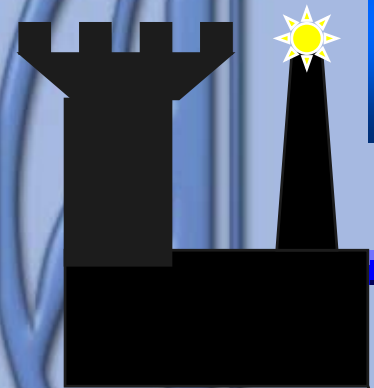
Hypocondrie et dépression régressive

- Une des formes de dépression régressive individualisée par Daumézon, les « Syndromes partiels »:
 - Avec dépendance captative et tyrannique à l'égard des proches (conjoint++) : hargne coléreuse, régression corporelle hypocondriaque (+/- énurésie, encoprésie) et d'autres attitudes infantiles.
- Mobiliser toutes les défenses et repli vers la passivité (peur de la mort++) "→ hypocondrie, zèle religieux contrastant avec le passé...

Personnes âgées pas faciles : un problème d'enfance

La vie : une lutte au quotidien, jusqu'à...

La marée de St Malo (Montfort)



Risque régressif et dépression

- Des symptômes d'une affection connue cachent ou déforment la sémiologie dépressive (cancer, douleurs chroniques..)
- Le diagnostic différentiel avec des maladies neurologiques (démence, parkinson, Avc...) est difficile
- Pas de prise en compte de la composante somatique (douloureuse, asthéniante) ou de la dépression

Hypocondrie et mise en avant des défaillances somatiques

- L'accentuation des préoccupations somatiques, la tendance hypocondriaque vont ouvrir le champ d'une **communication par le biais des défaillances somatiques** au prix d'une consommation médicale (Ploton, 1996):
 - Médecin confident
 - Médecin médiateur
 - Médecin caution de l'existence du trouble
- Il y a une **fréquente relation de défi au médecin**, qui est à la fois investi d'un grand pouvoir et condamné à l'échec thérapeutique par le patient.

Perte de contenance dans la dépression : mélancolie

- Incurabilité
- Culpabilité
intense
- Idée de ruine
personnelle
- Idée d'indignité,
d'impureté ⇒
suicide altruiste

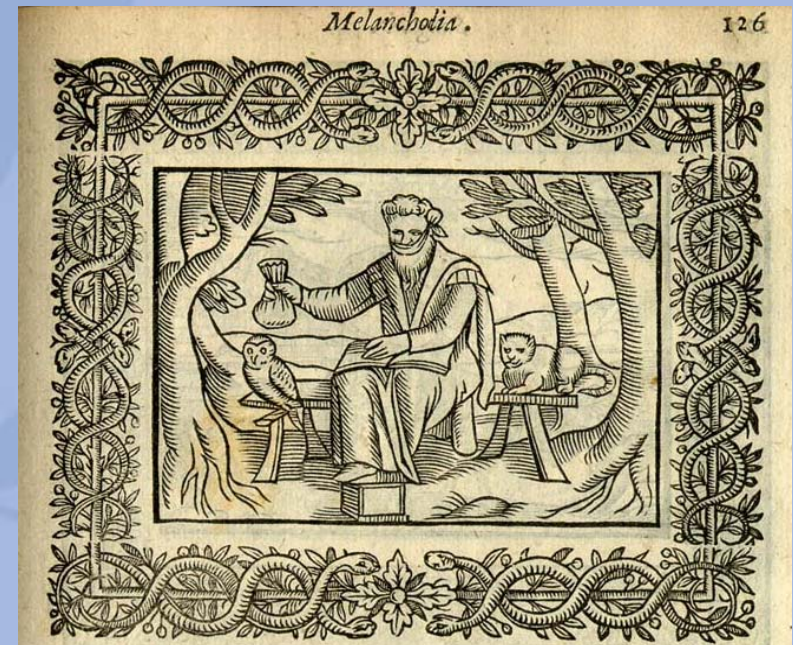


: François André VINCENT La Mélancolie An VIII (1800)

Mélancolie

- Le mélancolique est pâle, prostré, immobile, muet ou ne proférant que plaintes et gémissements.
 - Son visage devient tragique, ses traits sont décomposés.
 - Il refuse toute nourriture
 - Il déambule lentement jour et nuit en proie à une angoisse très perceptible.
 - Toutes ses idées pessimistes orientées vers la faute ou le malheur

- La réticence
 - très fréquente
 - le malade ne parle pas, ou dissimule, diminue, amoindrit les troubles qui l'envahissent.
 - Il taira en particulier les idées de suicide : danger



La mélancolie tardive

- **Forme clinique opposée à l'idée de la dépression conative: on retrouve ici une vitalité symptomatique:**
 - L'agressivité suicidaire
 - L'activité délirante; ex du du Sd de Cotard:
« là dedans il n'y a plus rien, c'est creux »...
 - Les plaintes hypocondriaques
 - Les régressions massives

Cotard et toute puissance

- Prévalence de 0,57% selon Chiu HF, 1995 (349 patients).
- Dépression dans 89% des cas dans l'étude de Berrios GE et al, 1995 (100 patients).
 - Idées délirantes corporelles 86%
 - Idées délirantes sur l'existence 65%
 - Anxiété majeure 65%, culpabilité 55%
 - Idées délirantes d'immortalité 55%
- Quelques cas d'évolution vers une détérioration intellectuelle (Sabattini F. et al, 1996).
- Efficacité de l'ECT ++, Hammon JM et al, 1994;
Lohman et al , 1996.

Failure to thrive syndrome

Roy B Verdery (1997)

- Affection spécifique du grand âge, issu cependant de l'observation pédiatrique (Braun, 1989)
- Triple symptomatologie
 - Perte de poids inexplicquée
 - Déclin fonctionnel (ADL, IADL)
 - Perturbations biologiques
 - ❖ Déshydratation
 - ❖ Hypoalbuminémie et hypocholestérolémie
 - ❖ Hyperglycémie et \uparrow p CO₂

Failure to thrive syndrome

■ Epidémiologie

- 25 à 40 % en MR
- 50 à 60% en hôpital gériatrique

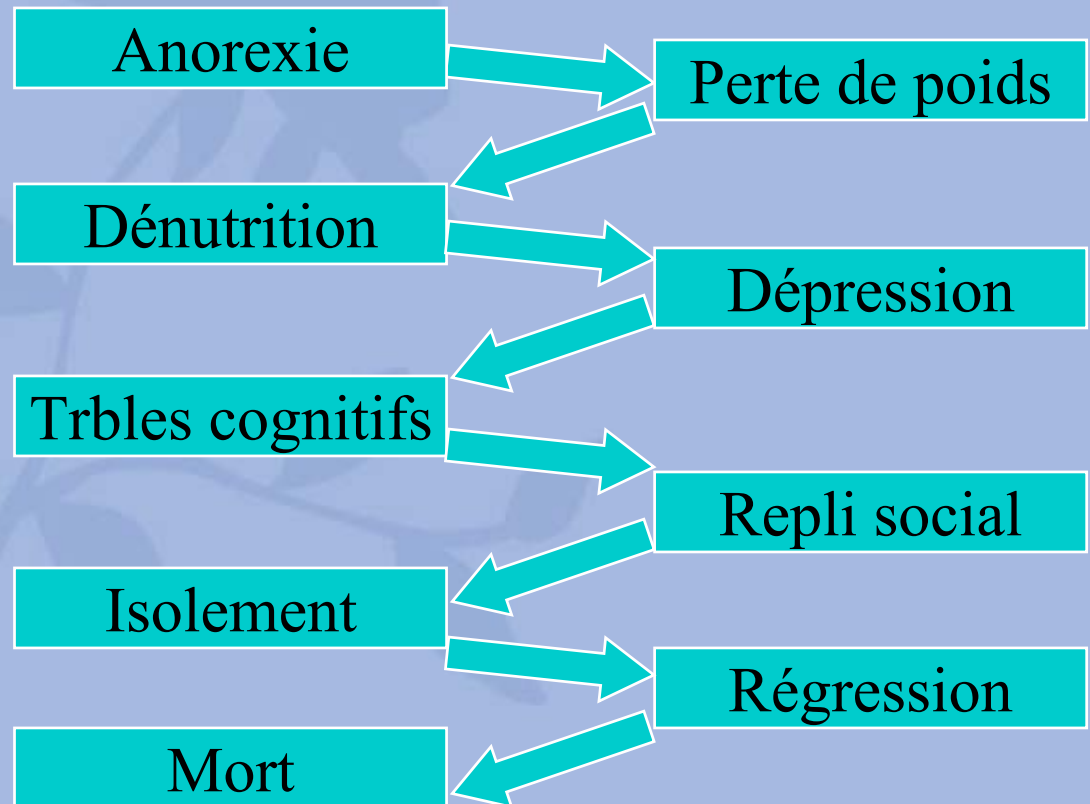
■ Maladies associées

- Fragilité
- Démence
- Dépression
- Iatrogénie et pathologies chroniques
- Cancer, fin de vie...

Failure to thrive syndrome

● **Role des cytokines, des processus inflammatoires, Il6, IGF1**

● **Facteur premier:**



Egbert AM, 1996

Le syndrome de glissement

Sémiologie

● Syndrome somatique

- ❖ Asthénie Anorexie Amaigrissement
- ❖ Météorisme abdominal
- ❖ Rétention/incontinence
- ❖ Déshydratation extra-cellulaire
- ❖ Tension artérielle basse

● Syndrome psychique

- ❖ Etat confuso-dépressif
- ❖ Agitation/agressivité
- ❖ Refus de soins, d'un dialogue (visites silencieuses)

Le syndrome de glissement Evolution

- **Escarres, aggravation biologique**
- **Mort systémique**
... comportements hystériques en échec, relation fusionnelle devenue impossible, chantages relationnels
- **Décès une fois sur deux**

Le syndrome de glissement

Diagnostic différentiel (1)

- **Syndrome dépressif avec refus de vivre**
- **Les dépressions hostiles.**
- **Fréquence des troubles de personnalité :**
 - **du groupe B (DSM IV) : Histrionique, Narcissique, Limite, Anti sociale**
 - **du groupe C = passive/agressive**
- **Fréquence des crises de colère +++ (48 % des cas FAVA. Am. J. of Psychiatry 1993, 150 : 1158-1163).**
- **Tendance à une amélioration sous traitement antidépresseur.**

Le syndrome de glissement

Diagnostic différentiel (2)

- Une cause somatique : cancer profond, pneumopathie...
- Attitudes négativistes (mais l'état général reste bon).
- La régression psychomotrice chez un patient dépendant ou après un traumatisme.
- Un syndrome confusionnel : son évolution régressive laisse apercevoir par la suite son mécanisme : d'origine à priori iatrogène ou métabolique

Anorexie mentale de la personne âgée. DSM

- Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

Signes cliniques

- L'apparition de l'anorexie insidieuse.
- Perte du besoin ressenti de manger (faim), et surtout de perte du désir de manger (appétit)
- Autres signes de dépression absents ou masqués.
- Dénier de la gravité de la maigreur actuelle, et/ou indifférence caractérisée.
- Distorsion de l'image du corps. Fait la différence avec un amaigrissement secondaire à une pathologie organique cachectisante et anorexigène
- Pas de lien entre absence de nourriture et mort

Terrain particulier

- La femme âgée est davantage concernée
- Généralement touchée à un âge plus jeune que l'homme (69 ans contre 80).
- Les causes déclenchantes de l'anorexie mentale de la personne âgée sont multiples : retraite, réduction de revenus, décès du conjoint ou de l'époux....
- La maladie physique, des handicaps liés à l'âge, les atteintes sensorielles, la polymédication qui altèrent parfois les sensations gustatives
- L'édentation qui diminue le plaisir de manger en contraignant à une alimentation mixée ou hachée précipitent encore l'anorexie

Évaluation de l'anorexie

- Mon appétit est ...
- Quand je mange, je me sens rassasié...
- Comparé à ce que c'était autour de 50 ans, les goûts de la nourriture...
- Normalement, je mange...
- Je ne me sens pas bien et nauséeux quand je mange...
- La plupart du temps, mon humeur est...
- La nourriture est ...

CONCLUSIONS

- Le désapprentissage appris est la source d'une désadaptation psycho-socio-affective (JH Ellgring)
- Il y a un risque de mimétisme dans une institution peuplée de déments (JM Léger)
- La personne âgée finit toujours par valider les vues de sa famille (L Ploton)