

UNIVERSITÉ LUMIÈRE-LYON 2
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE
THÈSE Pour l'obtention du **DOCTORAT**
de Psychologie et Psychopathologie Clinique
Présentée et soutenue publiquement par
Alain SAGNE
Le 1^{er} mars 2002

SUBJECTIVATION ET INTERSUBJECTIVITÉ RECRÉÉES DANS LA DÉMENCE : CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSYCHOTHÉRAPIES DU SUJET ÂGÉ DÉMENT

Sous la direction de Monsieur le Professeur **Jacques GAUCHER**

Rapporteurs : Professeur **J.L. Pédinielli** *Université de Provence Aix-Marseille 2* Professeur **N. Rigaux** *Université de Namur* Jury : Professeur **J. Gaucher**, *Université Lumière-Lyon 2* Professeur **J.L. Terra** *Université Claude Bernard Lyon 1* Professeur **P. Cappeliez** *Université d'Ottawa* Professeur **L. Ploton** *Université Lumière-Lyon 2* Professeur **G. Broyer** *Université Lumière-Lyon 2*

Table des matières

REMERCIEMENTS .	1
..	3
LA PAROLE AU SUJET AGE DEMENT . .	5
AVANT-PROPOS .	7
INTRODUCTION .	9
1. Nommons les choses .	9
1.1 Les préalables constitués pour la définition de mon objet de recherche . .	10
1.2 Hypothèses .	20
1.3 Méthodologie . .	25
1.4 Référents théoriques .	32
PREMIERE PARTIE : L'état de la question .	35
2. Le champ neurologique . .	36
3. Le champ cognitif .	39
3.1 Bref rappel historique . .	39
3.2 Les apports de la psychométrie . .	40
3.3 Les apports de la neuropsychologie cognitive . .	41
3.4 Classification des démences . .	42
3.5 Critères diagnostiques . .	42
3.6 Les frontières de la démence .	43
3.7 Mémoire et conscience et passé . .	46
3.8 Mémoire et perception d'un objet .	47
3.9 Mémoire et prise en charge . .	47
4. Le champ psychopathologique .	49
5. Articulation de ces trois champs : la psychogérontologie clinique .	55
5.1 Le temps et (est) la mort .	57
5.2 Le concept de «crise» en psychogérontologie .	59

5.3 Image du corps, vieillissement et miroir sonore . .	60
5.4 Une clinique de la régression .	63
DEUXIEME PARTIE : Du parcours méthodologique à la pratique psychothérapique : la démence comme un «voyage» de retour . .	65
6. Parcours méthodologique . .	67
6.1 L'objet/groupe comme élément transitionnel entre le subjectif et l'objectif, entre le perçu et le représenté .	67
6.2 Mise en place d'un projet de soins, et complexité des niveaux d'articulation institutionnelle .	72
6.3 Changement de dispositif en lien avec la réalité psychique du dément .	77
6.4 Stratifications et défauts de représentation de l'absence dans la démence .	82
7. Revue de la littérature anglo-saxonne relative à l'évaluation et à l'intervention psychothérapique .	83
7.1 Les travaux de « début et de fin » .	84
7.2 Transfert et contre-transfert . .	87
7.3 Psychothérapie cognitive et comportementale .	89
7.4 Gestion du stress . .	90
7.5 Évaluation des psychothérapies .	92
7.6 Synthèse de cette revue de la littérature anglo-saxonne et discussion sur le concept de déficit . .	93
8. Revue de la pratique psychothérapeutique francophone .	97
8.1 Quelques fils conducteurs .	97
8.2 Les approches psychothérapiques dans le champ des états actuels de la démence .	99
8.3 Les objectifs du processus psychothérapeutique et les contraintes du cadre institutionnel . .	103
8.4 La souffrance du dément : entre négatif et positif de la relation .	108
8.5 Rétrospective de vie et/ou question de l'après-coup . .	112
8.6 La question de l'évaluation de la psychothérapie .	119
9. Eléments de la clinique . .	125
9.1 Le rapport de la méthodologie à l'objet de recherche : les médiations comme éléments de perception .	126
9.2 Le «paysage intérieur» : la peinture comme récit du rêve . .	131

9.3 Le dément et les effets miroirs dans le groupe .	133
10. Conclusions de la seconde partie : un «chez-nous» pour trouver «un chez-soi». .	136
10. 1 L'étayage sur le groupe .	136
10. 2 Dépendance et identité spéculaire .	138
TROISIEME PARTIE : De la psycholyse à la démence de défense . .	141
11. Apports de la démence au groupe .	143
11.1 Thérapie à trois temps . .	145
11.2 La mémoire « revient » en présence de quelqu'un .	145
12. La notion de prisme . .	147
12.1 Prisme projectif-diffuseur . .	149
12.2 Prisme réfracteur . .	149
12.3 Prisme métabolisateur . .	149
13. De la bobine de groupe à la bobine individuelle .	150
13.1 Groupe/objet soi, comme fonction alpha . .	151
13.2 Bobine comme principe de liaison des pulsions- vectorise l'énergie . .	151
14. Démence de défense .	152
14.1 Double interne comme conception de Soi . .	153
14.2 Le Soi comme continuum de l'identité . .	155
14.3 Le Moi sans le Soi : un miroir démentifiant .	157
14.4 Miroir démentifiant : <i>l'anté-miroir</i> ? .	158
15. Considérations d'après-coup : les apports et les excès de ces apports . .	159
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES . .	165
BIBLIOGRAPHIE . .	171
ANNEXES .	189
Schéma du prisme .	189

REMERCIEMENTS

Monsieur le professeur J. Gaucher, de la bienveillance avec laquelle il m'a accueilli dans le groupe de recherche en psychogérontologie, son soutien et ses encouragements chaleureux pendant la direction de ma thèse ainsi que son enseignement.

Monsieur le professeur J.L Terra, pour la richesse de ses travaux, ainsi que pour sa rigueur scientifique et nous sommes honorés de sa contribution à la correction et à l'évaluation de ce travail.

Monsieur le professeur P. Cappeliez, pour qui nous sommes reconnaissant de l'intérêt porté à notre travail et ses publications ont élargi nos orientations de recherche.

Monsieur le professeur L. Ploton, son dynamisme communicatif, ses connaissances ainsi que ses nombreuses publications m'ont accompagnées dans mon cheminement. Nos rencontres ont également contribué à mener à bien cette thèse.

Monsieur le professeur G. Broyer, qui nous a fait bénéficier de son enseignement, des conseils et des attentions qu'il nous a prodigués tout au long de notre parcours universitaire.

Madame le professeur N. Rigaux, qui a accepté la charge de rapporteur. Nous serons sensibles à ses appréciations. Nous lui sommes particulièrement reconnaissant de l'intérêt porté à notre travail.

Monsieur le professeur J.L. Pédinielli, qui nous fait l'honneur d'être rapporteur de cette thèse. Ses observations et ses critiques nous serons bénéfiques.

Tous nos remerciements aux professeurs de l'Université-Lyon 2 pour leur qualité d'enseignement et en particulier à madame le professeur C. Vacheret, pour le tutorat de D.E.A., à monsieur JM. Talpin, qui a su stimuler mon engagement dans le D.E.A., auxquels nous associons les thérapeutes familiaux de l'association ADSPF, madame F. André-Fustier, madame F. Aubertel et monsieur JL. Dorey.

Nos remerciements s'adressent également à Monsieur le professeur R. Gonthier, chef de service de l'hôpital de la Charité (CHU St-Etienne), à monsieur le docteur Y. Delomier, à madame le docteur C. Girtanner, ainsi qu'à tous nos collègues de travail, les collègues psychologues, et en particulier

- à monsieur N. Bouati qui nous a soutenu et aidé de façon constante dans la lecture critique de la thèse.
- Aux patients et à leurs familles à qui cette thèse est dédiée.
- A mes amis pour mon manque de disponibilité.
- A mes parents, à ma famille
- A Isabelle, mon épouse et à Chloé, Hugo et Théotime, mes enfants.

« Ce que le groupe rend possible, c'est la reconnaissance dans l'expérience transitionnelle, du fondement groupal du sujet singulier ; c'est en ce lieu que les psychothérapeutes de groupe sont, dans notre monde moderne, convoqués à travailler. C'est là que s'exercent les processus de transformation et d'invention de nouveaux rapports à l'autre, à la langue, à soi. » R. Kaës, 1987.

«Le plus insupportable dans la perte, serait-ce la perte de vue ? Annoncerait-elle, chez l'autre, l'absolu retrait d'amour et, en nous, l'inquiétude d'une infirmité foncière : ne pas être capable d'aimer l'invisible ?» J.B Pontalis, 1988.

A mes parents A ma famille

LA PAROLE AU SUJET AGE DEMENT

- c'est le moment de s'en aller ?...mais s'en aller de quoi ?
- J'ai oublié l'oubli
- (maintenant), je m'appelle monsieur Personne
- aujourd'hui on a tué alzheimer
- je ne suis presque pas dans ma peau, je veux rentrer chez moi
- A partir de samedi, je déménage...il me faut toutes mes aises pour pouvoir faire le travail. C'est le palpitant qui est pas content ; on lui demande toujours des affaires...au palpitant. Sans le palpitant, vous croyez que ça marcherait bien !...vous voulez pas me guérir ?
- Vous ne me posez pas de question ? ça serait mieux, ça éviterait de laisser remonter les souvenirs
- Gardons le contact
- J'ai un agglutinement d'idées...c'est un barrage à franchir ; j'aimerais être en contact
- On pense les choses comme vécu ou à vendre et on a un résultat...on a rencontré quelqu'un
- J'ai perdu la trace de mes autres...la famille s'est disloquée
- Je vis à côté de la vie car j'ai perdu la force d'avoir la force
- Comment faut-il faire pour avoir confiance en vous ?
- C'est un acquis d'être en confiance. Depuis la mort de maman c'est un problème de successionnement avec ma sœur
- Le moral remonte si j'ai ma femme en face de moi et moi-même je sais pas ce qui se passe dans ma tête
- J'ai arrêté le temps
- Je suis sortie de ma peau
- Le psychologue m'aide à mettre les mots les uns derrière les autres

AVANT-PROPOS

La démence comme « *maladie du lien* » (actualisation d'une souffrance et *mise en crise* individuelle autant que groupale par « emboîtements »), peut nous éclairer sur la *construction du lien* intra et intersubjectif. Tout au long de mon parcours professionnel, la question de la *construction psychique du lien* humain a représenté la question de fond.

La *construction de la psyché est en lien étroit avec le rapport à autrui*, comme question centrale de ma réflexion, construction psychique à rechercher *entre* ce qui se passe à l'intérieur de l'individu et ce qui se passe dans son entourage réel et imaginaire. Le petit groupe est aussi une méthode et un lieu pour observer et comprendre la constitution du *lien entre l'individuel et le groupal*.

La clinique de la démence, observée dans les petits groupes, offre un exemple de la déconstruction progressive de ce lien. Nous pouvons admettre l'idée que la déconstruction nous donne des éclairages sur la construction de ce lien. Cette idée renvoie au postulat plus général que la pathologie donne les éléments d'une théorisation de ce qui est à l'œuvre dans la normalité. L'étude de la mémoire en est un exemple.

Illusion peut-être, dès la rencontre avec ce type de pathologie, que de vouloir penser cette maladie comme « maladie à part entière », car les données globales actuelles ne sont pas suffisamment pertinentes pour rendre compte d'une théorie générale. Plusieurs raisons à cela : d'abord la quasi-exclusivité de l'approche médicale (légitimée) a eu pour effet de minimiser les autres approches, de considérer la vieillesse sous l'angle du déficit, et surtout d'observer un certain « clivage » entre les différentes approches actuelles : neurologiques, neuropsychologiques ou psychopathologiques en particulier. L'autre raison me paraît plus essentielle encore : les interférences entre le travail autobiographique du patient dément et la reconstruction « après coup » en présence du thérapeute sont source de *réverbération*. Le dément met l'interlocuteur dans une position quasi d'archéologue en quêtes d'éléments ou d'événements historiques à reconstituer pour donner sens à un sujet qui semble parfois absent de sa propre histoire.

L'objet d'étude, la démence ne concerne pas seulement *l'objet cognitif*, mais également *l'objet affectif*, narcissique, autant que *l'objet de penser*.

Les interrogations à partir de la pratique nous aident à continuer d'observer ce que le patient nous offre à la compréhension. Mais, ce travail d'investissement de chaque acteur de/dans la relation, modifie nos représentations de la maladie.

Le patient « dément » nous montre la voie, quand nous le suivons suffisamment longtemps, en nous montrant son « besoin » de *raccordage à l'autre, puis aux autres et avec lui-même* pour mieux surmonter sa souffrance. Certains y parviennent, et nous parlons alors de « démence chaude » (notion abordée avec G. Le Gouès dans le travail d'écoute de l'écoute) pour qualifier un sujet dément qui reste accessible à la relation, malgré la maladie et de façon relativement indépendante de l'évolution de ses troubles cognitifs. Cette notion est une image et non pas un concept, mais qui *actualise* l'importance de la structure de la personnalité et de la représentation des événements individuels et familiaux.

Un travail d'*accordage* entre les différentes disciplines concernées manque douloureusement à se produire, au niveau théorique et dans les implications pour la pratique, pour permettre un travail de généralisation, de cohérence d'approche et de « reproductibilité ».

Pourtant si l'accompagnement du sujet et de sa famille invite à une position modeste et humble dans le travail d'interprétation des « observés », cette réalité nous invite à faire des liens, à établir des ponts entre les différents champs d'approche.

Ce travail d'accordage (accord d'âge ?) est cependant important : le lien psychique dans le rapport à l'autre en situation de groupe est compris ici à partir de la «capacité d'être seul en présence de l'autre» (W.R.Winnicott).

La clinique psychopathologique actuelle de ces vingt dernières années s'accorde à mettre l'accent sur les problématiques de deuil, sur le narcissisme, sur la question de « l'objet » (relation d'objet), ce qui amène à ré-interroger les dispositifs théoriques et méthodologiques de prise en soins pour répondre aux nouvelles formes d'expression de la souffrance humaine, et d'intégrer ainsi les problématiques liées au « travail du vieillir » concernant les troubles psychiques.

La question de la démence interroge le lien familial, groupal, le vieillissement normal et pathologique, l'identité de soi dans la perspective du narcissisme, « l'héritage psychique » avec les questions de « ruptures » de transmission. Les recherches de R. KAES (séminaire de D.E.A.1995-1996) sur la transmission psychique interrogent la question de « se transmettre » (narcissisme) et d'un « nous qui pense » pour nous aider à penser le lien entre un conscient et un inconscient (hypothèse d'un préconscient comme la fonction de l'autre). Des chercheurs de différentes disciplines comprennent cet intérêt d'un « nous » qui pense pour se centrer sur nos points d'accordages pluridisciplinaires et pour mettre l'accent sur les conséquences de la groupalité dans la construction psychique de l'individu.

Ainsi, le concept de « résilience » désigne «cette propriété à encaisser les chocs et à rebondir, semble être également une arme contre la dépression». Le travail de B. Cyrulnik (1999) développe ce concept de résilience qui «désigne la capacité à réussir, à vivre, à se développer en dépit de l'adversité». Cet auteur nous en donne une belle définition : «elle [la résilience] n'est pas à rechercher seulement à l'intérieur de la personne, ni dans son entourage, mais entre les deux, parce qu'elle noue sans cesse un devenir intime avec le devenir social».

Le travail de résilience montre que l'individu peut à certaines conditions transformer le négatif en positif. En ce sens la résilience est aussi un concept « paradoxal » comme celui « d'être seul... ». Dans le travail « du vieillir », les événements de vie ou plutôt l'objet « autobiographie » raconté en présence de quelqu'un, est aussi un champ de recherche possible de la portée de ce concept de résilience.

Le sentiment de soi (capacité d'être seul en présence de l'autre) éclairant la question de l'identité de soi, me paraît-être un critère de l'aptitude à la résilience et à la capacité à devenir soi-même, en mettant en perspective la dimension individuelle, groupale et familiale de la dynamique du lien (stratifications successives de la construction psychique).

L'autre versant de cette interrogation sur la relation, sur le lien intersubjectif, nous oblige à penser « l'appareil psychique » dans sa complexité et surtout dans sa dynamique et son adaptabilité.

INTRODUCTION

1. Nommons les choses

C'est le cheminement (provisoire) d'une pratique psychothérapique de dix années auprès d'adultes âgés, diagnostiqués déments type Alzheimer, qui a orienté le travail actuel d'écriture. La rencontre avec ces patients dans différents lieux de vie (établissement médicalisé, services de soins de longue durée) et lieu de soins (hôpital de jour de psychogériatrie), m'a amené à orienter ma recherche *dans le champ de la psychothérapie du sujet âgé*.

Si dans toute approche psychothérapique nous avons le souci de maintenir vivante l'expérience de l'*altérité*, ma pratique auprès de sujets porteurs d'une maladie d'Alzheimer a été marquée par la *question du lien/maintien d'un lien inter-humain*. Ce travail s'intègre dans la problématique de la liaison/déliaison des affects et des représentations à partir des situations d'impasse relationnelle de la clinique. Dans cette optique, j'ai choisi de travailler à partir de la *position contre-transférentielle* plutôt qu'à partir d'une position théorique, car dans la clinique psychopathologique de la démence, cette analyse est première et aussi nécessaire pour comprendre le sujet en situation de *déconstruction mentale* (dégénérescence), voire de *dé-génération* (à partir des effets de la pathologie sur l'environnement familial).

Les enjeux de la transmission « de la vie psychique » (concernant les symptômes, les mécanismes de défense, l'organisation des relations d'objet) depuis les travaux de N. Abraham et M. Torok (1978) sur le deuil, l'incorporation et la crypte jusqu'aux recherches issues de la pratique analytique des thérapies familiales (A. Ruffiot, 1981) ainsi que les questions sur la filiation (J. Guyotat, 1980), sont autant de points de nouages et également « d'étayage du narcissisme sur celui de la génération qui précède » (R. Kaës, 1993). Ce dernier, dans son séminaire, a souvent repris ces vers bien connus de Goethe : « ce que tu as hérité de tes Pères, afin de le posséder, gagne-le » et il parle ainsi du « sujet de l'héritage », en appui sur l'analyse des textes de S. Freud qui montrent la double nécessité « d'être à soi-même sa propre fin et d'être le maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti sans la participation de sa volonté ». La question de la transmission se pose ainsi avec acuité dans la démence : qu'est-ce qu'un malade alzheimer transmet à ses enfants ? *dénoue-t-il* une chaîne familiale ? Le modèle de la transmission psychique vient s'opposer au modèle de la dégénérescence dans le débat sur l'hérédité. L'analyse de la position contre-transférentielle est ainsi posée comme mode d'accès et d'analyse des affects des patients déments, du cheminement de la pensée et de l'élaboration théorique du fonctionnement de l'appareil psychique dans la démence.

Cette introduction vise à embrasser les points d'interrogations rencontrées dans le suivi de ces patients : pour essayer de comprendre d'abord et, comme on dit, de donner du sens sinon un sens. Ces points d'interrogation sont aussi des *carrefours de la pratique comme de la théorie, carrefours évoqués pour nommer les différentes articulations possibles*. L'ensemble de ces points nomme et reflète une manière d'entrée dans le champ de la clinique de la démence.

Cette introduction sera découpée en quatre volets pour indiquer d'abord les différents niveaux de la recherche :

- Les préalables constitués par la définition de mon objet de recherche.
- L'énoncé de mon hypothèse.
- La définition de la méthode en fonction de l'objet de recherche.
- Les référentiels théoriques.

1.1 Les préalables constitués pour la définition de mon objet de recherche

Nous avons déjà évoqué la démence comme une maladie du lien, en pensant aux effets produits sur l'entourage du patient. En ce sens, la démence entre dans le champ conceptuel et d'analyse de la liaison et de la déliaison des affects et des représentations. Comment rendre compte d'une théorie de la déliaison ? et comment entendre le patient à partir de nos points de « butée » ?

Les préalables sont constitués pour partie des référents théoriques et pour partie des appuis méthodologiques sur l'étude du groupe, dans une perspective psychodynamique.

Comment passer d'un espace de cohérence (enjeu de la méthodologie des groupes

à médiation dans mon travail de D.E.A., 1996) à un espace de sens possible pour comprendre la réalité psychique marquée par le poids des défenses dans la démence ? Le travail du thérapeute est centrée sur les modalités d'investissement, sur les processus de pensée, sur le reflet de ce qui se passe en l'autre où une partie de l'identité de soi, non démente, est retrouvée grâce au travail à deux et à plus de deux.

1.1.1 Démence et abord psychothérapeutique

La démence a déjà été décrite comme la « maladie du lien » au sens où il y a une remise en question du *regard et de la reconnaissance* de l'autre. Au delà de l'idée de causalité concernant le processus involutif, au moins cette dimension de l'interrelation offre une perspective de soins psychothérapeutiques. L'intérêt de l'abord psychothérapeutique est ainsi souligné.

La démarche proposée fait appel au développement de la psychopathologie clinique, car le choix de cette approche est à comprendre du côté de la recherche, et également par rapport au mode de travail psychique qui vise à produire des modifications du rapport du sujet à Soi et à autrui. La réalité de la rencontre avec les patients, quelle que soit la nature de leurs troubles, réactive des zones d'ombre entendues ici comme zones de conflit interne, de fragilité narcissique, voire de souffrance du côté du psychothérapeute. C'est aussi ce travail de description, de compréhension, et d'analyse (nommer les choses pour les symboliser) qui permet un accès, une représentation de la souffrance de l'autre.

1.1.2 Psychothérapie et définition générale

D'une manière générale, le travail psychothérapeutique est un travail psychique de *création de liens* autant que de *mise en liens* par la symbolisation de la souffrance. La compréhension des dynamiques conscientes et inconscientes, de la conflictualité, de ce qui se joue entre les personnes dans une relation psychothérapeutique («relation d'objet» au sens analytique), demande un développement de nos capacités à prendre conscience de nos propres mouvements projectifs, en vue d'une nouvelle élaboration et un changement dans les régulations intra et inter-relationnelles.

La psychothérapie, dans ses perspectives générales, a pour objectifs de donner des *supports relationnels, représentatifs, identificatoires*, nécessaires au travail de la pensée -du penser,- permettant un accès à la subjectivation et à la symbolisation de la souffrance. Cet accompagnement nécessite un cadre (matériel et théorique) où des *mots sont posés sur des éprouvés* (mise en pensées et mise en sens). A l'espace de la rencontre, il est nécessaire de nommer également la notion de *temporalité* en terme de processus, donc de durée, avec un début et une fin de prise en soins.

1.1.3 Identité et vieillissement

Le travail clinique auprès de sujets âgés pose la question des rapports entre identité et vieillissement, c'est-à-dire la question de l'impact du temps sur la structure psychique, avec la question de la mort à venir dans ce qui est nommé la « crise de la vieillesse ». Comment ne pas s'interroger aussi sur la continuité, le continuum entre grand âge et

démence ? *Identité* ré-interrogée à la fois sous l'angle du vieillissement et sous l'angle de la maladie ; en tout cas, comme réalité psychique à vivre.

De vastes interrogations, qui restent à la fois comme questions en attente de réponses et comme champ clinique et psychopathologique dans lequel la question de la démence de type Alzheimer comme *processus involutif désagrégeant peu à peu la conscience de soi*, participent à la recherche des troubles identitaires liés à l'âge. La démence serait-elle la maladie de la conscience ?

En ce qui concerne ma pratique, c'est la question même des identifications, du travail identificatoire, qui fait lien d'une part avec la vaste question des troubles identitaires de l'adulte vieillissant et, d'autre part, avec la question de la psychothérapie : le «travail du vieillir» (H. Bianchi, 1980) réactive le travail des identifications, le travail du deuil dans un « va et vient » du présent vers le passé et du passé vers le présent ; qu'en est-il dans le processus démentiel ? Le travail psychothérapeutique suppose également un travail identificatoire : qu'en est-il dans la démence ?

Il existe de multiples approches du vieillissement qui déterminent la position de l'interlocuteur face à la personne âgée. Ces différentes approches constituent autant de miroirs privilégiant le médical, le social ou le psychique. Le titre de mon travail indique une approche centrée sur le terme de « sujet » : ce qu'il y a de plus intime chez l'homme, c'est-à-dire son psychisme.

1.1.4 Mémoire et affectivité

La mémoire, les mémoires devrait-on dire aujourd'hui, reste à la fois énigmatique et au cœur de notre présence au monde en tant que sujet singulier : l'oubli est une convocation à un travail de mémoire ; travail qui se fait selon des images plus ou moins fiables, mais comme seul accès au passé. Dans la démence, il existe une disproportion importante entre l'événement et la capacité d'en rendre compte. D'un point de vue strictement neurologique, le processus involutif (pathologique) en désagrégeant la conscience de soi, peut rendre compte de ces troubles. D'un point de vue de la singularité de l'évolution observée, et donc de la subjectivité, le système affectif (émotionnel) peut également rendre compte de la difficulté à se souvenir, car il y a l'idée même d'un travail psychique à faire. Ainsi la *nature affective* de ce qui est perdu peut faire résistance au travail de mémoire ; à titre d'exemple, au point de vue « cognitif », certains auteurs ont ajouté le concept de « conatif » pour la prise en compte de l'émotion dans le travail de mémoire au sens de la représentation du passé. C'est dire encore d'une autre manière que l'évolution de la maladie se fait de façon *individuelle*, et donc *en fonction des modes de défense* et des nouvelles *relations avec l'entourage* (depuis la maladie) à côté du diagnostic de démence posé sur l'existence de lésions neurologiques.

1.1.5 Regard sur soi et vieillissement

La prise en compte de ces différents concepts d'identité, de travail du vieillir, de la mémoire (et du souvenir), de la démence, concernent le champ des modèles théoriques élaborés en gérontologie clinique, et également le champ des modèles neurologiques et neuropsychologiques. Mon objet d'étude suppose un regard, un point de vue adopté pour

l'étude et un certain nombre de présupposés théoriques (des convictions) qui influencent la signification et la compréhension des mécanismes qui déterminent un fonctionnement humain. Dans ce champ psychogérontologique, c'est la perspective de recherche sur ce que signifie la vieillesse pour un sujet singulier qui m'intéresse et non pas la recherche qui a pour objet la vieillesse et ses causes, car nous ne vieillissons pas tous de la même manière, et notre rapport aux situations de crise maturative et/ou conjoncturelle n'est pas le même d'un individu à l'autre.

1.1.6 Le champ de la psychopathologie clinique

Dans le champ de la psychopathologie clinique, associée inéluctablement à la psychothérapie individuelle et/ou groupale, je m'inscrits dans la thématique de la liaison-déliation (pathologie des liens inter-subjectifs) en particulier sur le mode de la déliaison/reliaison dans la démence. Pour rendre compte de cette théorie de la déliaison, je suis parti du point de vue du contre-transfert, c'est-à-dire d'une modalité d'investissement, car c'est la seule (?) façon d'investir l'autre là où il n'y aurait plus de psychique possible ; faire « être » l'autre comme une façon de ré-inscrire quelqu'un en état de « démembrement » (dégénération) ? C'est aussi une manière d'entendre le patient au niveau des points de butée (fonction de méconnaissance). La question du lien est posée dans la démence du côté de la distance psychique et de la limite qui passe par la tolérance à la perte : faire avec soi-même, faire avec (faire être) l'autre de telle sorte que l'autre puisse être lui-même ?

L'abord psychopathologique est un champ à part entière dans la démence, dans sa dimension première de représentation et d'analyse centrée sur ce qui se passe entre deux interlocuteurs. Si dans ce domaine la qualité de l'investissement et de la relation est le premier facteur du travail de psychothérapeute auprès de sujets âgés atteints de maladie d'Alzheimer, cela signifie aussi que ces personnes réagissent comme les autres patients. Les modalités de réactions montrent que le système affectif et émotionnel est un système à part entière. L'appareil psychique est aussi un appareil adaptatif complexe utilisant différents systèmes de régulation.

La psychothérapie est l'outil le mieux construit pour permettre un travail de liens, de représentations et d'analyse de ces liens pour un sujet à un moment donné. C'est donc aussi l'occasion de défendre la place de la psychothérapie comme lieu d'analyse et de créations de liens. D'une manière générale, les objectifs psychothérapeutiques sont orientés, en fonction des pathologies, soit vers la résolution de conflits intrapsychiques, de problèmes anciens, soit vers le réinvestissement de la relation avec un tiers (forclusion de l'imaginaire censuré, de la pensée au point mort etc.).

1.1.7 Lien avec le travail de D.E.A.

Je vais reprendre les termes du résumé de mon travail de D.E.A. (diplôme d'études approfondies, 1996) sur cette question de la présence, de l'absence et de la séparation : « la démence interroge les limites internes/externes, dedans/dehors, et les limites d'identification possible [...] la prise de distance a été envisagée à partir de la difficulté du travail psychothérapeutique en situation duelle (passage de l'individuel au groupal) [...]

distance psychique nécessitant un travail d'élaboration de la perte [...] jusqu'ou je peux supporter de n'être rien pour l'autre ?».

Concernant l'étude psychologique de la démence de type Alzheimer à partir de la pratique psychothérapeutique : qu'est-ce qui *relie* le thérapeute au sujet dément ?

Le travail de D.E.A. a été centré sur la réflexion méthodologique du fonctionnement des groupes à médiation thérapeutique. Cela nous a conduit à formuler autrement notre recherche générale sur la pratique de ce type de groupes : en quoi la psychopathologie de la démence peut-elle enrichir notre conception même du groupe, du groupement, de la groupalité (externe et interne) ? Cette question résume ma perspective générale de recherche dans laquelle le travail actuel de thèse se présente comme le document initial. Au-delà, ce travail pourrait s'intégrer dans les recherches actuelles concernant les psychothérapies du sujet âgé, et, de façon plus large, les recherches concernant l'abord des psychothérapies à médiation groupale.

Une thèse de psychologie et de psychopathologie clinique s'appuie sur les présupposés du futur chercheur ; c'est énoncer des principes, des postulats, d'abord mis en évidence par d'autres chercheurs. Ma volonté première est de montrer ce qui « marche » dans la psychothérapie des déments, et également de montrer l'importance d'une approche cohérente (théorie, méthodologie et cadre de prise en soins), ce qui nécessite un travail d'intégration de différentes disciplines comme outil de travail face à la déliaison, au morcellement, à la fragilité psychique de ces patients. Ce degré de conviction est d'autant plus nécessaire qu'il rend compte de la confiance dans l'investissement et la construction du cadre thérapeutique, et pour ne pas introduire trop de décalage entre la connaissance de la maladie et celle du malade. Ces principes ou postulats sur lesquels prend appui mon travail sont :

- le symptôme a un sens (les troubles de la conduite, les troubles de la reconnaissance)
- le cadre de référence modifie le symptôme
- la valeur de l'outil groupe
- le système affectif comme système autonome ayant ses propres lois
- le mode d'approche, d'observation conditionne ce qui va être observé
- la mémoire se crée aussi en présence de quelqu'un
- le désir ne meurt pas
- la qualité de l'écoute modifie la relation (le dément réagit alors comme le non dément)
- la qualité d'écoute et de la relation thérapeutique est le fondement de la psychothérapie.

1.1.8 La question « première » : la notion de réverbération

Ma question première, dès l'origine de ma rencontre avec des personnes diagnostiquées démentes, interroge d'emblée la question de l'intersubjectivité (thématique groupale de la liaison/déliaison) : la crainte d'une *réverbération* comme une manière de nommer une

symétrie de la relation, mais également la question de la spécularité dans la relation duelle :

- Groupe comme objet qui n'est pas neutre
- À s'approprier
- Instrument de socialisation
- Facteur de socialisation
- Comme langage commun
- Ultime filet de sécurité

C'est la symétrie de ces relations que j'ai essayé d'interroger théoriquement à partir du couple imitation/identification ; c'était pour essayer de nommer une difficulté à élaborer le moment paralysant l'activité de penser (interrogation sur le passage de la relation individuelle à la mise en place d'un dispositif groupal de prises en soins (A. Sagne, 1996).

En d'autres termes, il s'agissait d'aller vers une sorte de *dédramatisation*, à la fois du côté de la méthode et du côté de l'objet de recherche : essayez de comprendre le pourquoi de cette réverbération qui d'emblée indique une charge affective importante. Le passage alors d'une situation de face-à-face à une situation de groupe permettait un abord intermédiaire pour la construction de l'objet de recherche. Passage nécessaire pour alléger la charge affective liée à la focalisation du rapport frontal direct (intérêt de la démarche groupale dans le domaine heuristique). Le travail de D.E.A., avant tout centré sur la question méthodologique, a débouché sur un renversement de perspective : il ne s'agit plus de montrer les « avantages » à utiliser la médiation groupale avec des patients déments, mais d'interroger en quoi la problématique « démence » enrichit la question même du groupe et de la groupalité. Dans ce travail de conceptualisation, à la fois du côté de la généralisation (psychothérapie du sujet dément) et du côté la compréhension (résultat d'un travail psychique qui rend compte de la rencontre de deux psychés), la problématique transfert/contre-transfert semble constitutive du cas lui-même.

1.1.9 Les impasses de la recherche

Le champ de la démence, sous l'angle neurologique et neuropsychologique, se présente comme un travail de généralisation « réussie » (diagnostic précoce-description fine des symptômes et de connaissance de la maladie), introduisant cependant un « écart » avec la compréhension du fonctionnement psychique d'un patient dans le cadre d'un travail psychothérapique. Mais, de manière plus large, cet écart entre la connaissance de la maladie et celle de la personne dans son environnement affectif et social, dans la perspective d'une amélioration des différentes formes de prise en charge, dépend des systèmes de lien (qualité du lien social), pensés et mis en œuvre par les acteurs de soins. Ces questions se retrouvent « au quotidien » dans l'écart entre les déficits constatés, après évaluation, et le travail centré sur les capacités actuelles du patient, base du projet de prise en soins.

1.1.10 Les impasses relationnelles

Cette recherche trouve son origine dans les impasses relationnelles de la clinique auprès de sujets déments. Quelles sont nos capacités face aux différentes formes de démence ? Le diagnostic médical est important tout autant que les éléments neuro-psychologiques qui portent sur le cognitif et l'instrumental ; mais cela ne nous renseigne pas sur *l'état relationnel et sur la vie psychique* du sujet dément, et c'est cette réalité psychique qui nous intéresse dans l'abord psycho-thérapeutique. Autrement dit, nous sommes en présence de deux modèles qui coexistent sans s'annuler l'un l'autre : le modèle déficitaire et le modèle névrotique.

L'expérience des groupes thérapeutiques à médiation, depuis 1990, et le travail de suivis individuels constituent un matériau d'étude des capacités relationnelles *actuelles* des sujets déments sous l'éclairage psychodynamique de la psychopathologie clinique. Les médiations constituent alors la grille d'analyse dans la psychothérapie des personnes « démentes ». Dans la réalité clinique individuelle ou groupale du sujet dément, le modèle déficitaire et le modèle névrotique se conjuguent : c'est une difficulté constante de passer d'un niveau à l'autre de la compréhension, difficulté même d'osciller entre le registre de la réalité physique et celui de la réalité psychique.

1.1.11 La psycholyse comme concept de déconstruction

Le terme de psycholyse, de G. Le Gouès (1991), « vise à rendre compte de l'état de déconstruction de l'appareil psychique (par opposition à un dysfonctionnement du cerveau) ». Ce concept est préféré, toujours par son auteur à celui de « démence relationnelle », car cela induirait l'idée d'une causalité (dysharmonie relationnelle) capable de provoquer un état démentiel ! (propos repris dans le travail de supervision). Faire le pari de la persistance de la vie psychique est cependant essentiel pour entendre une demande, de même que l'étude de la démence sous l'éclairage psycho-dynamique suppose l'évaluation du noyau névrotique restant, et celle du niveau des défenses dans la démence. Mais, nous pouvons déjà dire que le facteur neurologique voire héréditaire, ne peut contrecarrer le sens, la signification de l'expérience vécue par la personne, et c'est ce sens qui nous intéresse. Alors, on peut dire que les symptômes névrotiques chez la personne démente ont également un sens et que ce sens serait en corrélation avec ce que vit la personne.

1.1.12 La relation avec le dément nous touche à un niveau narcissique

Je voudrais revenir sur ma question première, à savoir la question de la réverbération, en faisant participer le lecteur à un brainstorming (ce qui est une façon de convoquer la psyché de plusieurs autres, comme je l'ai fait pour essayer de comprendre la réverbération en passant d'un mode individuel à un mode groupal de prise en soins des personnes démentes), car cette question première pose la question fondamentale de ce qui *relie le dément au thérapeute*. Les images de « familière étrangeté » comme celle d'un « désert », ou encore celle d'une « langue étrangère » décrites dans le travail de D.E.A., évoquaient défensivement la difficulté à être confronté à une psyché qui se perd, qui se délite. Cette question de l'impuissance à aider l'autre à sortir de sa souffrance nous touche d'abord à un niveau narcissique plutôt qu'au niveau d'un commerce objectal.

Alors, revenir sur cette notion de réverbération est une façon d'essayer de trouver une voie d'accès à la compréhension de la souffrance du sujet dément, en passant par ce qui touche le thérapeute au niveau narcissique, étant entendu que ce *rapprochement psychique* nous *touche* davantage à un *niveau narcissique* (par crainte de l'effacement de la figure de l'humain, du semblable) plutôt que dans un registre de commerce objectal :

Réverbération ça fait penser à *spécularité, miroir, double, jumeau imaginaire, réflexion.... Prisme, narcissisme, estime de soi, image de soi, psyché, transmission, contagion, sensation, éprouvés, perception, aperception, représentation, langage, reproduction, imitation, mimétisme, identification, identité, apprentissage, répétition, dégénérescence, dégénération, conduite, comportement, réaction, adaptation, ressemblance, différence, effacement, familière-étrangeté...* Réverbération comme quelque chose qui se joue dans la relation de type transférentielle, avec un écueil majeur qui serait d'être exclusivement le modèle à copier pour le sujet devenu dément.

1.1.13 Interrogation sur le dispositif d'aide

Le passage à une modalité groupale de prise en charge représente d'abord une aide pour le thérapeute en terme de changement de dispositif, de cadre, de symbolisation. Partir des modalités contre-transférentielles de la pratique clinique, en commençant par analyser le changement de dispositif, est aussi une manière de montrer que le thérapeute doit survivre à l'expérience d'une psyché qui se perd (psycholyse), et également que le patient fasse l'expérience que le thérapeute n'est pas détruit par sa propre « destruction » Sommes-nous dans le «détruit-troué» de R. Roussillon (1985) complétant le «troué-crée» winicottien ou dans un *détruit-troué* spécifique de la démence ?

La question à laquelle nous étions arrivés dans le travail de D.E.A. concerne les liens groupe-individu dans les groupes thérapeutiques à médiation, et plus précisément comment cette pratique pourrait-elle enrichir la question théorique du groupe et la psychothérapie de groupe ? Et encore comment le moi-groupal (groupe interne) du thérapeute et du dément interviennent dans le processus groupal ?

L'idée d'une *bobine de groupe* (un *for-da groupal* par analogie avec l'observation du jeu de la bobine, de S. Freud) viendrait peut-être répondre de façon théorisée aux difficultés rencontrées dans la pratique groupale du fait de la présence d'appareils psychiques individuels « endommagés » par la maladie ? Ou bien une bobine de groupe, comme groupe de base à retrouver, comme voie régressive vers un appareil psychique familial ? Cela amène à des questionnements sur le préverbal, l'archaïque, et sur la régression comme accompagnement psychothérapique ? (régression comme dimension positive réparatrice).

La question première sur la réverbération interroge le système d'oppositiondifférence-ressemblance qui semble être un système majeur des représentations du lien dans la démence, dans la mesure où le sujet s'appuie sur le registre perceptif. La recherche sur la création de liens/création de Soi, dans la démence, s'inscrit dans la thématique de la liaison-déliation des processus intersubjectifs.

1.1.14 Un chez-soi dans la démence

Le titre de ce chapitre «*le chez-soi dans la démence*» est la métaphore de l'image de soi, du sentiment d'intériorité, du sentiment *d'habiter son espace interne*. Si la notion de groupe apparaît ici moins centrale que dans le travail précédent (D.E.A.), c'est parce que le groupe n'est peut-être qu'une modalité d'approche thérapeutique, comme relais temporaire à une reprise possible du suivi individuel ? L'essentiel se situe du côté de la *qualité de la relation psychothérapeutique*, ainsi que dans la *capacité de relance du processus associatif*, et en ce sens on rejoint les mêmes préoccupations que pour d'autres formes de psychothérapies appliquées à d'autres pathologies.

Du point de vue de la recherche, le groupe est le lieu de connaissance de la formation et de la structuration du lien, de ce qui se passe entre les personnes et la démence sous l'angle de la déstructuration psychique peut éclairer les différentes stratifications nécessaires à l'individuation.

La thématique de la liaison/déliation marquée par l'axe de la *séparation*, de l'*absence* et de la *représentation*, a valeur d'interrogation universelle, car chacun de nous est confronté répétitivement aux expériences de séparation physique et psychique. Dans l'exercice de nos professions soignantes, nous exerçons aussi un travail de séparation.

Mais, c'est d'abord un besoin d'accordage ; le patient nous montre la voie : d'abord 2 par 2, puis dans un groupe. C'est aussi soutenir qu'il y a du possible dans la mise en place des thérapies pour les sujets déments. Ce travail de raccordage signifiait alors, pour moi, un immense besoin de repères à partir de la question première : qu'est ce qui relie le dément au thérapeute ? Comment le dément nous perçoit-il ? Comment maintenir une relation de type psychothérapeutique sans risque d'être dans un pouvoir décisionnaire avec le patient dément, c'est-à-dire en évitant de devenir un *modèle à copier* ? « Démence », une conception plus proche de nous quand l'autre nous tend un *miroir* de nous-mêmes. L'approche par l'abord du *contre-transfert* est issue de cette question sur la *réverbération*.

Dans la pratique, il est important que le thérapeute survive à cette expérience, de la confrontation à une psyché qui se perd, qui se délite. A l'image de ce que décrit et analyse D.W. Winnicott (1971) sur le cas de « la petite Piggie », il est important que le patient fasse l'expérience que le thérapeute n'est pas détruit par sa destruction. La difficulté même d'un suivi individuel au long cours, au-delà de la perte progressive de la notion de *permanence de l'objet*, met l'accent sur *l'espace privé* de cette relation : le dément aurait-il peur de cet intime ? La *peur de l'intime* correspond-elle à l'effondrement d'un espace privé, d'un chez-soi, c'est-à-dire un Soi insuffisamment constitué et qui serait à *l'origine des démences de défense* ?

1.1.15 Séparation et travail d'individuation

L'individuation, comme processus inéluctablement interrogé lors de la crise de la vieillesse, c'est-à-dire au moment de *tourner une page* (faire un travail de deuil), viendrait réactiver les précédentes élaborations du processus individuation/ séparation. Dans la démence de défense, le sujet serait confronté alors à un *détruit/troué* narcissique plutôt qu'à un « détruit/troué » retrouvé parce qu'insuffisamment cicatrisé, solidifié, au cours du temps et des différents deuils du sujet. A l'origine, s'agit-il d'un processus de

différenciation et de séparation mal réalisé ?

Est-ce en lien avec les contre-attitudes des soignants qui ont le sentiment de ne plus exister dès qu'ils sont *perdus de vue* par les déments ? (ressemblance avec le jeu de l'apparu/disparu ?). Est-ce en lien avec l'ébauche d'un travail de différenciation individuelle (Moi-non/Moi) observée dans les groupes, c'est-à-dire grâce au support et à la présence de la psyché d'un autre ? Serait-ce un *détruit-troué* à l'origine de la structuration psychique dans le sens d'une confusion entre l'expérience psychique de la destructivité (symbolique) et celle de la destruction réelle ? Du point de vue de la mémoire, on peut s'appuyer sur les différents travaux concernant le développement de l'enfant qui montrent que la mémoire se crée aussi en présence de quelqu'un. Nous pouvons faire l'hypothèse que la *mémoire revient également en présence de quelqu'un* ; l'absence de la psyché d'un autre (non constitué comme objet interne) serait ici comparable à ce que A. Green traite dans la question du complexe de la « mère morte ».

La maladie du lien dans la démence relancerait la question de la *maladie du lien passé* en réactivant/répétant l'impossible séparation ; un peu à l'*image* du bébé mort des suites d'une mort subite du nourrisson, la démence constituerait-elle une sorte de *mort subite* de l'adulte ? L'idée d'une mort psychique subite à l'image de neurones qui se suicideraient ? : Point commun entre les deux : l'incapacité à survivre en dehors de la *présence de la psyché d'un autre ou de plus d'un autre*. La démence nous interroge sur la création de Soi dans la création du lien.

1.1.16 Expériences du travail dans les groupes

L'expérience des groupes thérapeutiques à médiation auprès de personnes atteintes de démence interroge et *enrichit la question même du groupe* et de la *groupalité* (externe et interne). Dans ce travail, quelle est la place de la groupalité ? quels sont les bénéfices pour le patient et pour le groupe ? sur quels mode les déments s'apparient-ils entre eux ? Le groupe représente un lieu et un *espace psychique*, contrairement au groupement dans les lieux de vie qui est un *espace géographique partagé*. Le groupe constituant alors un outil, une méthode d'observation et d'analyse des productions psychiques des participants. Le groupe est, rappelons-le ici, un outil confirmé d'analyses sur lesquelles nous pouvons nous appuyer.

Mais le travail dans les groupes nous a amenés à un certain nombre d'observables et à un travail de généralisation (travail de D.E.A.) qui mettent en évidence les mécanismes de défense dans la démence (démence de défense), et qui pourraient nous donner accès à la personnalité et au noyau névrotique de cette pathologie.

1.1.17 Découverte de la réalité psychique du sujet dément

C'est donc un recentrage vers les processus psychiques, vers la réalité psychique dans la démence et dans ses liens («la psyché est étendue, mais elle ne le sait pas...», selon S. Freud) qui est l'objet de ce travail. La réflexion à partir de la pratique m'a également amené à considérer les limites du groupe thérapeutique à médiation : le groupe est une étape nécessaire, un relais, un dispositif d'étayage à la reprise de la question de la représentation de Soi. Ce qui conduit à l'hypothèse d'un appareil psychique groupal, non

dément, qui sollicite la psyché individuelle autrement et qui permet une image de Soi différente. On peut faire l'hypothèse que si la représentation dans le groupe évolue, alors le contexte évolue et la demande peut également évoluer. Le groupe proposant des représentations moins traumatisantes, car faisant appel d'emblée au registre de la régression (position auto-calmante) et pouvant servir d'espace de rêverie dans le sens de quelque chose de structurant à travers un imaginaire de groupe.

Le groupe représentant aussi la possibilité que se constitue un espace transitionnel ou au moins l'ébauche d'une différenciation Moi/non-Moi, avec une possibilité du renforcement des objets internes. Il s'agit essentiellement de rétablir des «contenants de pensée» (B. Gibello, 1994) et le groupe se prête comme « holding psychique », en prêtant sa psyché groupale, et en particulier pour lutter contre les bombardements « radioactifs » (effets container) qui rappellent les éléments bêta (W.R. Bion, 1962) liés à la déliaison des affects et projetés sur le thérapeute. C'est ce que j'appelle l'*effet prisme* (cf. schéma en annexes).

Mais, dans ce type de groupe se jouent essentiellement des rapports de *ressemblance*, certes nécessaire au travail sur la représentation de Soi, mais qui limite la puissance potentielle de la psychothérapie de groupe, pour permettre un réel travail de différenciation individuelle en terme de capacité d'être seul en présence de l'autre. La relance d'une *bobine de groupe* serait une perspective pour traiter la question d'un appareil psychique individuel « endommagé », en étayage sur un appareil groupal externe et interne non dément. En somme, il s'agirait de retrouver (au sens de retrouvailles) les bases narcissiques constituées à l'origine par l'appareil psychique familial (A. Ruffiot, 1981), en étayage sur l'appareil psychique du groupe.

1.2 Hypothèses

La clinique avec les personnes démentes m'a conduit à mettre en place des groupes à médiation pour les accompagner dans l'évolution de leur maladie. J'ai ensuite interrogé l'outil groupe comme outil méthodologique pour les déments. La nécessité d'un travail de modélisation est née des interrogations de cette pratique clinique :

- Quels sont les bénéfices pour le dément et pour le groupe ?
- Qu'en est-il du rapport du dément à lui-même ?
- Cette dernière question renvoie aux éléments antérieurs de la personnalité en terme de maturation psychique et à l'expérience propre au vieillissement, c'est-à-dire le sens, la question de la temporalité et de la finitude.

Mon hypothèse principale repose sur l'idée d'une intériorisation insuffisante du miroir maternel, dans la démence de défense, qui entraîne une recherche incessante et répétitive d'un chez soi insuffisamment constitué, lié à une non permanence de soi. Le travail de réverbération nécessaire et constructeur de la représentation de soi passe par les échanges émotionnels, affectifs, interactifs, représentatifs transmis ou insuffisamment intégrés qui permettent que le chez soi se différencie progressivement.

Le « travail du vieillir » vient réactiver/ré-interroger la qualité du chez soi

antérieurement constitué. Dans la psyché du sujet diagnostiqué dément, une non permanence de soi, une non permanence de l'objet viendrait réactiver un détruit/troué et non pas un trouvé/crée pour emprunter la comparaison à D.W. Winnicott. Il se produirait alors un effet dévastateur, auto-destructeur, propre à produire une démence de défense. Cette pathologie du sujet âgé serait le produit de la perte de la continuité et de la permanence de soi, garant des assises narcissiques nécessaires pour « dépasser » la crise du vieillissement.

Je dirai que la médiation du miroir n'a pas fonctionné à une ou plusieurs des expériences successives (rapport aux miroirs), fixant la réverbération du côté d'une confusion entre disparition réelle et réapparition fictive chez la personne âgée démente (*objet là / pas là*). En référence à la « capacité d'être seul » et à la construction intersubjective de la mémoire, je fais également l'hypothèse que *la mémoire revient en présence de quelqu'un*. Le statut psychique de ce « quelqu'un » est d'être investi d'une fonction d'écoute maternelle (cf. correspondance avec R. Kaës).

Pour essayer de développer ces questions dans le cadre de la psychogérontologie clinique, nous avons besoin de faire émerger des concepts d'une seconde génération :

- réverbération
- détruit-troué
- métaphores du sensoriel

L'observation clinique montre à la fois des symptômes comparables d'une personne à l'autre, mais également une « involution » colorée par des mécanismes de défense. Ces derniers, de type névrotique selon la plupart des auteurs, ont été étudiés plus particulièrement dans le cadre des intrications dépression-démence. La valeur défensive se situe autour de la problématique de la perte, de la séparation et du manque.

L'appareil psychique n'est pas conçu dans une perspective « mécaniste », mais plutôt comme le lieu psychique de l'analyse. La dimension topique décrit des instances (première et deuxième topique) entre lesquelles des conflits naissent chaque fois qu'une réalité externe ou interne s'oppose à la réalisation d'un désir. La vie elle-même est faite de déséquilibres répétés, c'est-à-dire de mouvements incessants : c'est l'aspect dynamique. En ce sens, les conflits n'ont pas d'âge et durent autant que dure la vie. La nature de ces conflits est sans doute la même, mais le niveau d'organisation se modifie. Ainsi, on parle de niveau névrotique et également de niveau archaïque par exemple, ou de régression névrotique quand l'appareil psychique cherche des issues à la souffrance. La régression, quelquefois massive, peut faire penser à un état psychotique devant le refus de contact, l'indifférence au monde extérieur, des propos quasi-délirants ou hallucinatoires. L'observation lors des entretiens, aidés des éléments fournis par l'entourage, montre que le sujet n'a jamais été psychotique. Mais la régression entraîne l'utilisation de défense archaïque pour lutter contre l'angoisse de mort. Si les mécanismes de défense ne sont pas interprétés comme tels, le risque est celui de la mise en place d'une pseudo-démence avec tous les symptômes de la démence, qui à terme aura des conséquences aussi redoutables dans un cas comme dans l'autre.

Le point de vue économique s'intéresse aux mouvements des investissements, à leur

solidité dans le temps. L'ensemble psychique règle la circulation des échanges entre la vie pulsionnelle et la réalité extérieure. Nous parlons de commerce libidinal, affectif, où la personne est à la fois sujet et objet d'amour. Ce commerce se traduit par deux lignées : un commerce objectal, d'investissement des autres (objet d'amour) comme personne, valeur, positionnement, statut ; et un commerce narcissique avec notre propre personne qui permet de maintenir en soi un « capital » d'estime de soi, capacité de se réinvestir soi-même. Ce sentiment de soi, d'estime de soi, centré principalement sur le Moi en lien avec le Soi, l'Idéal du Moi, le Moi Idéal. Le Moi du sujet vieillissant est confronté à une réorganisation pour trouver un nouvel équilibre, car l'estime de soi ne peut plus se fonder sur des performances qui appartiennent au passé. Or, le sentiment de soi, l'identité de soi est ré-interrogée dans leur confrontation au vieillissement. Les personnes au narcissisme fragile sont les plus vulnérables. Cette vulnérabilité pousse à des positions de repli, de régression qui permettent une protection, une mise à l'abri mais où la personne ne retrouve plus les moyens, seule, de rétablir une position antérieure. La perte ne peut être supportée/contenue si la capacité à retrouver une image de soi positive n'est pas possible.

La capacité à « faire » des deuils, dépend de la maturité psychique du sujet ainsi que de la qualité et de la quantité d'investissement perdu. L'investissement dans le commerce objectal est de plus en plus difficile, du fait des pertes d'objet qui nécessitent un travail de deuil pour se séparer de l'objet perdu. Parallèlement, il y a moins d'objets valorisants à investir et moins de statut étayant et rassurant. C'est un travail incontournable de désinvestissement et d'investissement, et la hiérarchie de ce qui est important pour la personne âgée est sans doute différente de celle de l'adulte. Dans la capacité à faire des deuils, il est également très difficile de savoir la qualité que la personne a mise dans un objet ; une « petite perte » peut provoquer une catastrophe.

Du point de vue du commerce narcissique, vieillir c'est d'abord faire le constat que le corps nous trahit, nous persécute. Le vieillissement impose un challenge narcissique et représente une période de vulnérabilité. Nous sommes là dans le champ des blessures narcissiques qui se conjuguent avec la nécessité de maintenir une identité de soi.

Cette théorie de l'appareil psychique, développée par S. Freud, permet de rendre compte et de distinguer une perte d'objet ou une blessure narcissique du sujet. Pour simplifier, nous nous intéressons au devenir du Moi du sujet, simultanément sujet et objet d'amour dans les échanges avec les autres. Le Moi est ainsi dans la nécessaire réorganisation actuelle sur la base des réorganisations antérieures, mais avec les capacités actuelles.

La démence comme maladie du lien, renvoie à l'idée que le lien est par définition quelque chose de psychique unissant un affect à une représentation. La déliaison observée serait le signe de l'échec de ce travail psychique. Plus précisément, sur le plan narcissique, la réverbération comme équivalent de la création d'un double, n'a pas pu se construire au cours d'un long processus, et n'a pas pu produire l'identification de soi.

L'idée d'un double évoque d'emblée la notion de miroir, de stade du miroir (J. Lacan, 1966) comme un des aspects de la construction de l'appareil psychique qui permet la différenciation, la distance entre soi et l'autre. Ce processus de changement s'opère sur

une durée plus ou longue du fait de l'état de dépendance inhérent à notre condition humaine. Pour D.W. Winnicott, la «capacité d'être seul» (en présence de l'autre) est un des signes essentiels de la sécurité intérieure nécessaire à une maturité affective réussie. Ce n'est que lorsque l'objet est suffisamment intériorisé dans le Moi que l'enfant peut effectivement être seul, sans avoir besoin de la présence physique de l'autre.

La notion de *réverbération*, née de la rencontre avec ces personnes démentes, vient signifier un travail de raccord mal fait entre le perçu et le représenté, car malsymbolisé. Le paradoxe, dans la clinique, est lié à la difficulté à se constituer comme le miroir interne du patient, qui se superpose à l'idée de devoir être, en *même temps* son « Moi-auxiliaire », son double extérieur.

Le moment d'entrée dans la démence pourrait être considéré comme une décompensation tardive autant que comme interrogation sur la valeur défensive et maturative de la dernière étape de la vie. Cette question du double n'a peut-être pas été suffisamment prise en compte dans le rôle structurant de la psyché infantile. Cette interrogation s'inscrit sans doute davantage dans un mouvement dialectique plutôt que dans un développement chronologique. D'abord parce qu'il ne s'agit pas seulement d'interactions, mais d'interactions entre l'enfant et sa mère et d'un travail d'anticipation/de création de la part de la fonction maternelle. Pour cela, la fonction maternelle passe d'une fonction contenant (enveloppe, contenant, pare-excitation) à une fonction de contenu (intériorisation de la fonction maternelle comme objet interne sécurisant). En d'autres termes, dans un premier temps, c'est la présence de l'objet primaire qui est nécessaire, alors que dans un second temps, grâce à ce fond de présence, c'est l'absence de l'objet maternel qui va devoir être symbolisé. Le premier double, comme double visuel en quelque sorte, est une étape entre le Moi et le non-Moi, entre la mère et le Moi. Ce double visuel est déjà présent chez un auteur comme H. Wallon (1942) qui parle de deux espaces non superposables d'emblée : l'espace subjectif de la présence corporelle et l'espace objectif de la perception visuelle. Celui-ci doit se soutenir d'un double sonore à partir du moment où l'enfant est nommé par son nom.

Le concept de miroir, de double, renvoie au stade du miroir décrit par J. Lacan, comme phase du développement de l'enfant entre 6 et 18 mois, et qui marque selon cet auteur, un moment génétique fondamental : la constitution de la première ébauche du Moi : «[...] précédant la maîtrise de la marche, la maturation de la perception visuelle permet au sujet l'anticipation imaginaire, faute de maturité motrice, de son entité corporelle. L'enfant perçoit alors dans le miroir la forme du semblable [...] l'imgo du double». Le concept du miroir renvoie également au complexe de castration (tu es ceci, tu n'es pas cela) qui intègre l'image vue à la parole entendue. Beaucoup plus tôt S. Freud avait observé le rapport de l'enfant au miroir avec le «jeu de la bobine». Le rapport de l'enfant au miroir est un long processus, une série d'expériences successives qui constituent une sorte de stratification pour la structuration de l'être humain.

Le concept de double est un concept paradoxal puisqu'il renvoie à la fois au même (au pareil) et à l'autre (au différent). Le double pour l'appareil psychique est aussi un organisateur qui survient lorsque la discontinuité psychique apparaît (manque, séparation, perte, coupure). Le stade du miroir, désigné ainsi par son auteur, est plutôt une rencontre où se nouent plusieurs dimensions et stratification. Ce thème du double se retrouve au

niveau individuel et au niveau groupal, mais également dans les dimensions du corps, de l'image de soi et de la reconnaissance par l'autre.

Dans la question de la *démence de défense*, j'entends ici le double comme préfigurant le double interne, plus dans le vécu que dans le langage, comme un substitut interne de l'autre « pas là », visant à maintenir une certaine continuité dans le temps et dans l'espace. Ce double premier, en lien avec le narcissisme primaire et avec l'image inconsciente du corps, serait mal représenté. Mal représenté signifie, ici, que ce double est resté à l'état d'éprouvé muet, non parlant, si on peut dire. Cela est proche de ce que dit S. Freud du « moi corporel » qui donne un sentiment de continuité très tôt à l'enfant, avant même le stade du miroir de J. Lacan. Encore faut-il que dans la réalité, la fonction maternelle soit un miroir parlant pour que le double prenne tout son sens. Nous rejoignons ici la conception de D.W. Winnicott (1971) pour qui la mère est le miroir de l'enfant. D. Anzieu (1985) montre qu'il existe plus précocement que le visage de la mère, un miroir sonore en « peau auditivo-phonique » qui va avoir un rôle essentiel pour l'appareil psychique, dans sa capacité de signifier et de symboliser. Si ce double manque à se constituer, cela signifie une perte de symbolisation possible par accès insuffisant au symbolique.

Des objets internes existent, mais pour certains ils restent à l'état « clivé », car non suffisamment constitués. Le sujet est alors confronté à une incapacité à représenter l'absence ou le manque avec la question de la mort qui apparaît. Projection des pulsions archaïques, miroir du monde interne qui rejoint la pulsion de mort et/ou projection dans les pulsions archaïques qui rejouent la question d'un narcissisme individuel/familial, d'un appareil psychique familial comme double comme miroir ? Archaïque comme corps, comme transfert sur le corps/recherche d'un double de soi devenu inefficace ?

Cette *reconstruction du chez soi* (manque de soi qui confirme l'importance du Soi), dans le cadre psychothérapique, se fait à partir du système perception-conscience. La représentation de Soi passe par le système perception-conscience. (pôle perceptivo-moteur, selon M. Perruchon, 1994). Ce système serait le lieu de l'expérience de la fonction « copie » (je m'appuie sur l'autre) et comme condition première de la formation du Soi et de création des processus de *transformation des perceptions en représentations*. Le blocage de ces processus de transformation entraînerait une non-représentation de la permanence de Soi, avec son corollaire l'incapacité de se représenter l'absence.

Nous supposons que le sujet dément parle « comme il nous perçoit », et l'interlocuteur devient lui-même également objet d'observation. *Le processus régressif* de la démence fait que le sujet s'appuie sur le *registre du perçu* au dedans de soi et au dehors (interne et externe). Chez le sujet dément la *polarité perceptive* s'accroît au fur et à mesure que la *polarité représentative* s'amenuise (idée développée par G. Le Gouès lors du travail d'écoute de l'écoute). Mais en tant que sujet, il vit avec les *capacités actuelles* de sa personnalité antérieure ; ce qui suppose d'évaluer le noyau névrotique restant et savoir ce qu'il peut en faire dans sa situation présente.

Dans la sensibilité des travaux de M. Perruchon (1994) ou encore de C. Montani (1993), qui étudient la démence comme « modèle expérimental de la démentalisation »

avec le regard de la métapsychologie, ma démarche a un point de départ *contre-transférentiel* par rapport au sujet dément en proie au déficit d'affects, d'investissement et de capacité de s'occuper de soi. Le thérapeute se présente également comme « objet malléable », en fournissant un modèle de l'autre semblable, ou encore comme image inconsciente du double perdu ?

Dans ce suivi au long cours des personnes démentes, nous sommes confrontés à une clinique de l'archaïque ; le processus régressif de la démence semble être d'abord un *processus auto-calmant* avant d'être dans le groupe une *dimension positive réparatrice*. La quête du double se prolonge dans la construction théorique proposée d'une *bobine de groupe* sur le mode du narcissisme familial, le groupe servant de médiation/miroir pour la psyché individuelle démente. La représentation de l'absence et/ou du manque insuffisamment élaborée vient confirmer le besoin d'étayage sur une bobine de groupe. L'autre idée proposée s'appuie sur l'image du *prisme optique* pour éclairer ce qui se joue dans le travail des groupes thérapeutiques.

L'idée de la *bobine de groupe* est référée au jeu de la bobine de S. Freud, comme une des expériences du miroir chez l'enfant, mais aussi en référence à la notion de bobine électromagnétique du *transformateur*. Le passage de *l'individuel au groupal est comparable au passage du transformateur primaire au secondaire ; dans la bobine primaire, il existe une tension induite due aux différentes spires entourant la bobine et dans la bobine secondaire (groupale) il y a une captation de l'énergie électromagnétique de la primaire qui va permettre la fabrication du courant électrique*.

L'idée du *prisme* est comparable à la transformation dans la théorie de W.R Bion, des éléments bêta en éléments alpha et également l'idée de prisme renvoie à la *notion non pas d'une image dans le miroir mais de plusieurs images, multiples, entrecroisées, feuilletées, et en mouvement permanent qui sont utilisées pour contenir le retour du double auto-destructeur, « démentificateur » lié à la pulsion de mort*.

C'est le cadre psychothérapique qui est le lieu d'élaboration et de transformation de ce qui se joue au niveau psychique. Cadre/groupe comme médiation/miroirs, instruments de réflexion/réverbération pour faire disparaître et ré-apparaître l'objet sans danger par rapport à la violence ou par rapport à la pulsion de mort.

Le groupe est un outil de prise en soins qui permet d'interroger l'outil dans le rapport du sujet à soi et aux autres. En somme, un double mouvement commun de recherche d'une identité de perception (comment nous regarde le dément, comment sortir d'une situation duelle aveuglante et comment aider le dément à passer du perçu au représenté ayant valeur potentielle de changement ?).

1.3 Méthodologie

Ces questions de double, de réverbération, de narcissisme, interrogent les interactions, les relations entre les personnes, les situations d'observation de ces interactions, dans le but d'organiser un contexte d'observation qui, dans la pratique clinique, est lié au projet de soins.

C'est d'abord faire le pari de la *persistance de la vie psychique* pour pouvoir accueillir

une *demande*, pour que cette demande ne tombe pas dans un vide « transactionnel ». Le terme de démente de défense qui serait proche de l'idée d'une démente relationnelle interroge et fait peur : comme si une dysharmonie relationnelle pouvait être, à elle seule, capable de provoquer un état démentiel ! Cette idée pourrait également prêter à confusion : ce qui n'est pas explicité par les définitions médicales, qui portent essentiellement sur le cognitif et l'instrumental, ne relève pas pour autant d'une seule dysharmonie relationnelle. D'ailleurs le terme inventé par G. Le Gouès de psycholyse (1991) vise à rendre compte de l'état de déconstruction de l'appareil psychique, et non d'une causalité. Mais il s'agit pour moi, ici, davantage une quête du sens, de la signification, plutôt qu'une recherche de la cause en tant que telle.

1.3.1 La méthodologie clinique de recherche

La méthodologie utilisée est la méthodologie clinique, à partir des groupes thérapeutiques à médiation, depuis 1991 à 1997, à raison d'une séance par semaine, et également à partir de suivis individuels de sujets âgés, diagnostiqués « déments type Alzheimer », depuis 1991 jusqu'à 1999. L'entretien clinique, l'évaluation psychologique et la psychothérapie sont inscrits dans la pratique du psychologue clinicien. Dans ce type de recherche sur la psychothérapie du sujet âgé dément, cela commence par la description clinique et globale des données issues de la pratique, puis dans un second temps, j'ai essayé d'affiner le niveau d'observation (cf. D.E.A. 1996, intitulé « les espaces de cohérence dans la prise en soins de personnes atteintes de démente » et centré sur la mise en place d'une réflexion méthodologique à partir de mon expérience des groupes thérapeutiques à médiation), pour dans un troisième temps jeter les bases d'un document initial pour la recherche, objet du travail actuel. C'est dire également combien tout travail clinique suppose à mon sens un travail de recherche.

Plus précisément, c'est la prise en compte de la signification potentielle des comportements observés qui oriente ma démarche. Notamment parce qu'elle a la volonté ou la prétention de partir du contre-transfert du chercheur, et la question des possibilités ou non de parler de psychothérapie d'un sujet dément ne peut pas éveiller un froid intérêt scientifique. C'est aussi bien sûr une difficulté, mais d'abord un moyen d'accès et un instrument pour connaître la vie psychique du sujet observé. *La présence d'un observateur (stagiaire psychologue) et la prise de notes la plus fidèle possible des mots des patients sont le garant d'une démarche rigoureuse et simple en différenciant mes interprétations des dires du patient.*

Les effets de projection en terme de réverbération ont été pris en compte et atténués par les conditions du dispositif clinique, à savoir un dispositif de groupe. Ce changement de dispositif (passage du face à face à une modalité groupale) correspond à la prise en compte des effets de la pathologie démentielle et du contact prolongé avec ces patients.

Mais, partir de la position contre-transférentielle dans la prise en soins d'un dément, me paraît également nécessaire en ce sens que le mouvement transférentiel donne un « mélange » (de deux positions) entre l'histoire du sujet (à partir des lambeaux de souvenirs) et l'adresse au psychothérapeute (tourné vers les productions mentales du sujet et vers la relance de la pensée). Et c'est *dans ce mouvement*-même que l'on peut dire que la mémoire *re-vient en présence de quelqu'un*.

1.3.2 Définir la méthode en fonction de l'objet de recherche

Le repositionnement dans la relation au dément se fait par l'abord contre-transférentiel. Cette voie d'accès est aussi valable dans la relation thérapeutique au dément. J'ai centré l'objet d'étude sur l'intersubjectivité visée par l'observation clinique ; ce qui revient à dire que l'observation ne peut être qu'impliquée dans la relation, et cela à partir de l'analyse même des mouvements contre-transférentiels dans les suivis de patients atteints de démence.

La finalité de ce travail depuis la rencontre avec des patients diagnostiqués déments (depuis 1990) vise à :

- faire valoir la vie psychique du dément
- montrer que l'abord par le contre-transfert est une voie d'accès qui permet de trouver un sens possible
- montrer que le système affectif et représentatif opère également sur le processus cognitif
- montrer l'intérêt de la psychothérapie pour le sujet âgé dément en montrant que tout acte psychothérapique forme un contexte de transformation
- raccorder la clinique du sujet âgé dément à la clinique générale en psychogérontologie et psychopathologie.

C'est aussi la question de l'insertion de mon travail dans ce panorama, et plus précisément par un mode d'entrée centré sur la psychothérapie. Cette dernière est, à mon sens, le concept clé actuellement de *réunification* de toutes ces questions concernant la prise en charge des personnes démentes, dont souffre cruellement ces sujets. Lecture d'ensemble et travail d'articulation pourraient permettre de travailler sur ce tronc commun. Ce qui m'intéresse au premier plan, c'est le mode d'entrée (par quelles questions) des différents chercheurs, dans la mise en représentation de cette maladie.

Il s'agit également de proposer des liens concernant les contenus des différents types de psychothérapie (tronc commun) et pour la suite traiter de questions plus spécifiques relatives à mon approche.

1.3.3 Méthodologie comme lecture (de l') après coup

Ce travail de raccordage dans l'accompagnement psychothérapeutique, se fait entre la perception et une représentation mal faite. La relance des affects et des représentations passe par le perceptif. Le mouvement transférentiel du dément dans un cadre aménagé se réalise à partir des bribes du passé mixées à la perception interne et externe de l'environnement actuel. Cela met en évidence l'idée que le travail de conceptualisation n'est pas l'apanage des mots, mais aussi le rôle des sens et le rôle de l'environnement réel et imaginaire. D'où l'idée que l'appareil psychique se construit dans la rencontre, et c'est ce que signifie l'idée que *si le travail de la mémoire se construit en présence de quelqu'un, la mémoire re-vient aussi en présence de quelqu'un.*

La notion de *bobine de groupe*, à l'image de la bobine freudienne, indique l'idée d'une clinique basée sur la présence de l'autre et non pas sur le manque, et représente l'hypothèse, la condition même pour que la symbolisation circule : ce qui montre l'intérêt de la médiation, ou d'un climat «mayonnaise», ou encore nommé travail de *couture psychique*, ou le plaisir, le climat de confiance précèdent le travail de relance de la pensée. L'appareil psychique se construit dans la rencontre à l'autre ; et quel cadre plus adapté que l'espace et le temps du travail de psychothérapie (des mots mis sur des éprouvés) qui donne des supports (différents des réactions concrètes immédiates) relationnels, représentatifs, identificatoires, fantasmatiques, et pourquoi pas pour les déments, même si nous sommes plus dans une clinique de l'objet que du fantasme, et même si ce travail se conduit dans le présent !

Compte tenu de mon hypothèse principale qui concerne la démence de défense, et compte tenu des préalables inscrits précédemment, j'ai fait le choix de partir de mon expérience des groupes à médiation, des suivis de patients déments au long cours de 1991 à 1997, et du matériel recueilli pendant ces années *grâce à la présence d'un observateur et de prises de notes de chaque séance*. Le travail actuel est une recherche sur ce matériel. C'est un appui pour introduire le parcours méthodologique qui est une lecture portée « après coup » de ces différents comptes rendus des séances hebdomadaires. Cette lecture s'inspire de la grille d'analyse de W.R. Bion (1971).

Ce dispositif méthodologique est pensé pour constituer un lieu d'adresse possible, un *attracteur* de ce qu'adresse le patient dément au thérapeute dans le groupe, comparable à l'idée d'un «piège à penser» selon T. Nathan.

Le parcours méthodologique est développé dans le premier chapitre de la seconde partie, car il est en pleine articulation avec le mouvement transférentiel qui permet que se redéploie un certain jeu relationnel. D'autre part, la porte d'entrée dans ce travail par la question même du contre-transfert et des contre-attitudes d'une façon plus généralisable, implique la nécessaire interrogation sur la construction théorique et méthodologique du dispositif choisi. En troisième lieu, nous pouvons dire également que ce qui se joue à l'intérieur de ce dispositif, réfléchit à son tour la centration sur la place de chacun, sur l'identité de soi et sur la question centrale du narcissisme, dans ce refuge de l'oubli que représente aussi la pathologie de la démence.

La très vaste question de l'identité, en terme de permanence/changement, est au cœur de ma pratique et de l'essai de théorisation de cette pratique auprès de sujets âgés. Cela rejoint, me semble-t-il les questions de cadre et de symbolisation analysées par R. Roussillon (1995, et également les différents séminaires de 1990, 1995 à l'Université Lumière Lyon2), au sens où il redéfinit le cadre comme une théorie de la symbolisation dans la pensée psychanalytique.

Mon parcours méthodologique est un travail de mise en lien, et se présente comme la toile de fond d'un tableau mis en scène par l'idée d'un *paysage intérieur* dans le travail de groupe qui va créer les conditions d'une reprise de l'identité de soi, là où changer (la séparation comme l'acceptation des changements) peut devenir « mortifère » pour le sujet dément. Avec des patients déficitaires du point de vue des trous de la pensée et des troubles de mémoire, le travail de symbolisation de la souffrance ne peut se restreindre au

champ verbal exclusivement. Nous avons eu l'idée de proposer la métaphore du paysage intérieur par l'utilisation de la peinture, dans le cadre d'un groupe de préparation à la retraite ; nous avons également pensé proposer un travail de thérapie familiale pour « faire famille » en recréant la place de chacun par la médiation de son paysage intérieur. Le passage par le groupe comme une figuration possible de l'objet-soi, ainsi que la présence d'un thérapeute participant au travail du groupe, sont autant d'éléments perceptifs pour rendre compte du besoin de raccordage entre les différentes modalités afin de *garder le contact* et d'ouvrir l'espace d'une mise en représentation possible.

Les différentes médiations utilisées sont également des supports concrets (exemple du groupe miroir développé dans la seconde partie), pour interroger la perte et l'absence. Cette problématique identitaire dans la démence ré-interroge la question des réunions/séparations au sein du groupe familial, et du même coup nos pratiques de séparation. Les demandes urgentes, confuses, de mise en acte au lieu même de penser, donc agies en terme de décision d'institutionnalisation des sujets diagnostiqués déments, est un exemple qui ne cesse de se développer actuellement. Là encore la question de l'articulation et de la différenciation entre la réalité externe et la réalité interne est mise en faillite par la décision de placer la personne en la délogeant de sa place dans l'architecture familiale.

Ces questions se posent dans le cadre institutionnel et apparaissent dans les tentatives de penser une articulation entre le temps de vie et la prise en soins dans le même lieu, lorsqu'il s'agit de faire le projet d'espace privilégié de rencontre et d'écoute restauratrices de paroles à voix haute. Si ce travail de nature psychothérapeutique n'est pas entrepris, la souffrance du patient et de sa famille risque d'être amplifiée par la menace d'indifférenciation. Ces questions de liaison entre la réalité externe et la réalité interne sont le *reflet* des questions qui se posent dans le vieillissement. En d'autres termes, la réalité externe comme réalité objectivable et rassurante pour un temps, vient se faire l'*écho* de la réalité interne et de sa conflictualité. La mise en place d'un projet de prise en soins sous forme de petit groupe, dans le cadre institutionnel, est la création d'un espace d'étayage sécurisant, contenant, offrant la possibilité au patient de contenir à son tour les éléments angoissants, douloureux, et pour investir une relation en utilisant ses capacités actuelles.

L'utilisation des médiations vise à instaurer une aire transitionnelle de rencontre, de création de lien, mais elle n'est pas élaborée dans la perspective comportementale, rééducative, ou encore « activiste ». C'est une condition pour favoriser le travail de la pensée propre à l'économie de la démence. Cette méthodologie choisie éclaire aussi, « après-coup », le travail de restauration d'un espace de penser au sens d'un espace de tranquillité, et proche du sens que donne P. Aulagnier (1975) sur la mise en place et des conditions pour pouvoir penser, et enfin pour différencier la réalité externe et interne. L'offre de soins préexistant à la demande de soins apparaît comme l'équivalent d'une position occupée dans un rôle de double, voire d'un « complément » narcissique, que le patient peut se réapproprier dans le dispositif prévu. La déconstruction de ce dispositif permet de penser que la rupture de la relation peut entraîner des conduites régressives qui ré-interrogent la qualité de l'étayage (R. Kaës, 1979).

La notion de réverbération rend compte de cette limite à accepter de jouer le rôle

d'objet malléable voire double et selon les auteurs de manière un peu différente en terme de « Moi-auxiliaire », la question du double, de l'identité de soi, du narcissisme, dans l'abord par le contre-transfert se trouve justifiée ainsi dans la psychothérapie de la démence. Un des derniers groupes mis en place dans un esprit d'inspiration psychodramatique est un exemple de la capacité du patient à jouer un rôle, à se mettre « à la place de », mais aussi dans le travail de suivi individuel, les exemples de changement de place inaugurent des possibilités d'ouverture et de réchauffement de la relation et du travail de relance des pensées.

L'hypothèse de l'existence d'une démence de défense au sens d'une démence relationnelle, ou encore comme un refuge de l'oubli, s'inscrit comme hypothèse générale dans le cheminement théorique de différents auteurs et dans la logique de ma pratique psychothérapeutique avec les patients que j'ai rencontrés dans un cadre institutionnel ; en établissement de long séjour où la séparation familiale était agie et en hôpital de jour où les patients vivent en majorité à domicile, et où la question de la séparation psychique et physique est au centre du projet.

L'idée d'une démence de défense s'inscrit dans le débat à partir de la question beaucoup plus vaste des rapports, pouvant exister ou non, entre dépression et démence ; sous l'angle du diagnostic différentiel est apparue la notion de pseudo-démence (troubles à dominante cognitive), ou à l'inverse de début de démence sous la forme d'une dépression, remise en cause aujourd'hui (cf. chapitre 8.6.1). Outre les difficultés de critères diagnostics, encore complexes qui nécessitent une observation dans la durée, les liens possibles entre ces différentes affections posent la question de l'étiopathogénie, d'une liaison entre une symptomatologie dépressive considérée globalement d'ordre fonctionnelle et les différents types de démence appréhendées comme d'origine lésionnelle. Selon J.M. Léger (1998), « il serait possible de (l')utiliser pour comprendre les relations existant entre le vécu et les modifications des structures biologiques réintroduisant la notion de globalité de l'être humain [...] ». Les rapports de causalité entre démence et dépression continuent de se poser également en terme de continuité. L'idée apparaît aujourd'hui, d'une symptomatologie dépressive qui pourrait « faire le lit » de la démence. L'époque actuelle cherche à mettre en évidence, dans la recherche fondamentale, les aspects biologiques, en terme de « prédispositions génétiques communes », ou également à considérer les aspects dépressifs comme conséquence de la démence, ou sous la dépendance de multiples facteurs intriqués les uns aux autres. L'idée générale actuellement décrite est celle d'une symptomatologie dépressive réactionnelle à la démence. Cette idée de continuité et d'articulation, entre dépression et démence, maintient une réflexion ouverte sur la valence psychopathologique (valeur attractive ou au contraire répulsive) sur un appareil psychique sans doute remanié du fait de la détérioration cognitive.

Ce lien entre dépression et démence est important, sous l'angle d'une attitude psychothérapeutique, car il recentre sur la personne souffrante, sur la connaissance de son histoire de vie, sur l'impact éventuel des événements de vie. Ainsi, l'étude des troubles affectifs peut permettre des recoupements avec la sphère dementielle. Ce qui est plus essentiel encore concerne la question du sens, de la signification des troubles pour le patient et pour son entourage, et leur rôle dans les activités psychiques. Il est alors

concevable de chercher les liens existant entre les réactions dépressives et les éléments de la personnalité du patient, ainsi que les attitudes de l'entourage et les événements à caractères traumatiques éventuels.

Mes observations m'ont conduit à retenir quelques aspects spécifiques qui viennent alimenter la réflexion. En premier lieu, il s'agit de la notion d'anosognosie décrite en neurologie, concernant les patients déments, et qui pourrait avoir une fonction protectrice vis-à-vis de l'évolution vers une démence. Certains auteurs (L. Ploton, 1991 ; G. Le Gouès, 1991 ; C. Montani, 1993) ont proposé l'idée de la démence comme dernier rempart contre la dépression, voire comme une affection psychosomatique (M. Grosclaude, 1991). En second lieu, nous pouvons remarquer la présence de symptômes délirants et l'existence de conduites suicidaires chez certains patients. Ces conduites me paraissent devoir être mises en lien avec une authentique dépression ; ce qui pose la question du lien entre la perception du degré de déficit et l'intensité de l'affect dépressif. En troisième lieu, le contexte du sujet vieillissant impose sans doute à lui seul des remaniements psychiques, un travail continu d'identification qui, s'il échoue peut conduire à une véritable dépression.

Dans la psychothérapie de la démence, nous sommes confrontés à une clinique de la régression. L'accompagnement dans ce registre régressif est dans la dimension positivement comprise de ce niveau plus archaïque, au sens de la perte progressive de soi (de la perte d'objet à la perte de soi ?), et au sens plus général selon les différents auteurs de démentalisation, de déconstruction, de démentification. Est-il alors possible de concevoir l'idée d'un travail de re-mentalisation, en particulier grâce à un travail par la dépression ? Autrement dit, existe-t-il une certaine réversibilité possible dans le sens que donne M. Grosclaude (1987).en parlant d'un sujet «perdu/retrouvable».

Dans cette approche, la dépression agit-elle comme une trame commune ? La métaphore apportée par G. Le Gouès et reprise par d'autres en terme de « démence chaude ou froide » ou de « démence riche ou pauvre » va dans ce sens et permet ainsi de préciser les rapports entre dépression et démence.

Le dispositif méthodologique rend compte de l'engagement du psychothérapeute dans une visée de liaison/restitution au patient, et dans le but de soulager son Moi souffrant. Cet engagement du psychothérapeute précède, à mon sens, l'engagement du patient dément dans cette rencontre qui modifie également la représentation que nous pouvons avoir de la personne démente, en terme d'expériences subjectives pour le patient comme pour le psychothérapeute.

Dans cette perspective méthodologique d'un « après-coup », les rapports entre démence et dépression sont dépendants de modèles conceptuels du fonctionnement psychique. La première partie traite en effet de trois champs concernés par la démence, mais dans un rapport dit symptomatique. Le modèle neurologique et les modèles qui s'y apparentent considèrent la dépression comme résultante de la démence dans la mesure où l'appareil cognitif se détériore. Dans la perspective d'un modèle relationnel, dynamique, la démence pourrait apparaître comme le conséquence de la dépression.

Dans cet ordre d'idées, l'altération des fonctions de relation entraîne une dépression qui elle-même risque d'entraîner en cascade le blocage des autres fonctions ; d'abord au

niveau narcissique, puis au niveau cognitif, enfin dans un registre social. Ce point de vue met en évidence l'intersubjectivité des fonctions psychiques de relation sur la base d'une dépendance psychique à l'autre. Le groupe apparaît comme le lieu de formation de ce lien primaire de relation. De cette matrice relationnelle va naître et se complexifier des positions opposées entre l'individuel et le groupal, des conflits à partir de ces différents jeux de liaison et de dé-liaison.

1.4 Référents théoriques

Du point de vue théorique et conceptuel, mes références sont celles de la psychanalyse, de la psychopathologie, de la psychogérontologie clinique, et de la neuropsychologie pour ce qui concerne l'approche cognitive de cette maladie. Mes abords s'inscrivent dans des outillages et des référentiels théoriques psychanalytiques aux origines multiples : S. Freud, J. Lacan, D.W. Winnicott.

Les thématiques actuelles, après reprise du travail de D.E.A., concernent d'une façon générale la question de la liaison et de la déliaison, du lien intersubjectif et sa constitution dans les petits groupes. C'est dans ce contexte que j'ai renversé ma problématique de départ, qui n'est plus de montrer l'intérêt des groupes thérapeutiques à médiation pour les sujets déments, mais de chercher en quoi la clinique de la démence peut enrichir la question même du groupe, du groupement, de la groupalité. L'orientation est également celle de la psychothérapie individuelle et/ou groupale de ces patients, dans la mesure où l'analyse d'une demande d'aide relève davantage d'un projet et d'un accompagnement, plutôt que d'une indication au sens strict. En ce sens, l'évaluation n'a de sens que si une prise en soins est proposée. Les concepts en jeu sont ceux de la psychologie clinique, comme la question des identifications (dans le groupe, dans le travail de psychothérapie), la question du contre-transfert, celle des mécanismes de défense chez la personne âgée, celle de la groupalité psychique, celle de la régression comme base du travail d'accompagnement psychothérapique, celle de la perception-conscience (à partir de S. Freud) et celle du narcissisme.

La notion de Soi sera plutôt abordée comme méthode d'approche de la réalité psychique et non comme concept (d'où la double écriture «Soi» et «soi»). La référence théorique concerne le système perception-conscience, c'est-à-dire en référence à la première topique freudienne, et relative au processus primaire en terme d'identité de perception. Le Soi est, ici, abordé comme transition, moyen de passage vers la seconde topique, c'est-à-dire du Soi vers le Moi en terme d'identité de pensée (de l'identité de perception à l'identité de pensée).

Ma contribution entend se situer dans le panorama plus général de la psychothérapie du sujet âgé, des effets sur l'environnement familial et de façon plus spécifique sur la construction du lien « individu-groupe », en supposant que la pathologie de la démence peut enrichir notre connaissance et notre conceptualisation de la groupalité, externe et interne, et dans la constitution et la structuration de l'appareil psychique. La connaissance de la démence et de ses modes de traitement nécessite un travail pluridisciplinaire dans le but de parvenir à des *articulations*, un travail de liaison dont souffre cruellement le sujet dément.

Lecture d'ensemble et travail d'articulation pourraient permettre de travailler sur ce *tronc commun*, ce qui nécessite dans une première partie un état de la question en mettant en évidence trois champs symptomatiques :

- le champ neurologique
- le champ cognitif
- le champ psychopathologique

Dans une seconde partie, notre dispositif méthodologique de groupes à médiation, intitulé « *parcours méthodologique* » nous servira d'appui pour traiter des aspects psychodynamiques de la manifestation démentielle. Dans les chapitres suivants, nous ferons une synthèse des travaux anglo-saxons et francophones concernant la psychothérapie des personnes âgées démentes et questionnés dans notre expérience clinique.

Dans une troisième partie, clinique, nous interrogerons le passage du groupal à l'individuel comme passage d'une *bobine de groupe* à une *bobine individuelle*. Nous développerons l'hypothèse du *prisme réfractaire* (cf. annexes) et de la *bobine de groupe (convergence)*.

Nous avons choisi de renvoyer en annexes les éléments de ces comptes rendus d'entretiens et de séances de groupe, au risque d'obliger le lecteur à un certain va et vient, mais dans le souci d'éviter les insertions trop fréquentes qui risquent de rendre inopérants le fil d'Ariane de ce cheminement. La conclusion, au-delà des perspectives cliniques et psychothérapeutiques, situe ce travail comme le fondement d'un champ de recherche à venir.

PREMIERE PARTIE : L'état de la question

Les trois champs développés dans l'état de la question concernent l'approche neurologique, neuropsychologique et psychopathologique de la démence. Ils sont désignés comme « symptomatiques » pour montrer l'articulation nécessaire (et encore à faire) entre ces différents champs, car tous constituent des modèles (hypothèses et validation) correspondant à des niveaux d'approche de cette pathologie. Ces modèles définissent une représentation et un positionnement dans la conceptualisation des états pathologiques. Un quatrième champ, celui de la psychogérontologie clinique, associe la recherche à la pratique clinique, et se situe à l'intersection des trois disciplines précitées.

Actuellement, les modèles médicaux au sens large sont basés sur une sémiologie déficitaire, modèles dits lésionnels, ou encore modèles dits « défectologiques ». Le modèle psychopathologique, comme champ d'investigation, est centré sur l'étude des représentations et du monde interne du sujet avec ses conflits, ses défenses, ses modes d'identification, et ses processus de symbolisation. Le modèle psychanalytique est basé sur la représentation topique, économique, dynamique de l'appareil psychique. Dans ces modèles psychodynamiques, l'objet d'étude est la réalité psychique au sens large, liée à l'étude des conduites par exemple. Ces modélisations sont centrées sur la subjectivité humaine, la prise en compte de l'histoire individuelle et familiale et conduisent à une clinique de l'activité psychique comme champ d'investigation.

La psychogérontologie clinique, discipline en plein développement, est constituée

comme champ d'ouverture, comme champ d'articulation et d'analyse du contexte général du vieillissement qui concernent les processus cognitifs, affectifs et sociaux. Cela correspond à ma pratique actuelle qui donne à ce champ une position de « métacontenant » de ces différents registres interpellés dans la question du vieillissement « réussi » et du vieillissement « pathologique » dans le champ clinique.

2. Le champ neurologique

L'intérêt grandissant pour la « maladie d'Alzheimer » a été d'abord le fait des médecins et l'approche neurologique a toujours prévalu. Dans ce premier travail de lecture de l'état de la question des idées actuelles, un rappel de l'approche neurologique est indispensable dans la compréhension de la démence.

Le concept de démence, « démentia » en latin qui signifie conduite dépourvue de raison, c'est-à-dire la folie au niveau du sens commun, est un concept qui a évolué au fil des siècles jusqu'à la célèbre formule d'Esquirol (1772-1844) : « l'arriération mentale est une pauvreté de naissance, la démence est une richesse perdue ». Le dément est un riche devenu pauvre !

Ce n'est que bien plus tard, entre 1890 et 1907, que Kraepelin utilise le terme de démence précoce, en parlant notamment de « dissociation » psychique. La confusion a été entretenue jusqu'en 1911, date à laquelle Bleuler nomme cette démence précoce : la schizophrénie. Mais, c'est Aloïs Alzheimer qui, grâce à ses travaux de 1906, sur le cas d'une patiente de 51 ans, donne son nom à une maladie. C'est à partir des travaux de A. Alzheimer, L. Binswanger, et de la critique de la notion de démence précoce, que progressivement le terme de démence a été réservé aux états acquis d'affaiblissement mental global, c'est-à-dire frappant l'ensemble des facultés psychiques) altérant les conduites sociales. Ces troubles sont caractérisés par une évolution progressive et irréversible, ayant une cause organique. Cela permet d'écarter le diagnostic de « pseudo-démence » par perte des investissements des activités intellectuelles, comme dans certains états dépressifs et mélancoliques, en particulier dans la démence sénile.

La neurologie fournit des modèles de compréhension se référant aux atteintes de la matière cérébrale ; c'est une lecture de la lésion qui permet de faire des hypothèses étiologiques. Depuis quelques années, ces différentes lectures « lésionnelles » se sont enrichies grâce à l'apport de nouvelles techniques d'explorations cérébrale : IRM (imagerie par résonance magnétique), TEP (tomographie d'émission de positons), ou encore SPECT (single photon emission tomography), et grâce également à d'autres disciplines comme la génétique, ou la neurobiologie.

Dans la maladie d'Alzheimer, la plus fréquente des démences dites dégénératives, les principaux témoins du processus pathologique sont la déperdition cellulaire, les plaques séniles et la dégénérescence neuro-fibrillaire. Ils sont répartis sur le manteau cortical et dans diverses structures profondes.

Plus précisément, il s'agit d'une réduction pondérale du cerveau avec trois types de

lésion : le premier est un processus d'atrophie neuronale avec une dégénérescence granulo-pigmentaire ; c'est un processus diffus, et on note une diminution de la densité cellulaire. Le second correspond à la lésion intracellulaire d'Alzheimer qui se retrouve avec une grande fréquence. Le troisième est caractérisé par les plaques séniles que l'on observe dans la couche des petites cellules pyramidales. Il s'agit de plaques composées de fibrilles enchevêtrées à l'intérieur desquelles se trouve un amas de substances amorphes. C'est essentiellement une désintégration de cellules ganglionnaires.

Le début de la démence est généralement lent et insidieux. C'est un déficit progressif portant essentiellement sur les fonctions mnésiques. La pathologie a permis au fil du temps de mettre en évidence différents types de mémoire, concernant des zones spécifiques du cerveau et indépendants les uns des autres. A ce jour, et dans un ordre chronologique, c'est la « mémoire de travail » qui connaît la première une altération. Ce type de mémoire correspond à la capacité à porter son attention sur plusieurs informations simultanément pendant un minimum de trente secondes. Ensuite est touchée la « mémoire épisodique », à court terme et à long terme. Le patient est capable d'évoquer les grands événements de sa vie, mais oublie ce qu'il a fait dans les minutes qui précèdent.

Dans la progression déficitaire de la mémoire, on observe la disparition progressive de la « mémoire sémantique » : c'est la mémoire des mots, de la grammaire, du vocabulaire. Le patient éprouve de plus en plus de difficulté à parler et finit par « jargonner ».

Ces deux types de mémoire, épisodique et sémantique, s'expriment grâce au langage verbal, ce qui explique leur étude dans les tests. Mais, malgré la perte progressive de l'usage des mots, le patient dispose encore de deux autres types de mémoire qui continuent de fonctionner. Il en est ainsi de la « mémoire procédurale » qui est la mémoire des savoir-faire gestuels et intellectuels : marcher, s'habiller, chanter, dessiner, jouer d'un instrument de musique, jouer aux échecs, c'est-à-dire de nombreuses activités qui relèvent d'un savoir faire qui peut être appliqué sans passer par la parole. Enfin, c'est la « mémoire implicite » qui est la dernière mémoire à être touchée. Elle est dite inconsciente au sens où le sujet apprend mais ne se souvient pas qu'il a appris.

A la période d'état de la maladie, le processus pathologique atteint toutes les fonctions intellectuelles. La mémoire est abolie pour les faits récents, et progressivement pour les faits anciens, également. D'une certaine manière, on peut dire que les trous de mémoire font place aux trous de pensées, aux troubles de l'attention, du jugement et des conduites. A ces différents troubles s'ajoutent les troubles de l'orientation dans l'espace et dans le temps.

Les fonctions symboliques sont progressivement touchées avec une « porte d'entrée » qui varie d'un patient à l'autre. Au plan clinique, on observe une aphasie, une apraxie et une agnosie. Ainsi, la symptomatologie se complète au fil de quelques années associant un état de démence avec des troubles mnésiques importants, une désorientation, un syndrome aphasique-apraxique-agnosique et des troubles de la conduite (dits troubles du comportement).

Les hypothèses étiologiques sont nombreuses : biochimique avec la théorie

cholinergique (médicaments actuels), génétique (on connaît maintenant le gène qui code la protéine bêta amyloïde de l'amylose), virale (maladie de Creutzfeld-Jacob comme démence transmissible, alors que la maladie d'Alzheimer ne le serait pas), immunologique, toxique (rôle longtemps discuté de l'aluminium et du zing). Ces nombreuses recherches organicistes ne permettent pas encore d'aboutir à un diagnostic étiologique précis. Le diagnostic définitif repose encore aujourd'hui sur l'examen anatomo-pathologique du tissu cérébral.

Du point de vue neurologique, l'atteinte indiscutablement organique du cerveau, avec une symptomatologie principalement déficitaire au niveau cognitif, et cette évolution actuellement inéluctable, nous éloigne de la psychiatrie. Plus exactement, la psychiatrie s'intéresse à la démence par le biais des troubles du comportement, considérés comme conséquence de la maladie, des phénomènes dépressifs et des répercussions sur l'entourage. Le diagnostic de la démence reste souvent réservé à la neurologie. Cependant, la prise en charge de ces patients relève de la médecine générale, de la gériatrie, de la psychogérontologie clinique, de la psychiatrie et de la psychologie.

La tendance actuelle est de privilégier le diagnostic de démence de type Alzheimer, plutôt que de parler de maladie d'Alzheimer qui représente les cas précoces d'une affection dont le continuum s'étend de 45 à 90 ans, voire plus. D'ailleurs, la sénilité devient l'âge de révélation de la majorité des démences puisque, en terme de pourcentage l'incidence est de 4% entre 60 et 70 ans jusqu'à 40% après 80 ans. Comme les lésions tiennent lieu de cause (les plaques séniles qui donnent le trouble cognitif), la démence du sujet âgé, statistiquement la plus importante, interroge aussi le vieillissement cognitif normal, ainsi que les liens avec la dépression ou les autres troubles psychiques. Ces données sont un défi pour la neurologie, car le diagnostic est rendu très difficile à un stade de début, du fait du chevauchement avec les tests pratiqués chez les sujets âgés témoins et du fait qu'« il n'y a pas de marqueur biologique et que l'imagerie statistique (IRM) ou métabolique (débits sanguins cérébraux) n'est pas suffisamment sensible » (C. Thomas Antérion, B. Laurent, 1998). Dans ce contexte de disparition de la différence entre démence pré-sénile et démence sénile, en ne tenant compte que des aspects cognitifs, le diagnostic devient « démence de type Alzheimer ». Il reste un pas à faire pour prendre en compte maintenant les aspects psychodynamiques (notamment le système affectif) et les aspects adaptatifs liés à la question de la vieillesse.

Aujourd'hui, plusieurs publications montrent que la théorie exclusivement lésionnelle n'est plus suffisante pour rendre compte du processus démentiel. L'hétérogénéité des symptômes, leur fluctuation, interroge une conception purement déficitaire de la démence type Alzheimer.

Ce que l'on considérait avant comme des complications ou des conséquences de l'atteinte neurologique, est partie prenante de l'évolution de la maladie. Cette voie est difficile du fait que dans cette maladie, les « instruments » de la connaissance et des activités sont plus ou moins amputés à long terme, et ainsi la théorie déficitaire prend le devant de la scène. Peut-être du fait que le sujet dément se bat sur deux niveaux en même temps, à savoir celui de la perte de la maîtrise des instruments en même temps que celui de l'organisation de zones narcissiques résultant de l'échec de la conflictualisation névrotique.

Si les chercheurs ont aboli la distinction entre démence pré-sénile et démence sénile au niveau théorique, la distinction entre maladie d'Alzheimer et syndrome démentiel est maintenue dans le diagnostic clinique.

3. Le champ cognitif

3.1 Bref rappel historique

A partir du creuset neurologique et du fait de l'établissement du diagnostic de D.T.A. (démence de type Alzheimer) fondé sur l'altération progressive et irréversible des fonctions supérieures, le rôle accordé aux différentes investigations psychométriques et neuro-psychologique a été croissant.

Au départ, les épreuves psychométriques servent à évaluer les capacités intellectuelles des sujets normaux. Ces tests comme la WAIS révisée, par exemple, sont basés sur le langage verbal et la compréhension des consignes, et ces épreuves sont d'une durée assez longue de passation. Mais, comme le décrivent B. Pillon et N. Benoit (1992) : «les épreuves psychométriques s'appuient sur un double postulat :

- unicité de l'intelligence
- homogénéité de la détérioration intellectuelle.

Ce double postulat n'est pas valide dans les atteintes cérébrales».

Les épreuves neuro-psychologique se sont développées sous l'impulsion de la psychologie cognitive et dans le sillage de la psychologie expérimentale. En particulier, l'étude des processus entre un stimulus et la réponse comportementale qu'il génère. Les recherches se sont affinées également grâce aux travaux inspirés de la psychologie génétique, en appui sur les travaux de J. Piaget et notamment les travaux de J. De Ajurriaguerra et ses collaborateurs (1968, 1970) qui ont montré que la maladie d'Alzheimer réalisait une involution instrumentale et cognitive : «la démence, fait repasser mais en sens inverse, les vieillards qui en sont atteints, par les stades qui caractérisent l'ontogénèse des fonctions cognitives» (J. Richard et J. Constantinidis, 1970).

En même temps, la neuropsychologie a cherché, dans la lignée des travaux sur l'aphasie et dans la logique anatomo-clinique, à mettre en évidence des déficits isolés correspondant à des lésions focales ; c'était un contexte centré sur des recherche de syndromes purs et non sur des syndromes démentiels qui sont par définition caractérisés par une pluralité de déficits sans correspondance anatomo-cliniques spécifiques et précises. C'est dans le courant des années 70, avec la prise de conscience plus générale des questions concernant le vieillissement de la population et la prévalence des états démentiels pour la fin de siècle, que les états démentiels, et en particulier la maladie d'Alzheimer, ont fait l'objet de recherche et d'étude codifiée des critères de diagnostic.

3.2 Les apports de la psychométrie

Le terme de psychométrie est aujourd'hui utilisé dans des sens très divers, au point que toute utilisation d'instruments d'évaluation quantitative puisse relever de la psychométrie. Mais au sens plus précis, la psychométrie est un examen psychométrique qui met en œuvre, selon des règles particulières, des tests dits d'efficience, ou des tests dits de personnalité. Pour ce faire, et compte tenu d'une méthodologie assez complexe, l'examen psychométrique doit être pratiqué par des psychologues formés à cette pratique, car le choix des tests en fonction de leur « faisabilité » dépend de leur compétence et de leur expérience, du fait même de l'hétérogénéité des troubles cognitifs observés dans les syndromes démentiels. Nous parlons de faisabilité, car il n'existe pas d'épreuves valables quels que soient les problèmes et quels que soient les sujets. L'utilisation d'une batterie de tests dépend de plusieurs facteurs comme l'âge, le lieu de résidence (domicile ou institution), le niveau socio-culturel du patient, le degré de déficit cognitif, etc.

Rappelons, ici, la définition donnée par B. Pichot (1954) : « On appelle test mental, une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné, soit quantitativement, soit typologiquement ». Toute évaluation qui ne répond pas à ces critères, n'est pas considérée comme un test mental.

Les différentes épreuves sont issues des travaux de la psychologie expérimentale, des modèles théoriques de la psychologie cognitive, et également à partir de théories « localisationnistes », pour évaluer, par exemple, les fonctions cognitives censées dépendre de l'hémisphère gauche, ou, autre exemple, faire figurer des épreuves dites « frontales », ou proviennent des données de l'expérience des cliniciens. Les qualités d'un test, qualité métrologique, concernent entre autres, deux aspects importants pour l'instrument à utiliser. Un instrument doit être « sensible », c'est-à-dire pouvoir détecter la plupart des sujets cognitivement déficitaires, et également, avoir une « bonne spécificité », c'est-à-dire (dans l'idéal) ne détecter que les sujets réellement déficitaires, pour ne donner qu'un pourcentage très faible de « faux positifs ».

Mais, allier à la fois les qualités de « sensibilité » et celle de « spécificité » est très difficile, car ces deux qualités sont souvent antagonistes. Dans l'évaluation de la démence, il s'agit de pouvoir explorer l'ensemble du fonctionnement cognitif pour répondre aux exigences des critères diagnostiques, ce qui reste difficile.

Les diverses méthodes mises en place par les psychométriciens ne diffèrent que par la manière d'estimer le niveau antérieur, c'est-à-dire la performance du sujet lorsqu'il était censé être « normal » ; ces méthodes sont au nombre de trois : la méthode longitudinale, la méthode de Babcock et la méthode dite « indirecte » ; on trouve une description détaillée de ces trois méthodes dans J. Poitrenaud (1974).

Dans la pratique actuelle auprès de personnes âgées, les deux premières méthodes semblent difficilement utilisables, bien que présentant des qualités intéressantes, car nous n'avons pas, en général, les performances du sujet avant le syndrome démentiel ; la

méthode dite « indirecte » présente l'avantage de comparer les performances du sujet examiné aux normes établies chez les sujets normaux du même âge et du même niveau socio-culturel. La méthode indirecte de Barona (A. Barona et al., 1984) évalue d'abord le niveau pré-morbide du patient à partir de différents paramètres tels que : l'âge, le sexe, le niveau socio-culturel, la catégorie socio-professionnelle, etc. ; paramètres qui influencent les performances psychométriques.

En somme, l'examen psychométrique peut-être un outil intéressant si on tient compte des différents facteurs énumérés et aussi du contexte clinique dans lequel se situe cet examen.

3.3 Les apports de la neuropsychologie cognitive

La neuropsychologie cognitive a fourni de plus large développement à cette étude des syndromes démentiels, même si parallèlement un certain flou a demeuré avec les questions développées par la psychométrie, à savoir d'une part de trouver des outils pour pallier à la durée d'utilisation nécessaire à la passation de ces tests (invention de questionnaire comme le M.M.S. de M.F. Folstein et al. (1975), et aussi à leur relative inadaptation aux personnes âgées et également de développer des objectifs plus théoriques.

Parmi les études travaillées par la neuropsychologie cognitive, les troubles de la mémoire et du langage ont été les plus approfondis, du fait de leur fréquence dans les démences et aussi en correspondance à des modèles théoriques plus avancés. Par ailleurs, la méthode privilégiée de la neuropsychologie cognitive est l'étude de cas uniques en fonction des progrès d'un modèle sur une fonction spécifique. Mais, elle a du dérogé à ce principe en ayant de plus en plus recours à des études de série de patients, notamment pour fournir des « profils moyens » des perturbations cognitives et des fonctions préservées dans les différentes affections. Cela dans le but explicite de meilleure connaissance des maladies, d'une aide au diagnostic pour les cliniciens avec la création de nouveaux outils d'évaluation. Et aussi parce que l'hétérogénéité des performances cognitives des patients déments va dans le sens des études de groupe. De nouvelles méthodologies dans ce domaine sont en cours d'exploration pour expliquer cette hétérogénéité et également sur l'hétérogénéité de l'évolution des patients.

Dans le domaine de la prise en charge de ces patients déments aux difficultés multifformes, les questions sont multiples et de différents type :

- caractère évolutif de la maladie et diversité de la sémiologie
- difficulté de mise en place de rééducation spécifique
- difficulté d'objectifs clairement définis comme spécifiques
- difficulté pour passer d'une évaluation et d'un suivi du patient dans le cadre de l'évaluation classique au domaine beaucoup plus vaste du domaine institutionnel ou familial.

3.4 Classification des démences

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S., 1992), dans sa classification internationale des maladies (CIM-10), donne la définition suivante : «altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours ; apparue depuis au moins six mois, et d'un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxies, gnosies ou modification de la personnalité». Cette définition large met en évidence une dégradation par rapport à l'état antérieur plus que sur une détérioration importante.

Ce qui est ajouté aujourd'hui à cette définition, c'est la notion de troubles du comportement et/ou du contrôle émotionnel. Les diagnostics différentiels sont les troubles dépressifs, les syndromes confusionnels, les troubles iatrogènes et les troubles mentaux.

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente des démences chez le sujet âgé, car elle représenterait 45% des démences (J.L. Cummings et D.F. Benson, 1992) et 75% des démences dégénératives (D. Neary et al., 1986). Elle se manifeste initialement par des troubles de la mémoire épisodique, dans la plupart des cas. Puis, ces troubles de mémoire s'aggravent de troubles dans le domaine de la cognition : troubles attentionnels, d'orientation temporo-spatiale, du langage, des praxies, des gnosies, du jugement, du raisonnement, et aussi des troubles du comportement. Cette évolution est progressive, et dans le temps très diverse en fonction du patient. Les anomalies de l'examen neurologique apparaissent en général plutôt tardivement ; cette maladie est plutôt diagnostiquée vers l'âge de 60-70 ans, avec des extrêmes allant de 40 à plus de 80 ans ; le risque statistique étant largement augmenté après 85 ans. Aujourd'hui, il n'est plus fait de distinction entre les formes dites sénile et pré-sénile de la maladie.

La prévalence serait plus importante chez la femme que chez l'homme (D.L. Bachman et al., 1993). Cette incidence, homme et femme confondus, double tous les 5 ans, c'est-à-dire 3,5 pour 1000 habitants pour les 65-69 ans, et passe à 72 environ pour 1000 habitants dans la tranche des 85-89 ans. Les auteurs parlent d'environ 350.000 à 400.000 cas en France à ce jour, les travaux de J.F. Dartigues et al. (1992) analysent l'étude PAQUID, dans la région de Bordeaux, et en extrapolant donnent une prévalence de 4,31% au dessus de 65 ans.

La maladie d'Alzheimer ne touche pas d'autres organes que le cerveau. Le décès intervient plutôt comme une conséquence de l'état grabataire (complications de décubitus- escarres de plus en plus étendues), ou de pneumopathies infectieuses, ou encore, dans un état de cachexie avancé, d'un collapsus cardio-vasculaire terminal et toutes les autres causes possibles de mortalité des sujets âgés.

3.5 Critères diagnostiques

Le diagnostic repose sur des critères cliniques, paracliniques et sur des critères d'exclusion d'autres maladies. Le diagnostic clinique repose sur les critères du NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders

Association ; G. McKhann et al. 1984) :

critères de maladie d'Alzheimer probable : 1.

- Altération progressive de la mémoire et des autres fonctions Cognitives
- Absence de trouble de la conscience
- Survenue entre 40 et 90 ans, mais le plus souvent après 65 ans
- Syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et confirmées par des tests neuropsychologiques.

et renforcés par : 1.

- La détérioration des fonctions comme le langage (aphasie), les habiletés motrices (apraxie) et perceptives (agnosie)
- La perturbation des activités quotidiennes et des troubles du comportement
- Les résultats des examens neurologiques.

autres caractéristiques compatibles : 1.

- Présence symptômes comme la dépression, l'insomnie
- L'incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions
- Réaction de catastrophe, désordres sexuels et perte de poids.

3.6 Les frontières de la démence

Le terme de démence a été, est encore, source d'ambiguïtés. L'histoire nous a montré la difficulté de caractériser et définir la démence. Le terme de dementia puis de démence, s'il remonte au XIV^e siècle, garde sa signification littérale de perte de l'esprit. Le terme a été longtemps synonyme de folie, sens large qu'il conserve aujourd'hui dans le langage judiciaire. En terme médical, on parle aujourd'hui de perte des fonctions intellectuelles ou de défaillance des fonctions cognitives.

3.6.1 La démence : syndrome ou maladie

Le terme de démence est encore employé de nos jours dans deux sens différents : celui d'un syndrome caractérisé par un déficit des fonctions cognitives, et celui utilisé pour désigner une maladie comme par exemple démence vasculaire, frontale. Le terme même de démence de type Alzheimer reprend cette ambiguïté.

La classification du DSM IV (1994) définit comme étant un guide pour la pratique clinique, apporte des modifications concernant le chapitre des démences. La démence est toujours définie comme une perte des capacités intellectuelles d'une sévérité suffisante pour retentir sur le comportement social. Sa description n'est plus présentée sous forme

de critères de diagnostic, mais sous forme de traits cliniques.

Nous comprenons ainsi que le fait de remplacer le critère « démence » par des critères comme « démence de type Alzheimer, ou encore démence vasculaire » est orienté par des critères étiologiques. Mais, la définition elle-même reste celle d'un « syndrome clinique », même si elle est considérée comme étant étiologiquement liée à une pathologie organique cérébrale.

Le terme de pseudo-démence reste valide et ambiguë également puisqu'il s'applique aussi bien à des erreurs de diagnostic qu'à des tableaux démentiels réels et qui sont des démence sans démence (!), car liés à une mélancolie.

3.6.2 Démence et déficit cognitif lié au vieillissement

Depuis ces 20 dernières années, de nombreuses recherches, inspirées de la psychologie cognitive notamment, se sont intéressées aux effets du vieillissement sur les performance cognitives. Ces recherches montrent une modification des performances cognitives associées à l'âge.

L'approche multifactorielle surtout *pluridisciplinaire*, a largement facilité, à mon sens, cette prise de conscience des chercheurs, et a contribué à s'écarter d'une conception exclusivement déficitaire du fonctionnement cognitif.

L'apport psychogérontologique clinique a contribué à y voir plus clair. Mais nous y reviendrons dans un autre chapitre. Il est clair aujourd'hui que l'importance des différences liées à l'âge, pour ce qui concerne le fonctionnement cognitif, varie en fonction de multiples facteurs et on peut citer :

- le sujet lui-même avec sa personnalité, son histoire de vie
- les facteurs liés à la tâche à accomplir dans l'exploration du domaine cognitif visé (attention, concentration, rapidité du traitement de l'information)
- les facteurs liés au contexte.

Ce qui est mis en évidence, c'est l'idée d'une « plasticité cognitive » chez la personne âgée, et certains auteurs montrent que les mécanismes de cette plasticité sont les mêmes pour les sujets jeunes et âgés. C'est cette notion de plasticité qui motive la mise en place d'interventions ciblées, sur l'attention par exemple ou sur la mémoire épisodique. Mais, ce que l'on retient de la lecture des différents auteurs dans ce domaine, c'est la notion d'hétérogénéité des « types » cognitifs et la *complexité des interactions entre les facteurs cognitifs, psychologiques, sociaux associés au vieillissement normal*.

Les différentes études (M. Van Der Linden, 1991, 1994) ont montré que la démence de type Alzheimer ne se traduit pas forcément par une détérioration globale du fonctionnement cognitif, certains aspects pouvant être sélectivement affectés et d'autres non. Certaines données (B. Deweer, 1992 ; M.B. Dick, 1992 ; D.A. Fleischman et J.D. Gabrieli, 1998) indiquent que la mémoire procédurale (savoir-faire) et les systèmes de « représentation perceptive » (connaissance de la forme, de la structure des mots et des objets) sont relativement bien préservées. Dans le domaine de la mémoire épisodique, la mémoire épisodique motrice serait également intacte (M.B. Dick, 1992). Ces études

favorisent l'idée d'amélioration possible de la performance cognitive de ces patients.

Différentes stratégies à visée rééducative et/ou psychothérapique ont ainsi été mises au point. Nous les citerons, ici, pour mémoire :

- Reality Orientation Thérapie
- Reminiscence Thérapie
- Thérapie comportementale.

Toutes ces perspectives de soin sont fondées, au départ, sur le postulat que les patients déments souffrent des mêmes déficits cognitifs de base.

3.6.3 Hétérogénéités des manifestations neuropsychologiques

Les évaluations neuropsychologiques ont cherché à aborder la question de l'hétérogénéité des manifestations cognitives dans la démence. Cette question n'est pas anodine dans ce domaine, puisqu'elle conditionne, d'une certaine manière, la capacité ou non à concevoir les premiers signes de la démence à se manifester dans la démence type Alzheimer. En particulier, selon l'approche de la neuropsychologie cognitive, il est important de savoir si l'une des composantes de la cognition est systématiquement affectée et avant les autres dans la D.T.A. Sinon, cela suppose de devoir évaluer l'ensemble des composants de la cognition ou alors sur des indices comportementaux, mais pour lesquels il n'y a pas, dans ce domaine de référence théorique explicite (F. Moulin et J. De Rotrou, 1994).

Si on suppose une hétérogénéité longitudinale pour des manifestations neuropsychologiques, pour plusieurs sujets ou un groupe de sujets, la question se tourne vers les projets de soutien cognitif comme vers l'évaluation de l'efficacité médicamenteuse car ces deux études s'appuient sur l'idée que l'évolution naturelle de la maladie se fait de façon parallèle et uniforme c'est-à-dire généralisable. Ce qui dans la réalité de l'observation n'est pas évident et plusieurs études montrent clairement que les manifestations neuropsychologiques de la D.T.A. sont hétérogènes (J. Brull et al., 1979 ; Y. Joannette et al. 1992 ; R. Mayeux et al., 1985 ; K. Ritchie et J. Touchon, 1992 ; P. Scheltens et al., 1993).

Il était admis jusqu'à maintenant que les manifestations neuropsychologiques hétérogènes étaient surtout présentes en début d'évolution ; certaines données montrent que le profil d'évolution peut lui aussi être hétérogène « dissocié » (Y. Joannette et al., 1995). Cette hétérogénéité des manifestations neuro-psychologiques dans la D.T.A. qui montre que les performances cognitives n'invoquent pas de façon parallèle et relativement continue, met en évidence la difficulté à identifier pour un individu donné ses forces et ses faiblesses, ou comme on dit aujourd'hui, ses « capacités restantes ». Personnellement, je préfère parler de capacités actuelles. De toute manière, cette identification des capacités actuelles est nécessaire pour la prise en charge de ces patients, aussi bien dans le domaine cognitif qu'affectif et relationnel (J. Lacroix, M. Bois et Y. Joannette, 1994).

Les manifestations neuropsychologiques de la D.T.A. se complexifient au fil des progrès dans le domaine de l'évaluation : « cette hétérogénéité n'est probablement pas

surprenante lorsque l'on considère que deux individus de même contexte socio-culturel, frappés chacun d'une lésion unique et d'apparition subite, localisée de façon strictement identique dans le cerveau, ne présentent pas les mêmes déficits cognitifs» (Y. Joannette et al., 1995). Dans un article intitulé «de l'homogénéité à l'hétérogénéité», Y. Joannette et al. (1992) concluent leur recherche sur un constat : «En somme, aucune explication satisfaisante n'est disponible à l'heure actuelle pour rendre compte de l'hétérogénéité des manifestations neuropsychologiques de l'Alzheimer. La cause de cette hétérogénéité procède probablement tout à la fois de facteurs liés à l'individu lui-même, de notre méconnaissance de l'organisation fonctionnelle du cerveau liée à la cognition ainsi que de l'énigmatique complexité des causes mêmes de la maladie d'alzheimer et de ses formes cliniques».

On observe, en définitive, que le nombre de facteurs inter-agissants croît avec les temps d'apparition, les différentes variables des différentes altérations, les localisations, et les différents profils d'atteinte cognitive établis.

3.7 Mémoire et conscience et passé

Dans ma propre expérience d'évaluation neuropsychologique auprès de personnes âgées diagnostiquées démentes, j'ai toujours été interrogé par les manifestations confabulatoires de ces patients. J'ai appris alors, notamment dans mes lieux de stage, que par définition, la confabulation est un symptôme que l'on observe davantage chez les patients amnésiques (dans le syndrome de Korsakoff, le traumatisme cranio-cérébral, les lésions du lobe frontal, dans la démence, etc.). Ces patients sont décrits comme inconscients de leur déficit de mémoire. Le contenu de la confabulation peut varier considérablement en actions et en affirmations verbales a priori incohérentes avec l'histoire du sujet, et produites de manière non intentionnelle. La confabulation concerne souvent le récit d'événements autobiographiques réels, mais déformés, ou bien racontés de façon « décalés » dans le temps et dans l'espace.

La confabulation est liée, dans la pathologie, aux troubles mnésiques. L'hypothèse faite, alors, était celle de combler un vide à l'occasion du trou de mémoire (hypothèse du « gap-filling »). Mais, certaines études montrent que les patients ne font pas forcément de confabulation au moment des trous de mémoire (G. DallaBarba, A.M. Ergis, 1995). D'autres auteurs pensent que la confabulation doit être rapportée au « contrôle de la réalité » ; ce dernier se fait à partir des caractéristiques de l'information reliées au processus de jugement qui permet de dire si un événement est réel ou imaginé.

Cependant, comment décider si l'information « récupérée » provient du monde « extérieur » ou du monde « intérieur » ? De la perception ou de l'imagination ? Et si les processus de jugement sont en cause, qu'en est-il de la conscience ? Les confabulations ne sont possibles qu'à partir d'informations « restantes », qu'en est-il du contenu de ces confabulations ? La confabulation a un rapport avec la mémoire, il paraît donc intéressant de s'interroger sur les liens avec la conscience. Est-ce que la confabulation qui perturbe la mémoire a aussi une influence sur la perturbation de la conscience ? Serait-ce une conscience perturbée ou pathologique du passé vécu ? Quel est le rapport de la conscience avec ce passé ? Quels seraient les fondements d'une conscience comme une

dimension complètement passive des informations reçues ou complètement distinctes du phénomène de la mémoire ?

L'approche neuropsychologique manque à intégrer une théorie psychologique du souvenir qui comprend une idée cohérente de la conscience et de ses différents rapports avec le passé.

3.8 Mémoire et perception d'un objet

La conscience est toujours conscience de quelque chose, d'un objet, et pour faire exister ce quelque chose, la conscience a plusieurs modes d'entrées : la connaissance, la perception, l'imagination, le passé c'est-à-dire l'expérience subjective du passé qu'on appelle souvenir.

Il existe sans doute plusieurs modes d'entrée pour la conscience en lien avec le phénomène mémoire (souvenir), mais il existe également plusieurs processus de contrôle, peut-être propre à chaque mode de conscience. Dans la démence type Alzheimer, est-ce un processus de contrôle particulier qui expliquerait par exemple que la conscience n'est possible qu'en raison de la présence réelle de l'objet (comme mode d'accès à l'objet) ? Et en l'absence de cet objet, que se passe t-il ? Est-ce alors une hallucination, c'est-à-dire une perception sans objet ?

L'étude du phénomène « conscience » dans ce domaine montrerait sans doute les liens avec la mémoire comme le dit A.J. Marcel (1988), «la conscience est réclamée, légitime et nécessaire aux sciences de la psychologie [...] la psychologie sans la conscience, sans l'expérience phénoménologique ou le niveau personnel, pourrait être de la biologie ou de la cybernétique, mais pas de la psychologie».

3.9 Mémoire et prise en charge

Dans une perspective cognitive, chaque prise en charge rééducative nécessite une compréhension du déficit afin de comprendre de quel désordre sous jacent dépend le trouble. L'évaluation préalable doit essayer de comprendre les déficits rencontrés par le patient dans sa vie quotidienne. En dehors des approches que nous avons citées plus haut, d'autres logiques de prise en charge des troubles mnésiques se situent dans plusieurs orientations :

- Faciliter l'encodage pour stimuler la performance mnésique, en fournissant des consignes qui aident le patient à trouver des indices de récupération
- Apprendre au patient de nouvelles connaissances en partant de ses capacités préservées ; notamment dans les épreuves de mémoire procédurale (savoir faire), dans les tests de mémoire implicite et dans le but d'aider le patient à être plus indépendant dans sa vie quotidienne. Par exemple, apprendre au patient des associations nom-visage testées avec des intervalles de plus en plus long
- Aménager l'environnement du patient en s'appuyant sur l'aidant principal. C'est ce qui est mis en place du côté de l'utilisation d'un carnet aide-mémoire ; c'est aussi la

demande de collaboration active du conjoint comme relais à l'apprentissage dans le lieu de rééducation.

Ces différentes techniques d'approche posent la question de l'efficacité liée à la question du caractère évolutif de la maladie, à la variabilité inter et intra patients dans leur réactivité à l'évolution des troubles.

Les comptes rendus de ces effets de prise en charge neuropsychologique sont encore aujourd'hui en petit nombre. Leur évaluation pose des problèmes spécifiques dans la D.T.A. Cette difficulté rend compte en premier lieu de la question des objectifs, et en particulier la question de la durée de la prise en charge qui est différente suivant qu'il s'agit d'une durée courte, pour mesurer la régression d'un trouble, ou bien d'une durée plus longue (un an ou plus), pour mesurer le ralentissement d'un trouble. Cependant, c'est une tâche difficile compte tenu qu'il n'y a pas de norme d'évolution établie pour la population « Alzheimer ». Les troubles ne progresseraient pas de façon constante au cours de l'évolution de la maladie.

Certains visent à décrire la chronologie d'installation des troubles (F. Eustache et al., 1993) pour évaluer l'efficacité de la prise en charge. La question se pose également en terme de type de déficit qui fait l'objet de la prise en charge. Un « relatif consensus » (F. Eustache, 1993) se dégage quant à l'évolution des troubles du langage oral : déficits lexico-sémantiques, phonémiques et syntaxiques, avec en particulier une évaluation sur la capacité à dénommer, puis à définir des mots et à décrire l'image qui correspond. L'action rééducative améliore les capacités de dénomination qui se maintient pendant quelques semaines (C. Dubois Remund, 1995).

Des études de groupes comparées (en terme de données moyennes de groupes de patients entraînés et de groupes de patients non entraînés) montrent peu les effets de la prise en charge. De la même façon, des études ont cherché à évaluer les effets du programme PAC-FNG (programme d'activation cérébrale-Fondation Nationale de Gérontologie) chez des patients déments à l'aide de tests et d'échelles d'activités de la vie quotidienne : des « effets plafonds » sont notés, et des effets positifs se dégagent pour trois items concernant la dénomination, les praxies constructives, la reconnaissance d'une liste de mots. Dans l'ensemble, la comparaison de score de changement sur des groupes paraît inadaptée à l'évaluation des effets de la prise en charge : d'une part, en raison de l'hétérogénéité des performances dans les études et dans les groupes pour les pathologies démentielles, la diminution des troubles dépressifs due à une situation stimulante, peuvent contribuer à des améliorations de performance ; et n'est pas en soi un effet de la prise en charge neuropsychologique.

Ces études ne sont pas représentatives de l'ensemble des recherches entreprises sur la prise en charge des patients déments. Ces travaux ne permettent pas d'ajuster la prise en charge aux difficultés et aux besoins du patient, comme dans le suivi individuel qui permet davantage de pouvoir évaluer les changements en référence à chaque cas particulier. Ces études font également souvent appel à la participation d'un proche, souvent incontournable dans l'établissement des objectifs de la rééducation et de sa mise en œuvre, du fait des entraînements à domicile, de l'évaluation des effets de la prise en charge dans les situations de la vie quotidienne, et du fait qu'il repose en partie sur le

regard de l'aidant.

Cependant, cette évaluation des programmes de rééducation neuropsychologique, n'est pas sans poser des questions car la « fidélité » entre les différents évaluateurs peut être insatisfaisante, vu la différence de compétence entre le recueil fait par les chercheurs-thérapeutes et celui fait par la famille du patient.

A titre d'exemple, nous avons participé à une étude portant sur «l'évaluation des troubles mnésiques dans la maladie d'Alzheimer par le patient, sa famille et les soignants avant et après trois mois de prise en charge en hôpital de jour psychogériatrique» (C. Thomas-Antérion et coll., 1996). Elle montre que l'évaluation des difficultés mnésiques faite par la famille est peu fiable. Cette étude a surtout montré «l'indépendance de l'anosognosie par rapport aux signes cliniques de la maladie» (B. Vellas et al., 1996). Nous pouvons dire aussi que cette étude a ré-interrogé la notion de conscience des troubles, puisque l'on a trouvé que le patient avait une conscience de ces troubles mieux évaluée que ne savait le faire sa famille ou même les soignants ! La « non-fiabilité » comparée entre famille et chercheur est également retrouvée dans d'autres études (A. Baddeley, 1992), notamment lorsqu'on a recours à des conjoints âgés, et parce que l'évaluation subjective des difficultés mnésiques et en particulier dans la mémoire épisodique, implique trop affectivement l'entourage.

Nous pouvons conclure ce chapitre sur la question de la durée et des limites rencontrées dans la rééducation neuropsychologique, comme d'ailleurs dans toute forme de psychothérapie proposée au sujet dément. A un autre niveau les mêmes questions se posent sur l'indication d'arrêt de la prise en soins en hôpital de jour avec ces patients : comment vivent-ils ces séparations ?

La plupart des programmes de rééducation neuropsychologique classique prévoient des interventions sur des périodes courtes, ce qui est pensé par rapport à des pathologies « stables ». Mais, comment fixer le terme d'une prise en charge de patient dément type Alzheimer ? Là encore, la question de l'hétérogénéité des troubles et la variabilité du rythme d'évolution de chaque patient se combinent, sans compter, ici, les effets sur l'environnement, pour donner des tableaux très complexes. Dans cette question de la durée de la prise en charge, les praticiens s'interrogent tous sur l'effet « catastrophe » que peut entraîner l'arrêt de la prise en charge, (effet traumatique ; lien réactivé démence/trauma ?). D'une autre manière, on peut parler également de la crainte d'un vécu de mise entre parenthèses, des bénéfices de la prise en charge, après arrêt de celle-ci.

Les différents types d'évaluation et de prise en charge neuropsychologique tentent d'articuler plusieurs approches, notamment en ré-interrogeant les objectifs de la prise en charge individuelle ou en groupe (sans prendre pour autant en compte les effets « groupe »). L'objectif général de ces prises en charge est d'entretenir les facultés restantes, en particulier sur le plan mnésique et au niveau du langage verbal.

4. Le champ psychopathologique

La psychopathologie est en lien direct avec la psychologie clinique et la psychanalyse dans l'étude du fonctionnement psychique, principalement à partir de la souffrance psychique et des troubles de l'identité concernant le sujet en général, et la personne âgée en particulier.

La psychopathologie, dans sa représentation du normal et du pathologique ne peut pas être « adultocentrique », car l'enfance, l'adolescence et la vieillesse ont des caractéristiques spécifiques. Dans la vieillesse, les conséquences somatiques et la perspective de la mort influencent le continuum de la vie du sujet. Cependant le travail du vieillir peut nous renseigner sur notre rapport à la mort, sur le récit de notre propre existence (bilan de vie), sur les liens entre corps et psychisme si souvent notés dans l'observation clinique. En ce sens être un éclairage de ce qui a été élaboré dans les modèles du développement de l'enfant, où la notion de corps est liée à celle de développement du Moi et à l'évolution du narcissisme. Ainsi, quelles que soient les hypothèses concernant le processus involutif dans la démence, nous observons une remise en question du regard et de la reconnaissance de l'autre : le vieillissement se voit dans le regard de l'autre. Les troubles observés dans la démence ne peuvent se réduire à l'observation d'un simple déficit, et engendrent un réaménagement identitaire. C'est encore souligner l'importance de l'interaction dans la structuration de l'être humain et les conséquences possibles encourues qui abordent la psychopathologie comme l'analyse de la relation intersubjective entre deux interlocuteurs.

Quelle sont les situations qui se réactivent dans la « crise de la vieillesse », dans la mesure où les étapes antérieures laissent des traces : est-ce une reprise, une sorte de synthèse personnelle de la question de l'angoisse liée à la question de notre rapport à la mort depuis la naissance ?

Le narcissisme, dans sa définition même, a une partie liée avec la formation de l'identité. Les pathologies du narcissisme rendent compte d'une faille dans la construction de l'identité («défaut fondamental» ; M. Balint, 1968), et qui s'expriment dans le champ de la relation.

Plusieurs voies de recherche interrogent la dimension structurale du narcissisme autant que la dimension pathologique. Dans les travaux de J. Bergeret (1996), l'approche structurale permet une réponse d'ensemble par la question des «personnalités limites». L'aménagement limite se fonde, selon cet auteur, sur un traumatisme psychique vécu par un Moi, insuffisamment organisé, qui arrêtera l'évolution libidinale ; nous sommes dans les ratés précœdipiens de la vie psychique entraînant une immaturité et un symptôme principal constitué par la dépression. Cela se traduit par une relation d'objet anaclitique, c'est-à-dire par étayage, non génital comme dans la névrose, ou fusionnelle comme dans la psychose. D'autres auteurs décrivent une pathologie du lien en orientant la recherche sur la relation narcissique. C'est le cas de O. Kernberg et de O. Kohut qui décrivent une difficulté du transfert de certaines personnalités limites. Une autre voie de recherche questionne la construction pathologique du Moi, à partir des troubles identitaires, se rattachant à l'école britannique centrée sur la constitution du self.

Ainsi, dans la démence, les problématiques dépressives liées à un travail de deuil difficile, à un travail de séparation inachevé, ne sont pas à interpréter du côté névrotique

oedipien, mais à penser sous la forme d'une élaboration impossible de type oedipien.

Le travail « d'écoute de l'écoute », comme travail d'élaboration, permet d'ajuster son propre niveau d'écoute dans le registre actuel du patient, qui correspond dans la démence à une clinique de la régression. En ce sens, l'économie narcissique « qui fait retour » dans la démence se donne à entendre comme *élaboration antérieure inachevée*. Le repérage psychopathologique du type de relation d'objet, du type d'angoisse et des mécanismes de défense aident à évaluer le registre actuel du patient. L'angoisse d'abandon, réactivée dans la démence est sans doute proche de l'angoisse primaire, première dépendance à l'objet.

Dans la pratique clinique, les besoins d'étayage sur l'autre, sur le groupe, montrent également un registre de relation d'objet de type anaclitique. Dans les modalités de type transférentiel, l'aspect narcissique est souligné dans l'interrelation. La notion de Soi apparaît, dans l'approche théorique, centrée sur le Narcissisme comme le précurseur du Moi. J. Bergeret (1996), entre autres, a développé l'existence d'un Soi dans le cadre d'une topique narcissique constituée du Ça, du Soi et du Soi Idéal. Cette topique co-habiterait avec la seconde topique freudienne, Ça, Moi, Surmoi. Le « bon » registre clinique d'écoute de la réalité psychique renverrait au « bon » registre topique en terme de Soi narcissique, plutôt qu'en terme de Moi oedipien.

Toute la distance qui sépare la notion d'imitation de celle d'identification, au sens que S. Freud lui donne se trouve illustrée dans le cas Dora. S. Freud demande à la patiente à l'occasion de douleurs aiguës d'estomac : « Qui copiez-vous là ? ». Il apprend, alors, que Dora a rendu visite la veille à ses cousines, dont la cadette venait de se fiancer et l'aînée, à cette occasion, s'était mise à souffrir de l'estomac, ce que Dora impute alors à la jalousie.

S. Freud utilise le terme d'identification, dans ce texte, dans un sens descriptif et fait appel à deux autres éléments déjà connus quand il expose sa conception de la formation du symptôme : la complaisance somatique et la représentation d'un fantasme à contenu sexuel. C'est après 1920, que S. Freud met au premier plan l'identification dans ses écrits (1921). Deux autres formes d'identification sont analysées à partir d'exemples cliniques de symptômes névrotiques. La deuxième identification rend compte du symptôme par une identification du sujet, soit à la personne qui suscite son hostilité, soit à la personne qui est l'objet d'un penchant érotique. S. Freud en souligne le caractère partiel en parlant de « trait unaire ». La troisième identification, appelée « identification par le symptôme », correspond à l'identification hystérique.

L'identification est décrite comme un emprunt d'un élément à une autre personne et désigne un processus par lequel un individu se rend semblable à un autre, en totalité ou en partie.

La première forme décrite par S. Freud correspond à un attachement affectif à une autre personne, période du développement de l'enfant où l'objet total n'est pas encore constitué. S. Freud (1923) stipule qu'il vaudrait mieux parler des parents à ce moment où la différence des sexes n'a pas encore été prise en considération. Ce serait alors la condition de la mise en place de l'Œdipe, sans quoi le sujet ne pourrait accéder à cette problématique.

Quel rapport existe-t-il entre cette identification et les deux autres formes, celle-ci ne se différenciant que par la nature libidinale du rapport à l'objet ? Par rapport à l'étude de la foule, S. Freud maintient une séparation puisque le même objet a remplacé l'Idéal du Moi de chacun des membres de la foule. Ailleurs, S. Freud présente l'identification comme le stade préliminaire du choix d'objet et dans la mélancolie, le « conflit ambivalentiel » prend un rôle essentiel par rapport à l'identification. Il y a alors une mise en valeur de la notion de réversibilité entre l'identification et l'investissement d'objet. L'identification est ramenée à l'idée de ce que l'on veut être, tandis que l'objet concerne ce que l'on veut avoir. Le « Moi et le Ça » défend la thèse selon laquelle le moi se construit en empruntant au ça l'énergie pour s'identifier aux objets choisis par le Ça. C'est dire le caractère narcissique de l'identification et de trouver un statut pour l'Idéal du moi.

Pour J. Lacan (1966), la thèse concernant la phase du miroir est ramenée à un travail d'identification et pour conclure selon l'auteur à l'assomption de l'image spéculaire conçue comme fondatrice de l'instance du Moi. J. Lacan précise que l'identification narcissique originaire est le point de départ des différentes étapes identificatoires dont le Moi sera constitué : « Il y suffit de comprendre le stade du miroir comme une identification au sens plein que l'analyse donne à ce terme : à savoir la transformation produite chez le sujet, quand il assume une image, dont la prédestination à cet effet de phase est suffisamment indiquée par l'usage, dans la théorie, du terme antique d'imago » (1949).

Les études actuelles de la mémoire dans la démence de type Alzheimer font peu de lien avec une approche psychopathologique de la mémoire. Au sens neurologique, la mémoire est la capacité d'acquérir une information, de la conserver et de la restituée. La définition de la mémoire, d'un point de vue social concerne la conduite d'un récit et la lutte contre la condition d'absence. Mais, ce *récit est fait en présence de quelqu'un*, et il existe une prise en compte de l'événementiel. L'individu évoque le « stockage de l'information » au sens neurologique, mais, selon ses propres perspectives, selon son histoire et selon ses propres associations. La mémoire est en lien alors avec l'imaginaire du sujet, ses fantasmes, et la mémoire collective et familiale en particulier. A la composante « passive » du stockage d'informations s'oppose les aspects dynamiques de construction du passé. L'hétérogénéité même des différents types de mémoire, décrites au chapitre neuropsychologique, sont difficiles à distinguer en dehors de l'évaluation elle-même. Cependant la vaste question de la mémoire, rassemble inévitablement les aspects cognitifs et les aspects affectifs dans un environnement donné, et à un moment donné pour un individu.

Dans l'écoute du patient dément Alzheimer, il existe encore une trace personnelle et une référence familiale qui s'expriment à travers la répétition (faute de mots ?) comme lien avec le passé. Là encore, la mémoire auto-biographique est mieux « réactivée » dans le travail psychothérapeutique que ne le laisseraient supposer les tests de mémoire, ce qui permet de faire le lien entre la mémoire et les émotions, même si l'évaluation statistique est rendue difficile. Au-delà de la notion de stockage et de rappel, au sens classique de la définition de la mémoire, la mémoire « prospective » non explorée par les tests, la mémoire « épisodique » essentielle du fait d'une détermination affective et émotionnelle, régissent en partie le stockage et le rappel du souvenir.

Il existe des mémoires dont les mécanismes sont différents les uns des autres et qui

questionnent la notion de transmission du passé au présent et des interactions entre un individu et son entourage. La mémoire individuelle est aussi le produit des événements et de la mémoire familiale.

Dans la théorie psychanalytique, il n'existe pas à proprement parler de théorie de la mémoire mais toujours un travail de mémoire, pourrait-on dire. Le modèle de S. Freud (1895), a voulu rendre compte d'une théorie psychologique sur un modèle neurologique. Mais les travaux psychanalytiques ultérieurs ont mis en évidence les liens entre mémoire, événement et traumatisme (comme trace), au sens d'un débordement des défenses du moi et d'une quantité d'excitation qui ne peut être contenue par les réseaux habituels. Ces derniers correspondent aux « barrières de contact » décrites par Freud et qui correspondent aux synapses.

Dans cette articulation entre mémoire et traumatisme, c'est le concept d'après-coup, comme reconstruction « après-coup », qui apparaît dans la théorie psychanalytique. La première conception de S. Freud à propos du traumatisme concernait une scène de séduction de l'enfant par un adulte, ce qui a donné naissance à la notion de traumatisme sexuel. Ce traumatisme initial s'exprimerait ultérieurement par un symptôme hystérique à cause de la trace laissée par cette scène. La notion de remémoration des événements infantiles permettait alors de penser que le symptôme peut disparaître. S. Freud a élaboré ensuite l'idée que le traumatisme sexuel premier est, en réalité, un fantasme ou bien une reconstruction fantasmatique de l'événement, dans la plupart des cas. La reconstruction a lieu « après-coup » au moment de la puberté et de la sexualité adulte. L'aspect traumatique est lié à ce qui se passe au dedans de l'individu plus qu'à l'événement au dehors. La notion de remémoration est tombée plus ou moins en désuétude ces dernières années, ce qui signifie que la restitution d'un événement passé en tant que phénomène de mémoire a perdu de son intérêt au profit de ce qui se passe dans la relation thérapeutique.

D'autres axes de recherche concernent principalement la transmission, la mémoire du corps et la mémoire familiale. La mémoire du corps pourrait-elle être l'équivalent de la mémoire autobiographique, lorsque la mémoire ne peut s'exprimer par le langage verbal ? Ainsi, lors d'un traumatisme infantile précoce lié à une séparation, la réaction émotionnelle reste comme une trace qui ne peut être élaborée grâce au langage verbal. Par la suite, il pourra se manifester une décompensation psychosomatique à l'occasion d'autres événements (naissance, décès). Les recherches récentes sur le tatouage montrent également l'existence d'une mémoire autobiographique du corps. Les événements sont directement inscrits sur le corps, donnant lieu à une inscription sur la peau plutôt que dans la mémoire : cela correspond aux recherches de D. Anzieu sur le « Moi-peau » (1974).

En pédopsychiatrie, d'autres recherches se développent sur la dynamique familiale à propos des interactions précoces mère-enfant, pour proposer des modèles de transmission culturelle et familiale pour aborder la question de la mémoire et de l'amnésie affective. Par exemple, l'étude de la transmission des prénoms, des patronymes d'une génération à l'autre montre que dans les familles de psychotiques, le prénom d'un enfant mort est plus souvent transmis que dans les familles témoins. Les recherches dans le cadre de la thérapie familiale ont largement montré, également, que des événements vécus à la génération précédente et gardés secrets tels que le suicide, une mort violente,

un avortement, continuent à « influencer » le psychisme des descendants. Il existe une transmission familiale des contenus psychiques véhiculés par le langage et une transmission de contenus « événementiels », non-dits, servant de base au mythe familial. Le mythe familial, selon A. Ruffiot (1981) est «un récit qui met en scène des actions et des héros imaginaires dans lesquels sont transposés des événements historiques réels ou souhaités, dans lesquels se projettent certains complexes individuels ou certaines structures sous-jacentes des rapports familiaux».

Les recherches à partir du lien de filiation déterminent un autre abord de la question de la transmission familiale. Ainsi dans l'étude de certaines psychoses (délires de filiation), J. Guyotat (1986, 1988), analyse ce lien selon deux axes : «d'une part, l'axe institué, par lequel l'individu est dit par le groupe, père de / fils de. Cette relation d'appartenance a une certaine lignée, se base sur des institutions langagières (patronymes, prénoms) ou non langagières (règle d'héritage, statut juridique) ; l'autre, narcissique, qui correspond à la dimension imaginaire de la filiation et se base sur la reproduction du même (de génération en génération), fantasme d'immortalité en quelque sorte. Ainsi, [...] certains événements familiaux, mort prématurée, suicide, stérilité, adoption [...] favorisent cette dimension imaginaire, renforçant le mythe familial et un certain type de transmission intergénérationnelle en particulier» (J. Guyotat 1986,1988).

Le passé de l'individu peut ainsi être compris à travers une double reconstruction prenant en compte à la fois la mémoire fantasmatique individuelle et la mémoire mythique familiale. Les processus de transmission intergénérationnelle ont été étudiés dans les travaux de A. Ruffiot (1981), A. Ruffiot et F. Aubertel (1985), et E. Granjon (1990) entre autres.

La mémoire se transmet de la famille à l'individu à travers des contenus psychiques, du passé au présent, d'une génération à l'autre, et s'ouvre un champ de recherches et d'articulations communes entre la transmission génétique, la transmission psychique et la mémoire familiale. Dans l'ouvrage collectif dirigé par R. Kaës (1993), la question de la transmission psychique est mise en débat par rapport aux différents modèles de référence. R. Kaës analyse trois modèles de transmission : le modèle de l'hérédité avec la question de la dégénérescence, le modèle de l'épidémie et de l'immunité, et le modèle de la contagion mentale avec la psychologie des foules.

Nous retrouvons chez cet auteur un point d'accordage, à mettre en évidence avec les deux axes de transmission dont parle J. Guyotat (cité plus haut). L'axe du rapport des générations selon R. Kaës, ou l'axe institué selon J. Guyotat, conduisent à penser le sujet comme sujet d'un héritage. Cette transmission «implique la précession du sujet par plus d'un autre» (R. Kaës, 1993). C'est au sein de cet ensemble que constitue le groupe familial, que l'enfant prend la place qui lui est nommée, donnée à la fois par le groupe, par le corps et par le langage. Cet axe doit se combiner avec l'axe narcissique, dimension imaginaire de la filiation selon J. Guyotat, dimension narcissique et négative selon R. Kaës ; narcissique au sens de la formule de S. Freud, si souvent entendu dans le séminaire de R. Kaës, comme d'un sujet étant «à soi-même sa propre fin» et d'être «le maillon d'une chaîne à laquelle il est assujetti sans la participation de sa volonté» et négatif au sens de ce qui n'est pas là, ce qui fait défaut dans le contrat avec l'enfant concernant la non réalisation des « rêves de désir » des parents.

La question de la transmission se poserait-elle dans « l'urgence » pour ce qui concerne les deux extrêmes de la continuité de vie ? L'urgence de la transmission se manifeste, dans la clinique avec les sujets âgés, par cette forme d'impératif à retrouver son passé pour vivre le présent, et également dans la demande implicite de l'interlocuteur de la personne âgée, de faire des ateliers « mémoire » un travail de « remémoration ».

A l'inverse, la démence comme maladie des liens semble immobiliser le travail de la transmission entre les générations, comme une urgence à *s'arrêter de transmettre* et urgence sur le plan narcissique à s'arrêter de se dire de se transmettre comme un relais générationnel impossible. Nous retrouvons ainsi l'importance de la question du positionnement, de la place de chacun qui se structure tout au long de la vie à partir des expériences des différents miroirs.

Le cadre de ma pratique de la thérapie familiale permet de situer la mémoire individuelle dans l'espace de la mémoire familiale. L'abord de la recherche psychopathologique et psychothérapeutique de la démence élaborent des perspectives nouvelles sur le sens de la transmission psychique, sur le sens des événements « à la charnière de l'individuel et du groupal », et sur l'organisation du réseau généalogique.

Le sens de la thérapie familiale est d'aider un groupe à faire famille, c'est tout autant aider les membres à retrouver une place individuelle dans le groupe familial. Le temps que dure un travail de thérapie familiale aide à cette prise de conscience des générations, dimension d'un temps qui permet que se réalise une appropriation d'un temps psychique.

Dans la pratique gériatrique, le travail des entretiens familiaux, est centré sur la place de la personne âgée, place qui se rejoue au moment de la situation de crise et par un état de dépendance à l'autre. Cette question de la place, dans le travail du vieillir, relance la question de l'origine, des racines, avec l'idée de pouvoir s'appuyer sur le passé, plus rassurant que le futur incertain, et sur la filiation.

5. Articulation de ces trois champs : la psychogérontologie clinique

Ce champ représente, à mes yeux, le champ de la psychologie clinique de la personne âgée, car dans le contexte général du vieillissement, il concerne l'étude des processus affectifs, sociaux et cognitifs. La psychogérontologie clinique est un champ de pratique et de recherche en devenir, et vise à appréhender les enjeux du vieillissement par une approche psychodynamique et psychopathologique. La psychogérontologie est également mon champ d'exercice professionnel depuis plus de dix ans, et j'ai pu mettre à l'épreuve mes implications dans la recherche par mon inscription en DEA et par ma participation au groupe de recherche en psychogérontologie clinique à l'institut de psychologie de Lyon II, dirigé par J. Gaucher.

Au delà de la spécificité des champs et de la création de regroupements transversaux et différents, c'est davantage le niveau, le type et la qualité d'écoute qui sont essentiels. A

titre d'exemple, la formation à la thérapie familiale m'a enseigné qu'il est possible d'avoir une écoute de type groupal/familial dans un travail individuel.

Ce champ psychogérontologique se situe au carrefour de différentes disciplines (médicale, psychologique, sociale, etc.), la prise en compte de différents champs théoriques constitués car la question de la démence en appelle en particulier aux champs neurologique, cognitif et psychopathologique.

Le vieillissement est un phénomène extrêmement hétérogène ; l'accent est porté sur l'influence de l'histoire individuelle et familiale et sur les éléments de la personnalité antérieure. Les différents éléments affectifs, sociaux et psychologiques participent à la création de facteur de « résilience » répondant aux facteurs de risque liés aux problèmes cliniques du vieillissement.

Dans ce quatrième champ, qui constitue du fait de ma pratique clinique un « métachamp », dans l'actuel et indépendamment des circonstances individuelles qui ont tendance à définir une approche strictement individuelle, les personnes âgées rencontrées, et plus spécifiquement le corps du sujet âgé, renvoient à l'idée de pertes : perte de force, perte de rapidité, perte de tonicité etc. La modification de certaines fonctions est également associée au grand âge : perte de mémoire, perte de l'équilibre. Le corps de l'âgé apparaît en général comme un corps qui fonctionne moins bien et marqué par la perte.

Les remaniements corporels importants ont des effets sur le narcissisme de la personne et peuvent conduire à une véritable crise identitaire (que suis-je devenu ?). Selon les idées de E. Jaques (1963) à propos des crises postérieures l'enfance, il se produirait un réaménagement de l'équilibre pulsionnel entre pulsion de vie et pulsion de mort, entre Eros et Thanatos, qui entraînerait une élaboration nouvelle de la position dépressive.

La crise du vieillissement serait-elle alors liée à une remise en cause des identifications : celle des parents de l'enfance, celle des parents morts ? Du point de vue de la mémoire du corps, des « trahisons » du corps (H. Bianchi, 1989), la crise du sujet âgé mobilise la question de la réassurance narcissique ; en son absence, il y a alors une impossibilité de s'identifier à son corps. Dans ce contexte, c'est l'enfant rêvé, imaginaire qui peut être resurgit. Cela réactive, sur un mode affectif, la mobilisation des identifications dites archaïques et une reviviscence des objets oedipiens. Dans la réalité, il existe une confrontation par rapport à l'écart entre les figures parentales, telles que le souvenir enfant les a conservées, et le père et la mère morts.

Dans ce chapitre, nous aborderons la question de l'image du corps et du vieillissement, après avoir posé quelques interrogations concernant des thèmes aussi vastes que difficiles tels que le temps et la mort. La démence nous confronte à l'horreur de la mort psychique, là où la castration symbolique rejoint la castration réelle. La clinique de la démence nous oriente vers la question d'une actualisation de la souffrance, avec la perspective de la mort à venir. Mais le travail du vieillir est également à comprendre comme une dynamique, comme un objet désignant cette dynamique, lien sans doute toujours recommencé et qui ne cesse d'interroger nos liens d'attachement. En ce sens, le travail d'identifications s'inscrit dans la continuité de la vie. Le travail psychique devient

alors un passage « obligé » pour penser (et panser) sa vie affective et élaborer une distance suffisante.

De ce point de vue, le rôle de l'involution des organes est relativement mineur par rapport au contexte social, familial, économique et, surtout, par rapport aux représentations que chacun se fait du vieillissement. Plus précisément cela interroge le *rapport réflexif à soi-même* au regard des représentations de la vieillesse, et des ressources symboliques et temporelles de chacun. L'altération identitaire, dans la démence de type Alzheimer, va jusqu'à remettre en cause ce qui demeure constitutif de la personne humaine, à savoir la permanence du maintien de soi.

5.1 Le temps et (est) la mort

La question du temps semble fournir un exemple de l'interrogation sur le passage du corps au psychisme et peut-être du psychique au corporel. La conscience de se savoir mortel ainsi que l'inscription inéluctable dans la temporalité sont des questions qui articulent à la fois l'intime et l'universel. La démence, comme maladie des liens ou du lien, interroge les effets, les emboîtements aux différents niveaux :

- Intra-individuel
- Inter-personnel
- Inter-groupal familial, institutionnel.

Ces emboîtements se présentent comme des *points de bascule* dans la démence où s'organisent et se désorganisent les rapports à soi, à l'autre, dans un mouvement de « familière/étrangeté ».

La personne âgée rencontrée dans les différents lieux de soins parle de l'existence, du temps et du vieillissement. Elle semble dire : « avec le temps vous deviendrez comme moi. Le corps change, et c'est comme s'il y avait un regard du dehors vers le dedans. Le présent, l'actuel, donne cette perspective du temps : temps de prise de conscience avec son intériorité cachée ou refoulée ou encore déniée ».

W.R. Bion (1979) parle de ce voyage de la naissance à la mort : « mes premières expériences concernaient quelque chose qui touchait ce qui, je l'appris plus tard, était « Moi ». Les changements de pression du fluide m'environnant variaient de ce que « Moi » appelais : plaisir, à ce que « Moi » appelais : douleur. »

Mon allusion dans l'introduction, à l'idée de la démence comme maladie de la conscience, irait dans le sens d'une maladie de la temporalité et de la question de l'angoisse de mort, constatées ailleurs par N. Bouati (1999). Je pense, ici, à cette patiente suivie en hôpital de jour puis accueillie en long séjour, qui m'annonçait qu'elle avait « arrêté le temps », en m'expliquant qu'elle avait tout simplement « scotché les aiguilles de l'horloge de sa cuisine ».

Le monde du présent, que le patient dément ne peut plus habiter, risque de conduire à un isolement défensif. La place du sujet dans la question du placement s'efface comme équivalent d'un présent à dissoudre. C'est ce que l'on retrouve dans cette équation

mortelle signifiée par la personne démente « si je perds la mémoire, (alors) je me perds» (A. Sagne, 1996). Ceci va dans le sens défini par J. Maisondieu (1989) qui parle d'un sujet devenu dément parce qu'il n'existe plus à ses yeux et dans le regard des autres. Son travail de recherche l'a conduit également à formuler l'idée d'un «miroir-effacement» dans la démence à l'inverse du miroir-inscription chez l'enfant. Nous reprendrons cette question dans la troisième partie de notre réflexion.

Dans la démence comme maladie du temps, comme forme de maladie de la conscience, quelle forme de passage serait-il saisissable avec l'idée que l'inconscient ignore le temps ? Quelle est la nature des liens entretenus ou non entre ces deux « temporalités » ? La référence à la métapsychologie freudienne, montre que deux systèmes de fonctionnement psychique correspondent à deux systèmes de temporalité qui co-existent simultanément dans le psychisme. Ces deux systèmes sont le processus primaire et le processus secondaire où le temps peut-être appréhendé sur un mode de continuité ou de discontinuité, en fonction de l'impact de l'un ou de l'autre donné par le sujet lui-même.

Ces questions soulevées dans ce chapitre, dans un registre très large comme celui de la temporalité, orientent cependant les modèles de recherche en psychogérontologie. Par exemple, le modèle « déficitaire » met en évidence ce « quelque chose » en moins qui caractérise cette approche du vieillissement. Le modèle déficitaire part de la notion de déficit en élargissant le champ d'investigation : depuis l'étude des praxies, des gnosies, du langage jusqu'aux déficits mnésiques et cognitifs. Un spectre de plus en plus large qui explique la multitude de théories autant que le carrefour de plusieurs disciplines concernées, et qui conduit à une multitude d'échelles d'évaluation visant à reproduire l'étendue des déficits chez la personne âgée, et chez la personne âgée démente en particulier, pour indiquer les conduites thérapeutiques à tenir. Aujourd'hui, et en conséquence de ces approches multiples dérivées du concept de déficit, les progrès ont accentué le décalage entre la connaissance de la maladie et celle du malade. C'est sur ce mode paradoxal que l'on retrouve dans les suivis le « devoir » de «commencer par une estimation précise du déficit» (H. Rey, 1967), tout en soulignant de nous garder de définir «la personnalité du vieillard seulement en termes de déficit, par référence plus ou moins consciente à l'âge adulte», et mettant en évidence le déclin des fonctions cognitives. La démence apparaît bien comme le paradigme déficitaire, posant ainsi la question de la continuité ou non de vieillissement/démence, ainsi que la notion d'irréversibilité.

La neuropsychologie et la psychologie cognitive appliquées à l'étude du vieillissement ont pu prendre le déficit comme inéluctable et comme temps premier de la notion de déclin. Cependant, au delà de ce qui reste attaché à une représentation sociale du vieillissement, ces disciplines ont également montré d'une part l'hétérogénéité des démences de type Alzheimer (P. Celsis et al., 1991), grâce à l'imagerie fonctionnelle cérébrale et d'autre part la variabilité inter-individuelle des performances cognitives (S. Valdois et Y. Joannette, 1991), dont nous avons parlé dans le chapitre 3.

Au plan social, le déficit a pu être associé à l'image du retrait (retraite) comme le négatif de l'activité (le travail). H. Reboul (1973) a bien analysé le lien social établi entre la retraite et la vieillesse quand elle écrit : «Quand on prend sa retraite, on perçoit sa pension-vieillesse ; quand on est retraité, on est donc perçu comme un vieux». Différents

modèles montrent le risque toujours présent de confondre le vieillissement avec le déclin, avec l'usure. Mais c'est aussi dans un registre sociologique, une position de plus en plus critique de ce modèle « déficitaire » en termes de « la retraite, une mort sociale » (A.M. Guillemard, 1986).

Depuis longtemps, d'autres travaux mettent en question ce paradigme déficitaire, et en particulier les travaux de L. Ploton qui parle de « symptômes d'allure déficitaire » et qui débat sur les questions d'irréversibilité et d'inéluctabilité. Cette démarche pousse J. Maisondieu à considérer la démence comme seule façon d'échapper au poids accusateur du multiple regard de la société, des parents, des enfants portés sur le vieillard. Le pas est franchi vers un autre modèle qui est celui de la culpabilité. J. Gaucher a travaillé cette question dans le rapport parent/enfant, la personne âgée se représentant elle-même comme une trop lourde charge pour ses enfants qui ressentent les effets d'un sentiment de culpabilité en lien avec des angoisses d'abandon. Cette culpabilité concerne également les soignants auprès de personnes âgées. Des mécanismes identificatoires sont en jeu dans ce « vécu d'abandon, auquel il sera si souvent renvoyé en miroir de celui du patient » (L. Ploton, 1990).

Le mécanisme identificatoire est posé également par J. Gaucher (1993) en terme de modèle de devenir, des personnes qui en parlent, (les enfants ou les soignants) en dénonçant le modèle héréditaire. Cet auteur en réfère à la notion de filiation plutôt qu'à celle d'hérédité, en soulignant « l'écart entre la connaissance d'une réalité scientifique et l'inquiétude liée à une sorte de « croyance » inter-générationnelle du déclin cognitif du grand âge. Un parent supposé contenir un savoir, auquel il est identifié peut-il perdre ses capacités cognitives sans déclencher chez la génération suivante des angoisses profondes » ?

Dans la démence type Alzheimer, la question de la mort semble « effacée » ; les différents auteurs ont souligné alors l'incapacité supposée d'affronter la question de la mort pour parler de « déni de la mort ». Cette hypothèse est reprise sous la forme d'un « non bilan de vie » où la question « de la mort à venir comme n'ayant pas lieu », relançant ainsi l'hypothèse d'un « stade de vieillesse » non élaboré, (J. Gaucher, 1993). La question de l'élaboration d'une crise, celle de la sénescence, est posée ici avec acuité.

5.2 Le concept de « crise » en psychogérontologie

A partir du modèle de la crise, E. Jacques (1963) parle de deux crises vitales pour l'individu : la première après l'âge de 35 ans et la deuxième après 65 ans. La crise dite du « milieu de vie » correspond à la capacité du corps de lier ensemble pulsion de vie et pulsion de mort. C'est aussi le début de la prise de conscience de la mort comme concernant la personne elle-même, avec une confrontation entre une force constructive et une force destructive. L'élaboration de la « position dépressive », de la perte et du deuil dans le développement, constitue un moment de crise qui existe dès la première année de la vie. L'image idéale de soi-même, le Soi Idéal, le Moi-Idéal, l'Idéal du Moi, sont mis en crise à plusieurs reprises dans la vie de l'individu. Un travail de désillusion est nécessaire, impliquant deuil et séparation à l'égard d'un objet idéal. Si l'idéalisation est sur un mode trop narcissique, les différentes crises seront difficiles à surmonter.

Chaque individu, à partir de son histoire et de son expérience, s'appuie sur des étayages multiples pour construire le lien humain avec lui-même et avec autrui. Ce lien se constitue à travers différentes épreuves de discontinuité entre les événements de vie et la manière dont le sujet les met en forme, pour rétablir une continuité. Le modèle de la crise, comme modèle reconnu et partagé, rend compte des différentes crises que traverse chaque individu. Nous parlons de *crisematurative* pour désigner une étape dans le développement de l'individu, étape nécessairement admise comme source de maturation psychique et affective (crise de la « mise au monde », crise adolescente, crise dite du milieu de vie, crise de la vieillesse etc.) et nous parlons de *crise conjoncturelle* pour désigner une épreuve, une mise en crise liée à un événement (maladie, veuvage, passage à la retraite, etc.). La crise, la mise en crise, nécessite un travail d'élaboration psychique comparable à un travail de deuil, pour pouvoir dépasser cette crise et continuer d'habiter sa propre vie : ce travail est tout tracé par le titre de l'ouvrage collectif sur la crise (R. Kaës et coll., 1979).

La rencontre hospitalière avec un patient et un ou plusieurs membres de sa famille, se fait peu ou prou dans un contexte de crise. Les troubles du comportement ou de la conduite de la personne âgée sont autant de symptômes qui ont, à mon sens, valeur de *reflet* de cette situation de crise et également à interpréter comme source d'un déplacement, d'un appel à un changement relationnel. Dans la réalité des consultations, cet appel au changement contient un mouvement destructeur lié sans doute à la pulsion de mort, qui entraîne souvent une décision de changement de place par la voie de l'institutionnalisation. Pourtant, cet appel au changement, comme toute situation de crise, est un appel à recréer du sens, en même temps qu'il s'agit d'une demande d'étayage thérapeutique. Dans la problématique de la transaction démentielle en particulier, mais sans doute également dans le travail du vieillir comme phase de mouvement régressif « familial/individuel », il y a une demande sous jacente de faire un travail de lien entre la plainte (le corps malade) et la souffrance psychique. Cet appel relationnel, dans un contexte de mouvement régressif, fait ré-émerger et ré-interroger la place de l'aïeul comme figure d'identification, et également dans un contexte de double, figuré par le couple parent/enfant constituant l'aidant principal du patient.

D'une manière générale, le travail de thérapie familiale comme celui des entretiens en situation de crise chez le sujet âgé, nécessite de la part des intervenants une analyse de la distance psychique et une élaboration de la qualité de contenant de l'individu et du groupe.

5.3 Image du corps, vieillissement et miroir sonore

Nous voulons, dans ce chapitre, pointer quelques lignes de force qui sont en lien avec notre travail sur le vieillissement et sur la démence. En accord avec H. Bianchi (1989), nous dirons que «le retour au narcissisme est le symptôme d'un certain mode de vieillissement, comme le sont également le défaut de sublimation et le déclin du surmoi».

Le concept d'image du corps est au confluent de nombreuses recherches sur les rapports entre mentalisation et somatisation, sur les limites du Moi, sur les contenants de pensée. Le vieillissement s'inscrit aussi dans le corporel, combiné au changement dans

l'économie psychique. Les rapports du corporel et du psychique sont des questions centrales au moment de la crise de sénescence et du travail d'élaboration de cette crise, avec un accent mis sur les blessures narcissiques. Parler d'image du corps, c'est aussi nécessairement faire référence au mythe de Narcisse s'éprenant de sa propre image, et de la nymphe écho dont la voix résonne sans fin.

Avec le temps, l'image du corps, l'image de soi change et se transforme. Les premières expériences de la vie restent cependant un modèle de relation d'objets influençant la relation aux autres et à soi-même. Ce temps de crise, de passage de séparation/retrouvaille avec ce qui précède, amène à l'idée d'une limitation, d'un sentiment de finitude. Le corps fait l'expérience de sa propre limitation et de la question de la mort à venir.

Le travail de P. Schilder (1966) à propos de l'image du corps, parle aussi du réveil du Moi, du fait de l'expérience du plaisir et de la douleur liée aux événements de vie. Selon M. Klein, l'image du corps se projette dans le monde et le «corps du monde» est introjecté dans le corps propre. Selon E. Bick (1968), l'image du corps, peu différenciée chez le bébé, a besoin de la médiation de la peau de la mère pour rassembler et contenir les divers morceaux d'expériences que l'enfant ne sait pas encore distinguer comme somatique ou psychique ; c'est l'équivalent chez W.R. Bion de la «capacité de rêverie» de la mère qui assume cette fonction temporaire de contention et d'élaboration des «anxiétés de mort» de l'enfant.

Même si l'image du corps ne figure pas dans le vocabulaire de la psychanalyse, ce concept est important car il met en évidence la prévalence de la relation à l'image du semblable intimement liée à la représentation que l'individu a de son corps. S. Freud, puis à leur tour H. Wallon, J. Lacan, R. Zazzo, F. Dolto, D. Anzieu : chacun a pressenti l'importance du rapport au miroir et du langage dans la construction de l'être.

Dans son étude sur les «enveloppes psychiques», et en particulier sa théorie du «Moi-peau», D. Anzieu a fait de la sensorialité tactile, un des modèles organisateurs du Moi et de la pensée. Le Moi (le sentiment de soi, le sentiment d'identité) se constitue par les expressions tactiles, et la découverte du monde et de soi s'établit principalement par le toucher. La peau, en tant que surface, comporte également une face interne et une face externe qui distinguent le dedans et le dehors et définit un volume et constitue une enveloppe. C'est aussi une structure intermédiaire de l'appareil psychique. Le Moi-peau est «un concept opératoire précisant l'étayage du Moi sur la peau et impliquant une homologie entre les fonctions du Moi et celles de notre enveloppe corporelle : limiter, contenir, protéger»(D. Anzieu, 1985). Le sentiment d'identité s'étaie aussi sur les différentes fonctions du Moi-peau.

Cependant, D. Anzieu souligne dans le «Moi-peau» que cette légende de Narcisse montre bien l'antériorité du miroir sonore («peau auditivo-phonique») sur le miroir visuel. Cette image du corps est indissociable du miroir puisqu'elle renvoie à la prévalence de la relation à l'image du semblable dans la représentation que l'individu a de son corps. Citons encore D. Anzieu qui nous donne du miroir sonore le premier miroir tendu à l'enfant : «le soi se forme comme une enveloppe sonore dans l'expérience du bain de sons, concomitante de celle de l'allaitement. Ce bain de sons préfigure le Moi-peau et sa

double face, tournée vers le dedans et le dehors, puisque l'enveloppe sonore est composée de sons alternativement émis par l'environnement et le bébé [...] le miroir sonore, puis visuel n'est structurant pour le soi, puis pour le moi qu'à condition la mère exprime à l'enfant quelque chose d'elle et de lui et quelque chose qui concerne les qualités psychiques premières éprouvées par le soi naissant du bébé».

Dans la mesure où le Moi spéculaire se constitue à partir du miroir sonore autant que du miroir visuel, le concept de «Moi-peau» rejoint le concept d'image inconsciente du corps de F. Dolto. Cet auteur nous rappelle que l'image scopique ne peut prendre sens que par la présence aux côtés de l'enfant, d'une personne qu'il connaît. Ce qui est aliénant selon F. Dolto, c'est lorsque l'expérience du miroir n'est que scopique, c'est-à-dire lorsque l'appel, le geste reste sans réponse, sans communication. De même que l'instauration du Moi-peau correspond à une enveloppe narcissique pour assurer un bien être de base, l'image du corps, support du narcissisme, permet de communiquer avec autrui. Ils constituent des inséparables du miroir par un double ancrage à la fois corporel et intersubjectif, à l'origine de la vie psychique.

R. Zazzo (1972 à 1983) a développé les interrogations sur l'image spéculaire et son travail sur la genèse de l'image de soi. Il en conclut que «l'identification de soi ne surgit pas dans une illumination soudaine que traduirait, comme ont prétendu certains auteurs, l'éclat de la jubilation. L'identification, l'appropriation de l'image spéculaire s'opère sans doute par un long processus avec des moyens probablement multiples, des tonalités affectives contradictoires». Ce même auteur a également montré l'importance de la présence de la mère portant l'enfant devant le miroir et lui parlant, écrivant à propos de son film de 1973, intitulé « A travers le miroir »: «l'image de soi se forme à l'image d'autrui par imitation et dialogue [...] il est probable que le contact avec autrui reconnu depuis longtemps dans le miroir favorise la reconnaissance de soi par contiguïté, mais nous ajouterons que ce contact est tout autant sonore que visuel [...]».

Cela nous amène à évoquer ce que nous rappelle D.W. Winnicott (1971) à propos de l'enfant, qui se regarde dans la glace et peut se rassurer «parce que c'est l'image de la mère qui est là, que la mère peut le voir et enfin que la mère est en rapport avec lui». La psychothérapie pour cet auteur consiste à réfléchir ce qu'apporte le patient, c'est-à-dire un dérivé complexe du visage qui réfléchit ce qui est là pour être vu et entendu. Toutes ces descriptions de l'expérience du miroir montrent l'importance de l'accompagnement de la mère, les manières dont l'enfant est porté, désigné et manière dont l'objet lui est désigné.

Nous avons souligné à plusieurs reprises le besoin d'accordage ressenti par les patients déments. Cela nous évoque, ici, les expériences de D. Stern (1977) à propos des bébés et de ce qu'il nomme «affective attunement», traduit par « accordage affectif », qui souligne la nécessité d'un miroir sonore pour découvrir et partager quelque chose de sa vie intérieure.

Ce nom d'accordage affectif rend compte de conduites d'accordages, en déplaçant l'attention vers l'état affectif interne, vers la qualité du sentiment à partager. Si on rapproche ces notions de l'étude d'A. Green sur l'affect (1973, 1980), cela donne une fonction représentative de l'affect lui-même. En ce sens, la fonction de représentation de l'affect préfigure la représentation de l'objet car les réponses en écho de l'enfant aux

affects de la mère prennent valeur de représentation de la mère et constitue une forme de symbolisation précoce.

Le niveau émotionnel repéré dans ma pratique clinique avec les sujets déments réactive avec force ce modèle d'accordage affectif, étudié dans le développement. Le moteur est le nouage affectif, le climat relationnel pour que le patient investisse la relation dans la durée.

5.4 Une clinique de la régression

La dimension de passage du corps au psychisme apparaît centrale dans les recherches actuelles sur l'observation mère/enfant. En examinant ainsi les modélisations actuelles sur les débuts de la vie psychique, c'est sur la place de la mère comme objet d'investissement qu'est mis l'accent ainsi que sur deux notions qui peuvent paraître contradictoires : la réciprocité et la dyssymétrie de la relation. La relation suivie avec les sujets déments et l'accompagnement dans leur voie régressive nous invitent à ce retour en enfance et à un coup d'œil sur les commencements. C'est ce défaut de raccordage chez le sujet dément qui nous entraîne vers la notion des premiers signifiants. Il faut qu'un tiers intervienne et notamment par le langage, pour aider à faire le lien entre deux perceptions, ou encore par la délimitation de paires d'opposées (chaud/froid). La situation de la personne démente renvoie à l'image de l'impuissance du bébé et à sa dépendance première, bombardé de stimulations diverses et exposé à revivre cette dépendance à l'environnement.

Dans son travail de recherche, C. Montani (1993) fait un rapprochement entre le mécanisme de démentalisation et celui de régression, en posant la question d'un « retour à, d'un retour vers, ou d'un retour de » à propos de la régression démentielle. Cet auteur précise qu'il s'agit d'un « retour vers » l'infantile, en soulignant cependant « l'existence d'une sorte de résidu organisateur propre à chacun qui se perpétuerait quels que soient les dommages et l'uniformisation engendrée par la pathologie ».

Cette question du « retour » comme on dit du « retour d'âge », remémore en moi un moment d'un groupe, avec cette image actuelle d'un temps ou plutôt d'une horloge sans aiguille (notion « d'horloge figée » selon N. Bouati, 1999). Les participants de ce groupe, avait comme support ce jour là, le thème de « donner/recevoir ». Un temps de conflit s'est produit entre deux participants, l'un déambulant sans cesse, l'autre cherchant à le maintenir dans le cercle des participants. Le premier est alors sorti de la pièce. Une patiente, après un long temps de silence, s'est exprimée : « il faut repartir à zéro » en même temps qu'un mouvement de recentrage vers le tableau s'effectue, (comme support matériel de choses). De ce fait, trois personnes se retrouvent devant le tableau faisant ainsi « disparaître » le support habituel. Une patiente a alors dit : « il nous faudrait des mots d'avance » s'adressant à moi et complétant ainsi : « je suis là pour écouter, c'est à vous de parler ». Cette disparition du support interpellait ma situation d'engagement dans ce groupe. Ce qui dans la question même du « retour », replaçait les participants dans une position générationnelle d'antériorité, oubliée ou déniée jusqu'alors ?

L'exemple de ce moment du groupe a interpellé l'idée de mon propre « compte à

rebours » et la question du devenir (partir avec des mots d'avance, avec un passé et des souvenirs) ou du non-devenir (repartir à zéro, comme équivalent de remettre le compteur de la vie à zéro). L'idée d'un point zéro fait associer à l'idée d'un retour quasi chronologique, à l'idée d'un point de départ de la pensée comme point zéro. La question du temps fournit-elle un exemple de passage du corporel en tant qu'éprouvé au psychique, en tant que début de la mentalisation ? Cela passe par la perception, perception visuelle, mais aussi perception du temps et d'une certaine rythmicité.

Le mouvement régressif, un double mouvement de régression et de dépendances, observé dans l'évolution de la démence, s'entend comme un retour à des formes antérieures du développement psychique, ou des relations objectales. Le concept de régression dans la théorie psychanalytique, met en avant la question des modes de relation de conduites d'un niveau inférieur du point de vue formel, concernant l'idée de structure mentale car cela renvoie à des étapes antérieures parcourues par l'individu. La réflexion clinique se réfère essentiellement au point de vue temporel en référence aux temps d'organisation du développement psycho-sexuel infantile. S. Freud (1914) précise que les différentes formes de régression n'en font qu'une, à leur fondement, car «ce qui est plus ancien dans le temps est également primitif dans sa forme et, dans la topique psychique se situe plus près de l'extrémité perception». Dans *Considérations sur la guerre et sur la mort*, S. Freud ajoutait : «Les états primitifs peuvent toujours être restaurés. Le psychique primitif est, au sens plein, impérissable». La pratique soignante quotidienne nous confronte à des positions régressives.

DEUXIEME PARTIE : Du parcours méthodologique à la pratique psychothérapique : la démence comme un «voyage» de retour

Cette seconde partie présente ce qui se rattache et se raccorde à notre pratique psychothérapeutique, qui fait suite au tour d'horizon de l'état de la question abordée en première partie.

L'ensemble de ce second temps concerne la pratique psychothérapeutique auprès de sujets âgés atteints de démence type Alzheimer. Une revue des différentes pratiques anglo-saxonnes et francophones rend compte des enjeux et de la prise en compte de la souffrance de ces patients et de leur famille, comme équivalent d'une demande d'aide. En institution, une méthode s'est progressivement imposée à moi : une évaluation n'a de sens que si une prise en soins est proposée. Si l'évaluation est réalisée sans l'abord psychothérapeutique, sans une attitude psychothérapeutique, le regard sur le patient reste déficitaire.

Au contraire de cette démarche, il me paraît important de nous centrer sur les capacités actuelles du patient, sur ses ressources psychiques pour l'aider à restaurer une estime de soi, une confiance en soi, en traitant d'abord la blessure narcissique du patient et la prise en compte des effets sur l'entourage familial.

La psychothérapie, ou plutôt les psychothérapies, prennent leur origine dans la question de l'influence et du rôle de la relation dans le changement psychique du sujet souffrant. La psychothérapie est issue pour une large part, des découvertes freudiennes sur le transfert et la place de l'inconscient, en partant de la parole et des associations du patient. Aujourd'hui, la psychothérapie met l'accent sur l'aspect intersubjectif du processus thérapeutique et, en particulier, sur la place prépondérante des effets de cette relation sur le thérapeute lui-même par la question du contre-transfert.

Sur ces bases, de nombreuses méthodes de psychothérapies ont vu le jour à partir des questions de la pratique clinique, en particulier depuis la psychothérapie en face à face jusqu'aux thérapies de groupe directes ou « médiatisées », en passant par les techniques corporelles ou encore par les thérapies comportementales. Le problème soulevé aujourd'hui par l'abondance et la multiplicité de ces pratiques psychothérapeutiques concernent l'évaluation et les effets de changement, qui nécessite une comparaison entre les méthodes (nous reviendrons sur cette question au chapitre 8.4).

La psychothérapie du sujet âgé, et en particulier du sujet âgé diagnostiqué dément, interroge les conditions de la demande, de l'offre de soins, des capacités de « parole » du sujet âgé, les déficits cognitifs liés à la pathologie de la mémoire, la pathologie dégénérative, les possibilités d'un travail d'identification, dans la mise en place de cette pratique de soins.

Ainsi, un certain nombre de « réalités » sont posées comme autant d'obstacles à une pratique psychothérapeutique auprès de ce type de patients. Des attitudes sont alors requises pour prendre en compte cette réalité, en commençant à s'intéresser au processus dynamique du vieillissement qui concerne le continuum de la vie du sujet. Cette question déborde le domaine des réalités biologiques pour s'ancrer dans la réalité psychique.

La rencontre première avec ces patients, en institution, dans le but de leur proposer un dispositif relationnel face à la souffrance observée et exprimée, pose des interrogations quant au dispositif, mais surtout quant à la disposition à rencontrer l'autre « dément », en lien avec le point de vue de l'individu soigné dans un environnement qui influence la manière de prendre en soins ; quant à devoir supporter de ne pas savoir, en lien avec la référence obligée ou non à la maladie et à ses troubles ; quant à la façon particulière de *tisser des liens* avec un sujet qui *perd le lien*. Le danger immédiat serait-il alors de vouloir changer autrui ?

La question de la psychothérapie est centrée sur la création d'un dispositif relationnel à partir duquel le sujet peut procéder à des remaniements.

Cette seconde partie est d'abord centrée sur mon parcours méthodologique. Puis, les chapitres suivants sont consacrés à la mise en lien avec les revues de la littérature anglosaxonne et francophone relatives aux pratiques psychothérapeutiques auprès de sujets âgés déments. Le chapitre consacré à la revue de la littérature anglo-saxonne sur la psychothérapie des personnes âgées démentes, est un travail de traduction que j'ai effectué à partir d'un article de R. Cheston (1998), qui reprend dans une vue d'ensemble, les différentes conclusions des approches psychothérapeutiques des différents auteurs.

Les derniers développements sont basés sur mon expérience psychothérapique individuelle et groupale.

6. Parcours méthodologique

Ce parcours méthodologique actuel est organisateur, du travail de la clinique avec les sujets âgés « déments » à l'élaboration théorique, d'un espace de cohérence (par rapport à une clinique des limites et du risque) à un espace de sens (visant à conceptualiser la réalité psychique du sujet dément).

6.1 L'objet/groupe comme élément transitionnel entre le subjectif et l'objectif, entre le perçu et le représenté

Ce *parcours méthodologique* est à comprendre comme un *travail de déconstruction* et d'analyse d'un cadre psychothérapique suffisamment contenant, en réponse à ce que nous communique le sujet dément. Nous sommes proche de ce que R. Roussillon (1991) nomme un « cadre à mesure », c'est-à-dire en tenant compte des ressources psychiques des patients dans l'actuel. La fonction de ce cadre est, à mon sens, de protéger d'abord le thérapeute en délimitant un dehors et un dedans, et, pour lui permettre sans trop de risque narcissique, de commencer d'investir la relation « pour deux » d'abord, avant qu'un espace de confiance se crée en même temps qu'une différenciation dedans/dehors (intérieur/extérieur) soit perçue par le patient.

L'expérience clinique montre que la vie psychique, la *réalité psychique n'est pas figée*. Il faut s'organiser pour rester mentalement présent face à la désorganisation psychique observée dans le phénomène démentiel. Ici, s'organiser mentalement signifie la mise en place d'un autre dispositif d'accompagnement de ces patients : c'est notamment « le passage d'une modalité individuelle à une modalité groupale » (cf. mon travail de D.E.A. 1996) de suivi thérapeutique. L'introduction de ce changement dans le dispositif vise à *contenir d'abord* (contenance pour ne pas se laisser décontenancer par l'attaque démentielle), et pour essayer de comprendre par l'investissement de ces patients au long cours, et en situation d'institutionnalisation.

Le parcours méthodologique est aussi une façon de rester vivant face à une maladie, décrite comme la maladie du lien et comme non-sens : ultime non-sens ou alors chemin de la régression pour lutter au maintien d'un intérieur, d'un *chez-soi* devenu source « *d'auto-destruction* » chez le dément ? Le relais par le perceptif (comme moyen de maintenir vivante une image de soi interne) est-il une manière de passer par « l'objet externe » pour maintenir « l'objet interne » de plus en plus défaillant ?

Autrement dit, *le maintien d'un chez-soi, d'une identité de soi, se réalise en appui sur des objets-fonction de supports perceptifs*. Mais les phénomènes d'illusion ou phénomènes d'hallucination sont aussi une façon de rendre compte que « l'objet d'investissement » (maman, les parents, la maison...) est un « objet » en train de se

défaire.

6.1.1 Un cadre d'inspiration transitionnelle adapté à la pathologie démentielle

L'instauration de ce cadre « d'inspiration transitionnelle », en référence à l'analyse transitionnelle (R. Kaës, 1979), est ici une façon d'aider la personne démente à *s'entendre parler de soi par l'intermédiaire d'un autre*. Le travail de la mémoire est un exemple de l'importance de la présence de l'autre : *la mémoire se crée/se retrouve en présence de quelqu'un*, c'est-à-dire que l'investissement du thérapeute *précède* l'investissement du patient dans la relation.

Inspiration transitionnelle signifie ici, à la fois les références faites aux phénomènes transitionnels (D.W. Winnicott, 1951) et également à une méthode générale d'analyse transitionnelle, individuelle ou groupale, développée dans l'ouvrage de R. Kaës (1979). Dans notre approche de la clinique avec les sujets « déments », le dispositif de groupe constitue un espace transitionnel, pour rendre disponible les *ressources actuelles* du patient, en déposer quelque chose dans cet espace constitué, et retrouver un *chez-soi* (sa vie intérieure, son paysage intérieur) après un travail de remise *en lien équivalent à un travail de couture* de la continuité de sa vie psychique.

La réflexion, après coup, concernant la mise en place de ce dispositif, éclaire la dimension *du lien, de la groupalité, de la présence physique et psychique du thérapeute*. Cela signifie toute l'importance de la *qualité d'écoute* et de *disponibilité interne* chez le thérapeute, si difficile et si exigeante auprès de sujets âgés déments qui réveillent l'horreur de la castration devant une psyché qui se perd. C'est dire que le cadre d'inspiration transitionnelle devient la condition de l'analyse possible de ce qui se passe entre les participants du groupe, thérapeute compris. C'est le rétablissement du visible, du concret, du perceptif, les réactions en *miroir* et en *écho*, mais aussi les échanges de pensées et de sentiments qui viennent rétablir une sécurité narcissique de base essentielle, pour vivre un changement qui ne soit plus un « scénario catastrophe ».

C'est la relation « ici et maintenant » qui permet de rétablir, pour un temps, la limite dedans/dehors. Nous sommes proches du concept de « Moi-peau », développé par D. Anzieu (1974) en terme d'enveloppe psychique permettant de consolider la différence entre le réel et l'imaginaire, entre le dedans et le dehors. Voici ce que cet auteur nous dit concernant la constitution de ce Moi-peau : «Les patients qui relèvent de l'analyse transitionnelle ont un Moi-peau insuffisamment consistant, ajusté, continu, différencié et qui manque à remplir sa triple fonction d'enveloppe contenante et rassemblante, de barrière protectrice contre l'excès quantitatif d'excitations, et de filtre discriminant les diverses catégories de qualités sensibles. Pour que le Moi-peau se constitue, il faut que l'enfant rencontre dans les réactions de son environnement familial tantôt une imitation en miroir de ses sons et de ses actes (écholalies, échopraxies), tantôt une compréhension qui satisfasse ses besoins et apaise ses peurs, et qu'il trouve, principalement sur le visage de sa mère, un miroir et un écho de son amour, de son plaisir, de sa douleur, de son vécu sensoriel et émotionnel, de ses états psychiques naissants, miroir et écho qui lui permettent de se former, par appui sur ses perceptions tactiles, une enveloppe visuelle et

une enveloppe sonore. Faute d'un Moi-peau effectif et efficace, le sujet se construit une armure musculaire, ou un faux-soi, ou une illusoire paroi idéale, ou une crypte, ou une suture idéologique pour protéger sa sensorialité et sa sensibilité à vif, mais au prix d'un colmatage qui risque d'être incessant ou d'un emmurement qui restera définitif....» (D. Anzieu, 1979).

6.1.2 La perte et la «perte de vue» dans l'approche de la démence

Nous souhaitons introduire ce chapitre par une citation de J. B. Pontalis, tirée de son livre la «perte de vue» (1988) : «Le plus insupportable dans la perte, serait-ce la perte de vue ? Annoncerait-elle, chez l'autre, l'absolu retrait d'amour et, en nous, l'inquiétude d'une infirmité foncière : ne plus être capable d'aimer l'invisible ? Il nous faudrait voir d'abord. Non pas voir seulement mais voir d'abord et toujours pouvoir calmer l'angoisse que suscite l'absence en nous assurant que l'objet aimé est tout entier à portée de notre regard et qu'il nous réfléchit dans notre identité...».

Le problème de la perte, et son corollaire la permanence de l'objet, comme question centrale dans la démence type Alzheimer, se manifeste par la question de *l'objet manquant* (objet interne) et comme *perte de soi, perte en soi*. Objet manquant « en train de se perdre » à cause de la démentification et peut-être également à cause d'un *objet interne (chez-soi)* insuffisamment constitué ?

Telle est la question que met en évidence mon observation au long cours de personnes âgées et diagnostiquées « démentes ». Regard, perception, figuration, réflexion, autant de notions qui nous attirent du côté du visuel et de l'image. Ma question de départ axée sur la *réverbération* m'a poussé à un travail d'observation du dehors vers le visible (recherche ? identité de perception ?), vers un dedans au sens où la réverbération (comme un renversement ?) signifie que le risque est de se proposer comme (seul) modèle à imiter (par confusion entre l'objet externe et l'objet interne), ce qui nous renvoie à la question du contre-transfert qui signifie un sujet dément (qui) s'adresse à nous, à moi, comme il nous (me) perçoit.

Il y a, si on peut dire, un *réfléchissement* entre ces deux aspects : à savoir la *réverbération* et l'abord *méthodologique* qui consiste à penser un dispositif qui permette de rendre compte de la façon dont le sujet dément s'adresse à nous, pour accéder à sa vie psychique. Mais, nous avons accès à sa vie psychique par l'observation et l'analyse clinique.

Nous sommes là, je crois, au cœur du fonctionnement psychique du sujet dément, à savoir une différenciation pas toujours établie entre le travail associatif et le perçu. que l'on retrouve également dans le risque de confusion entre le « dedans et le dehors » qui permet l'accès à la condition et à la représentation de l'absence. Un travail de liaison, de raccordage est à faire entre la notion de réverbération et la façon dont le patient s'adresse à nous.

L'état psychique du patient oblige à une grande humilité pour l'interprétation du matériel clinique. L'autre question qui se pose est celle de la place dans *l'économie défensive* de ce mode de retournement : *comment le dément s'adresse à nous ?*

6.1.3 Naissance de mouvements transférentiels

Ce cadre d'observation suppose que quelque chose est adressée à quelqu'un, dans le cadre d'une observation participante, relationnelle et donc avec des effets supposés sur les interlocuteurs en présence. On peut dire également qu'il s'agit d'une recherche pour essayer d'objectiver des processus subjectifs. Identité de perception, ou plus simplement activité de perception, qui déjà nous entraîne de l'observé au construit.

De façon plus précise il s'agit d'observer les *signes des mouvements transférentiels* et en particulier des éprouvés contre-transférentiels. La notion de contre-transfert est précisée chez S. Freud (1910), où il est question de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de l'analyste. Aujourd'hui encore, la manière de traiter le contre-transfert est différente suivant les auteurs. Nous n'entrerons pas dans le descriptif de ces divergences de point de vue, sauf pour dire que, soit le contre-transfert est considéré comme un élément à contrôler pour l'empêcher de nuire à la relation thérapeutique, soit au contraire de considérer le contre-transfert comme un outil de travail d'analyse donnant accès au matériau subjectif de la situation observée.

Dans la rencontre avec le patient dément, nous parlerons de *mouvement transférentiel, comme le produit de deux positions* :

- celle du thérapeute qui se met à l'écoute des productions mentales du sujet
- celle du sujet qui, grâce à cette relance de la confiance en son propre jugement, cherche à améliorer ses performances pour trouver un ordre présentable de son histoire et pour organiser le dedans et le dehors.

Cette interaction est le produit de deux positions entre l'histoire racontée et le mouvement transférentiel. Ce mouvement est double également, car même si le vocabulaire reste assez riche, le sujet s'adresse à la fois au thérapeute et en même temps semble « fonctionner tout seul », c'est-à-dire que nous sommes en présence de *mouvements psychiques adressés précisément à l'autre et d'autres non (sans adresse ?)*. Ce fonctionnement psychique est retrouvé dans les états de démence, états psychiques où la *différenciation entre le travail associatif et le travail de perception n'est pas toujours établie*. Dans les moments de confusion entre ces deux niveaux, il y a semble-t-il *indifférenciation psychique* entre le dedans et le dehors.

Nous parlons de mouvement transférentiel, parce que cet état psychique dans la démence oblige à une grande humilité pour l'interprétation du matériel clinique. Mais nous soulignons, ici, que nous sommes proches de la conception de la « névrose de transfert ».

6.1.4 Effets sur le lien institution/groupe/individu

Cela suppose de ne pas perdre de vue le contexte institutionnel et les différentes conceptions du soin, ainsi que le sens même d'une pratique psychothérapique en référence à la psychopathologie clinique. La fragilité psychique du sujet dément est telle que la qualité de son environnement doit être pensé dans le cadre de la prise en charge, car il se produit du fait du changement d'environnement une charge potentiellement

destructrice ou au contraire constructrice suivant les réactions de ce nouvel environnement.

Dans ma position de psychologue clinicien, le travail institutionnel me concerne directement en situation de sujet «partie prenante» (comme sujet impliqué partageant la culture de l'institution) en lien avec la mission première de l'institution centrée sur le soin et le «prendre soin». L'approche psychodynamique centre sa réflexion sur le sens des pratiques, dans le cadre institutionnel dans la prise en compte des écarts avec la mission première de l'institution.

Ce lien individu/groupe/institution est nécessaire à interroger de façon régulière, car le sujet dément est «restauré» dans son statut de sujet par la subjectivité.

Ce qui suppose de construire le travail à partir du patient d'abord, dans l'ici et maintenant, c'est-à-dire le patient dans l'état où il est, depuis l'admission dans l'institution jusqu'à la prise en soins de type psychothérapie. C'est d'abord connaître la position actuelle du patient dément comme base d'un *diagnostic relationnel*, selon G. Le Gouès. Le projet de soins viendra dans un second temps et après avoir entendu la famille à partir du travail d'alliance possible avec l'environnement familial. Il y a une souffrance des deux, famille et patient, en particulier dans la démence de type Alzheimer, car la violence de « perdre l'autre » comme père ou mère, comme être humain, est une souffrance portée d'abord par l'entourage. Dans l'institution, il m'a paru important de rencontrer le patient d'abord pour l'investir à nouveau (ré-instaurer une place), pour montrer qu'il n'y a pas que la douleur de la perte, pour découvrir qu'on peut ré-investir une relation (élaboration du deuil), et trouver une capacité à s'identifier.

Il y a eu une fracture avant le placement (conséquence), et il faut mettre en place un processus de ré-investissement (passage du statut de parent à celui de malade, c'est-à-dire pouvoir se dire « mon père est malade » en présence de quelqu'un. C'est un travail sur la perte, la violence de la perte, l'acceptation de la perte de l'image du parent d'avant. S'agit-il de l'engagement d'un travail de deuil qui passe par l'expérience de la séparation physique pour figurer une équivalence entre le travail de deuil et l'admission ? Réalité du placement comme condition (équivalent) qui permet l'accomplissement d'un certain travail de deuil, en présence de quelqu'un ? L'événement « décision de placement » prise par la famille, en appui sur le diagnostic médical, renvoie à l'idée d'une *séparation physique* qui précéderait la *séparation psychologique*, faisant l'impasse (déli ?) d'un travail sur la séparation en terme d'acceptation des changements. Nous avons souvent noté le « besoin » d'un témoin extérieur (« aidez-moi à savoir ou j'en suis ») adressé en même temps que la disqualification même de l'intervention d'un tiers : nous retrouvons ces situations de crise individuelle jusqu'à la mise en crise du groupe familial (en demande d'hospitalisation), quand la confusion des rôles de chacun est venue effacer la place de chacun dans la structure familiale.

6.1.5 L'interrogation du lien

L'interrogation sur le lien est une question fondamentale. Dans ma rencontre première avec des personnes diagnostiquées démentes type Alzheimer, la question du lien s'est posée d'abord en terme de *rupture du lien*, ou plutôt des effets de cette rupture. Quels en

sont les effets sur la structure familiale, et quels en sont les effets sur la personne elle-même ? Chronologiquement parlant, la rencontre avec les patients, dans l'institution, a orienté ma réflexion sur le sens de ce que nous disent ces patients. Mais, quel *degré de confiance* peut accorder l'entourage familial, ou l'entourage soignant, au langage et aux conduites d'un patient dément devenant de plus en plus « incohérents » ?

La rencontre avec les patients déments, dans leur lieu de vie institutionnel, et en particulier dans les petites unités de vie nommées « cantou » regroupant un dizaine de personnes, montre la partie visible de l'iceberg. La partie invisible, la réalité psychique, nécessite un dispositif méthodologique théorique et conceptuel pour essayer de comprendre et d'accompagner l'involution du sujet dément.

Il s'agit donc d'être au rendez-vous (*R.D.V.*) de la rencontre.

6.2 Mise en place d'un projet de soins, et complexité des niveaux d'articulation institutionnelle

Nous pouvons dire que la mise en place de notre projet de soins, sous la forme de dispositifs de groupes médiatisés, a constitué le R.D.V. de cette rencontre. Articulé et différencié du projet de vie, ce projet a eu des effets sur la représentation du soin au dément, sur l'approche familiale (qui m'a personnellement conduit à m'engager dans une formation de thérapeute familial), et sur le sens des pratiques cliniques.

Les différents emboîtements « lieu de vie/lieu de soins » sont à penser en lien avec les souffrances « en attente » des personnes démentes. Ce travail d'analyse institutionnelle n'est pas l'objet de mon travail actuel, d'autant plus qu'il n'est pas de ma compétence du fait de mon implication en tant qu'acteur institutionnel. Cependant, nous pouvons pointer quelques éléments de notre réflexion dans l'institution, sources également de la demande de supervision, des prises en soin individuelles ou en groupe.

Les difficultés de prise en soin ont généré des souffrances et des interrogations avec pour conséquence des dysfonctionnements institutionnels : le dispositif institutionnel de vie et de soins peut-il évoluer ou non ? Les différents acteurs institutionnels veulent-ils conserver une position antérieure ou veulent-ils changer de modèle ? Si la longévité des patients déments dans le lieu de vie montre une qualité de l'hébergement, nous constatons en même temps le « turn-over » se ralentit. Parallèlement, l'évolution de la maladie nous fait ressentir un risque d'épuisement par perte d'intérêt qui concerne notre investissement de patients perdant le lien en perdant leur histoire.

L'un des changements possibles est la question de l'enrichissement des compétences du travail d'une équipe pour répondre aux difficultés d'accompagnement de chaque patient. Cela nécessite d'interroger les différents modèles théoriques, qu'il soit médical ou psychiatrique en particulier du point de vue de notre expérience clinique et des questions tirées de la pratique. Le modèle psychopathologique peut aider à continuer le travail de réflexion, car il est peut être plus pertinent pour interroger les niveaux de complexité et les différentes représentations du soin dans l'institution. La psychopathologie, définit ainsi, s'intéresse et travaille avec les représentations du patient et celle du soignant dans l'interrelation.

Ce dispositif de groupe a également permis la mise en place d'un travail de groupe constitué des différents animateurs de ces groupes, dans des fonctions soignantes différenciées et centrées sur la personne souffrante et sur la relation. Ce dispositif a permis la prise en soins de 40 à 45 personnes chaque semaine sur une institution de 80 personnes, réparties dans 9 groupes entre 1991 et 1997. L'expérience des *groupes à médiation a constitué un matériau d'étude des capacités relationnelles sous l'éclairage psychodynamique.*

6.2.1 La dimension d'adresse et les niveaux de complexité

Les personnes rencontrées dans l'espace/temps de ces groupes modifient nos représentations de la démence ; ces personnes sont nommées, entendues et parlées de façon différente de celles rencontrées dans les lieux de vie. Pourtant, ce sont les mêmes personnes. La qualité du « matériel » recueilli n'est pas le même parce que l'état psychique est différent et parce que nous prenons en compte la dimension d'adresse à l'autre. En ce sens, le modèle « d'interchangeabilité », à l'opposé de la « fonction d'adresse », n'est plus efficace dans le modèle de prise en soin individuelle ou en groupe. Cela interroge la manière dont on « se positionne » vis-à-vis du patient.

Une ligne de différenciation s'est précisée entre les interactions, sans adresse à l'autre (dans l'unité de vie) et les interactions (dans les groupes à médiation) où quelque chose est adressé à quelqu'un. La question du sujet qui recueille les observations est donc centrale au départ. L'observateur doit être nommé pour prendre en compte cette dimension d'adresse à l'autre. C'est dans le travail d'accompagnement psychothérapique que cette fonction d'adresse à l'autre pourra être reconnaissable ou pas. Chez le sujet dément, il y a une recherche de *prise d'appui sur ce qui se passe autour* ; la relance par l'affect a besoin d'un cadre pour permettre une analyse et un travail de conceptualisation. C'est l'exemple du passage de *l'imitation* (avec en écho la notion de réverbération) observée au quotidien, mais qui ressemble plus à une « transfusion psychique » qu'à une émergence stricte de la pensée. Le sens donné (moyen d'accès), possible passe par un cadre de penser et par la parole qui peut rendre compte d'une vie mentale et d'un travail identificatoire possible.

Nous pouvons maintenant refaire le lien avec la question de la névrose de transfert qui se pose dans un cadre institutionnel :

- Soit nous pouvons « contenter » d'analyser toutes les problématiques sur le même plan, par une mise à plat en quelque sorte (modèle d'interchangeabilité)
- Soit nous cherchons à interroger le matériel recueilli en fonction des niveaux de complexité. Si nous voulons comprendre et donner du sens à ce matériel, cela suppose de nommer et localiser l'observateur qui recueille le matériel, dans sa fonction et dans sa personnalité.

Ces niveaux de complexité correspondent, à mon sens à trois niveaux de complexité, différenciés ou non en fonction de notre représentation de la démence, du soin, et de notre position institutionnelle :

- 1^{er} niveau : biographie du patient. Les éléments sont recueillis en « dehors » du sujet
- 2^{ème} niveau : histoire du patient. Nous nous tournons vers l'histoire subjective des faits. Nous sommes davantage dans l'objet auto-biographique
- 3^{ème} niveau : c'est le seul niveau où l'interprétation est possible, a du sens, car elle se situe dans l'actuel de la psychothérapie individuelle ou de groupe. Ce troisième niveau correspond à la névrose de transfert.

Ces trois niveaux supposent un travail de différenciation et d'analyse de la complexité dans l'approche du patient dément en institution et des différents points de vue : groupal-institutionnel-individuel.

Ces trois niveaux correspondent à trois temps institutionnels :

- 1^{er} temps : la description du cadre global institutionnel dans ses liens avec le cadre thérapeutique. Mais si on en reste là, il s'agit d'une mise à plat
- 2^{ème} niveau : le travail d'élaboration clinique à partir des prises en soins des patients. Travail d'étude de cas
- 3^{ème} niveau : ce temps correspond au travail « d'écoute de l'écoute » du travail thérapeutique. Il est essentiel pour donner vie et sens aux productions mentales des patients. La création de ce troisième temps dépend de la capacité des acteurs de l'institution à modifier leurs dispositifs d'accueil, de vie, de soins et des interactions prises en compte ou non.

6.2.2 Le contre-transfert comme outil d'analyse et la référence à la psychopathologie

Considérer le contre-transfert comme un outil de travail nécessaire avec le sujet dément, en situation de psychothérapie d'accompagnement, me paraît être imposé par le fonctionnement psychique actuel du patient. En particulier, la confusion psychique entre le dehors et le dedans oblige le thérapeute à utiliser ses *réponses émotionnelles* pour avoir accès à la subjectivité du patient et pour relancer sa pensée. La perception « claire et distincte » de la situation est elle-même influencée grandement par le ressenti, la perception inconsciente «pour interpréter les expressions de l'inconscient chez les autres»(S. Freud, 1913).

L'engagement à long terme dans un travail psychothérapeutique auprès de patients âgés mobilise *l'activité psychique* de façon centrale. De ce point de vue la question de *l'implication* du psychothérapeute, dans cette interaction entre deux personnes, devient le point de rencontre entre le travail clinique et le travail de recherche. Cette question de l'implication a été traitée par G. Devereux (1980) en évoquant la question du contre-transfert dans la recherche : «les sciences de l'homme ne seront raisonnablement dignes de confiance que lorsque ceux qui les pratiquent reconnaîtront le rôle que jouent leurs propres angoisses dans l'élaboration de leurs théories et dans leurs travaux en général».

La référence à la psychopathologie me paraît pertinente parce qu'elle permet de

prolonger un débat et de soutenir une approche clinique car c'est un référentiel théorique reconnu doté de moyens d'interroger sa pertinence. La théorie de référence est la théorie freudienne, ensemble cohérent pour connaître l'organisation générale du psychisme. Cette théorie possède un langage spécialisé, comme pour toute discipline, avec une mise en débat et des interrogations critiques nécessaires comme discipline vivante. L'interaction (entre autres) est fondamentale dans le développement de l'appareil psychique, en relation avec la construction que chacun se fait de sa propre histoire. L'angoisse constitue le socle des névroses, sur la base d'une dépendance spécifique et des mécanismes de défense mis en place pour préserver l'intégrité du Moi.

Cette angoisse, dans le travail du vieillir, conduit à s'interroger et à nous interroger sur notre propre rapport à la mort et au temps.

C'est aussi un modèle de soins (thérapeutique des troubles psychiques utilisant des moyens psychologiques) relié aujourd'hui à la question de l'évaluation compte tenu de la diversité des pratiques. L'accent est mis également sur les effets de la relation et sur l'aspect intersubjectif du travail thérapeutique.

6.2.3 L'affect comme relance de la pensée chez le dément

Dans l'investissement des patients âgés « déments type Alzheimer », la psychopathologie interroge la manière dont on se *place (prisme)* vis-à-vis du patient en travaillant avec les représentations du patient, et aussi celles du thérapeute, dans l'interrelation.

L'élément organisateur primordial du lien familial et individuel est le registre affectif. Comment les choses se sont soudées dans la richesse des échanges affectifs ? Du côté familial, quelle différence existe-t-il encore entre l'échange affectif réel et l'échange affectif fantasmatique, imaginaire ? Quelque chose du côté imaginaire reste possible malgré la pauvreté manifeste des échanges verbaux, est-ce que cela permet de mieux supporter une « forme d'absence »(la démence) grâce à ce qui a été richement vécu antérieurement, c'est-à-dire grâce à une relation familiale antérieure suffisamment « introjectée » ?

Le choix de la position d'investigation au départ était de supposer une logique de la pensée chez le dément. L'organisation élaborée, de/dans l'institution, peut permettre une approche des niveaux de complexité depuis le temps du diagnostic relationnel qui concerne le lieu de vie, à commencer par le temps d'accueil (connaître la position du sujet dément), puis vient le temps du projet de soins qui concerne la réalité psychique, psychopathologique.

Supporter l'inconfort pluridisciplinaire vient faire « écho », je pense, à la difficulté de supporter le non-communicable, le non-compréhensible, le non-sens que nous adresse le sujet dément : cette capacité à le supporter, ou non, détermine en quelque sorte notre champ aveugle individuel et institutionnel, que nous sommes tenter de réduire en voulant enrichir le matériel clinique recueilli aussi bien dans les espaces de vie (relation directe) que dans les espaces du groupe à médiation (dimension tierce). Ma question pouvait se formuler alors sur ce mode paradoxal : comment rester présent face à quelque chose qui nous désorganise (s'identifier- ne pas s'identifier) ?

L'appareil psychique du dément perd ses différentes représentations (de mots, de chose) et ses capacités de liaison (des affects). On se retrouve alors du côté de l'appareil perceptif, avec le sentiment de devoir « traiter tout de suite » : paradoxe du fonctionnement dans la démence ? C'est l'exemple me semble-t-il de fonctionnement dans le système « perception-conscience » (S. Freud, 1938) : le patient a conscience du trouble (« je perds ») et en même temps la rétention ne fonctionne plus (« je ne garde pas »). La rétention serait plus assimilée ici à l'attention qu'à la mémoire car ce qu'on appelle « mémoire » réfère aussi à une fonction large et en réseau (à différencier de l'apprentissage scolaire et intellectuel). On ne peut pas tout enregistrer et le travail de *mise en mémoire suppose aussi un investissement affectif conscient ou inconscient*.

Dans le cadre de son premier modèle métapsychologique, S. Freud (1938) assimile la conscience à la perception. Et priorité est donnée principalement à la perception du monde extérieur : « L'accès à la conscience est liée avant tout aux perceptions que nos organes sensoriels reçoivent du monde extérieur ».

La démence type Alzheimer pose la question de la conscience de soi. Dans l'approche clinique, la partie « saine », celle avec laquelle on peut faire alliance et qui survit le plus longtemps à l'évolution de la démence, se situe dans le registre de l'affect. Il s'agit du registre de l'affect comme axe de la relation humaine et comme *fil conducteur* pour recueillir l'observable qui appartient à la vie mentale actuelle du patient, et l'organiser de façon signifiante. Car, au départ, les observations sont très hétérogènes, du fait des personnes et du fait du matériel à la fois verbal, gestuel, désordonné, interrompu et confus.

L'affect se pose comme le dénominateur commun, source d'accès à la vie interne du patient mais pose également la question d'un langage commun, pour rendre compte d'une relance de l'affect jusqu'à la représentation. Rappelons au passage que le langage sert à la fois à contrôler les émotions (incluses dans l'affect au sens générique) et à l'expression de ces émotions. Dans la démence, il y a un besoin de raccordage, adressé par le patient, entre une perception douloureuse et une représentation mal faite. Les choses se présentent comme si elles étaient « inversées » (entre phénomène psychique et douleur physique) dans le discours du patient.

Ce travail de raccordage est particulièrement important dans deux situations générales : lors d'une plainte douloureuse, plainte prise en considération quand le patient exprime une souffrance, prise au sérieux par l'interlocuteur, montrent qu'il se « passe quelque chose ». Douleur et souffrance sont présentes dans le psychisme du sujet dément. Ce travail de raccordage sert à faire valoir la vie psychique du patient dément.

L'autre situation observée, moins classique, est le moment de fin de vie du patient en institution : j'ai eu l'occasion, avec un soignant, d'assister au retour « d'un temps de lucidité » chez plusieurs patients quelques heures avant leur décès. Ce temps de lucidité, qui revient au temps d'une séparation, définitive relance la question de la « démence de défense » (G. Le Gouès, dans le travail de supervision), et dans ces deux exemples généraux nous invitent à nous intéresser à la vie psychique du sujet dément.

6.3 Changement de dispositif en lien avec la réalité psychique du dément

Ce changement dans le dispositif serait en lien avec les points de butée, dans l'abord clinique, qui renvoient à la problématique de la démence type Alzheimer. Cette démarche réflexive nécessite une approche théorique à partir de la dimension contre-transférentielle (sujet impliqué dans l'observation centrée sur les processus psychiques) d'une part et d'autre part interroger en même temps cette manière de comprendre.

En effet, le changement de dispositif clinique est à mettre en lien avec la *dimension affective*, relationnelle de la démence. *Changer de dispositif, c'est essayer de changer de regard, de manière de comprendre et d'interroger les différentes facettes de la démence qui fait effet de prisme*. Je reviendrai sur cette notion de *prisme* à la fois comme les différentes façons d'observer la démence, et d'une manière générale on parle aujourd'hui de la nécessité d'un triple abord bio-psycho-social, mais aussi du prisme comme une façon de rendre compte des éléments projetés dans le groupe comparativement aux éléments « béta » décrits par W.R. Bion.

Changer de regard en changeant de dispositif d'écoute, c'est une façon d'introduire un tiers dans le contexte d'observation, et en particulier parler de la médiation dans les groupes thérapeutiques, depuis la parole vers le groupe « *nommons les choses* », les médiations artistiques comme la peinture ou le modelage (le travail sur le regard de soi, de l'autre, l'image sur une photo ou dans le miroir, le photolangage « adapté », représentation de son paysage intérieur), l'atelier d'écriture nommé « *intermède* » (descriptif en annexes) et les médiations corporelles. Ces différentes médiations ont été adaptées en fonction des capacités d'expression et de symbolisation des patients et des groupes et en fonction de l'évolution de l'accompagnement de ces patients dans la « régression ».

6.3.1 La capacité d'être seul en présence de l'autre

L'introduction d'un tiers, pour instaurer une distance psychique suffisante a pris la forme d'un tiers plus ou moins « physique », matérialisé et plus ou moins « symbolique » ; ou pour dire autrement un tiers *perceptif-visuel* : vidéo, notes des entretiens (annexes), présence d'un stagiaire psychologue en position d'observateur, médiations concrètes et productions (peinture) comme éléments perceptifs et permettant l'accès à un mode de symbolisation (raccorder l'affect à la représentation).

Cette nécessité d'introduire une forme de tiercéité, vient répondre à une autre logique que la logique névrotique « classique ». Autrement dit, mes propres points aveugles, points de butée théorique et clinique (comme l'impasse des débuts de prise en soin individuelle) renvoient à une dimension narcissique, presque une *logique narcissique* (?) si on peut dire, par la question du *double*, de la réverbération, comme porte d'entrée « du dedans » de la maladie.

Cette notion de double que je vivais alors plutôt sur le mode du paradoxe (par exemple, impasse de l'échange, ou se retrouver demandeur pour l'autre qui souffre et ne

demande pas), renvoie également à la recherche d'une référence à l'autre comme d'une *copie externe pour se penser soi-même*. Ce sont là des hypothèses de travail qui m'aident à penser le rapport que le dément entretient avec sa propre difficulté à penser, mais surtout à « se penser » (système affectif comme système d'auto information du sujet sur lui-même, dont traite R. Roussillon (2000) . Cet accompagnement du sujet dément nous entraîne dans une clinique de l'archaïque, et nous devenons alors, dans une clinique du narcissisme des « archéologues » de la pensée démentielle.

Le travail d'identification (dans ses points de butée) et le travail de symbolisation d'une part au moins de souffrance, à partir d'une pensée nommée post-figurative (M. Perruchon et G. Le Gouès, 1991) ; continuent d'évoluer et représentent une ressource possible, un étayage (dimension psychothérapique) pour un sujet en recherche d'adaptation à sa situation psychique. Cela interroge également notre propre modalité narcissique dans cette observation au long cours, ainsi que notre propre capacité d'adaptation en perpétuel mouvement du fait peut-être d'une indépendance jamais totalement acquise une fois pour toute. La démence serait-elle alors une conséquence des « ratés » du travail d'adaptation identitaire que chacun doit accomplir tout au long des différentes crises de vie qu'il traverse et qui s'emboîtent ?

Souffrance narcissique universelle ou souffrance narcissique qui signe une psychopathologie ? Démence comme souffrance narcissique venant déployer sur le tard les différents deuils « bloqués » révélant ainsi une structure névrotique mais insuffisamment constituée du côté de l'organisation oedipienne pour parler d'une triangulation oedipienne ?

Dans cette pratique clinique non seulement *l'offre de soins précède la demande* mais c'est également comme si le patient nous demandait de *lui parler de lui du dehors*, comme un narcissisme qu'il trouverait ou retrouverait au dehors ? Paradoxe que le *narcissisme au dehors de soi* ? Une mise en lien, une mise en groupe pour parler *du rapport de soi à soi-même* dans la démence ? Comme un besoin de *duplication* au dehors (double) qui viendrait re-présenter le tiers manquant au dedans ? Nous pouvons pointer ici le lien avec la psychopathologie et la pratique psychothérapeutique adulte de ces vingt dernières années qui mettent en évidence la nature narcissique des conflits. A. Green (1983) situe sa réflexion globale du côté des problèmes du deuil.

A partir de notre pratique clinique auprès de patients « déments type Alzheimer » et en lien avec les problématiques narcissiques de la clinique plus générale, nous sommes enclins à faire l'hypothèse aussi d'une situation de triangulation oedipienne qui n'aurait pas pu jouer son rôle de véritable organisateur de la structuration psychique ou alors peut-être sur des bases narcissiques différentes ? Un défaut de *l'intériorisation de l'objet primaire* ? La démence nous interroge également sur la problématique universelle de la perte.

La clinique démentielle telle que les patients me l'ont enseignée instaure le modèle d'une présence physique et psychique suffisamment solide pour aider le patient à se confronter à lui-même, sans être seul. Nous voici, maintenant, raccordé à la clinique générale du vieillir, à savoir la question de la solitude. Le sentiment de solitude suppose une vie intérieure, c'est-à-dire un narcissisme suffisamment solide pour s'adapter aux

différentes tempêtes de la vie (crises).

Qu'en est-il de la solitude dans la démence ? Fuite en avant, dénuement, ou encore réponse introuvable du côté du sujet dément marquée par un désintérêt apparent pour le monde extérieur ?

Cela ré-interroge les aspects positifs et négatifs de la solitude. Au plan psychologique, c'est toute la question de l'identité et de la permanence du Moi (comme instance psychique) et de l'objet qui sont en jeu. Ce phénomène psychologique fondamental que représente le sentiment de solitude, a été étudié par D.W. Winnicott (1958) sous le concept de «capacité d'être seul». Mais ce moment de maturation psychique de la capacité d'être seul se fait d'abord en présence de quelqu'un « là où pas là », et c'est ce qui nous intéresse dans cette perspective théorique.

D.W. Winnicott (1954), distingue cette attitude de l'état de repli, mécanisme de défense qui implique une attente de persécution, et les aspects positifs de l'aptitude à être seul, qui est un des signes importants de la maturité du développement affectif : «la capacité d'être seul». Il se réfère aussi au concept de « relation anaclitique » de S. Freud (1914), et s'appuie sur l'observation au cours de la cure psychanalytique, séance silencieuse qui «constitue en fait pour le patient un aboutissement» et n'est pas une attitude de résistance. Ce concept est en relation étroite avec la maturité affective, mais le fondement de l'aptitude à être seul est paradoxal puisque c'est la capacité d'être seul en présence de quelqu'un.

La capacité d'être seul est fondée sur des expériences diverses. Pour décrire ce type de relation positive entre le petit enfant et sa mère, D.W. Winnicott forge le terme de «relation au moi» (ego relatedness).

La capacité d'être seul en présence de l'autre explicite le sens du sentiment de solitude tel qu'il se donne à voir dans les réactions psychologiques face au vieillissement. Il s'agit du sentiment positif d'un certain degré de solitude sans se sentir seul, car le monde interne est suffisamment peuplé d'une vie intérieure et avec le sentiment de continuer de pouvoir créer des liens. La clinique de la démence montre, au contraire, un sentiment de solitude négativement vécu, sur le mode de l'angoisse de l'abandon, avec le sentiment extrême de perte de soi. La démence comme psychopathologie du vieillissement est une interrogation sur la perte, perte de soi et perte de l'objet, jusqu'à la perte du lien, voire au non-sens.

6.3.2 La démence et la clinique de l'objet

Les approches fondées sur le modèle médical mettent en évidence les descriptions sémiologiques en terme de signes ou de symptômes. L'approche psychopathologique met au contraire l'accent sur une compréhension en terme de structure de la personnalité.

Le terme de structure, suite aux travaux de J. Bergeret (1970), permet de distinguer trois lignées : une lignée névrotique dont les références fondamentales sont l'Œdipe et l'angoisse de castration ; une lignée psychotique dont les références sont le déni de la réalité, l'angoisse de morcellement et une relation fusionnelle avec l'objet, une lignée nommée « état limite » ou aménagements limites, chez des sujets ayant subi des

traumatismes psychiques désorganisateur et en particulier au moment de la « situation oedipienne ». Ces différents traumatismes psychiques entraînent le sujet dans une relation de « type anaclitique », c'est-à-dire dans une relation de dépendance aux objets sur lesquels il s'appuie tout au long de son existence. L'angoisse qui prédomine alors est une angoisse constante de « perte d'objet ».

Dans un texte non publié, J.M. Talpin (1996), interroge le concept même de structure psychique à l'épreuve du vieillissement, en postulant l'idée « d'une crise dans la structure plutôt que de la structure, qui se trouve cependant infléchi de la prise en compte de la mort à venir, à travers ses représentants psychiques à penser particulièrement en articulation avec la problématique de la position dépressive ». Dans le même texte, cet auteur conclut à l'idée que « la structure du sujet est plurielle et qu'elle n'est pas intra-psychique, mais inter-psychique dans ses modes d'actualisation ».

La perte d'objet est probablement une question centrale au cours de la sénescence, sous l'effet des deuils, réels ou fantasmatiques, que le sujet doit accomplir. Ces différentes pertes et deuils représentent une atteinte narcissique, une blessure narcissique, qui peut être source de « décompensation tardive ».

La perte de l'objet suppose la question de sa constitution et de sa permanence. Ce qui nous intéresse, à partir de la clinique de la démence, c'est la question de l'objet, et d'une manière plus large celle de la « relation d'objet ». Si depuis S. Freud, le concept d'objet est référé à la pulsion, l'objet est aussi une façon d'introduire la question de l'interrelation. L'objet, comme tel, n'apparaît pas dans le monde sensible, aussi dans les écrits de S. Freud le mot « objet » (objekt) est toujours lié à un déterminant explicite ou implicite : objet de la pulsion, objet d'amour, objet auquel on s'identifie. L'objet n'est pas qu'objet interne mais aussi objet externe, les deux étant liés du fait de l'histoire et des expériences de la mère et de l'enfant au commencement de la vie de l'enfant. L'objet est aussi objet de perception tout autant qu'objet de représentation : dans les Trois Essais S. Freud (1905), fait un lien explicite entre l'objet et la personne : « l'objet est la personne qui suscite l'attraction sexuelle, le partenaire sexuel et la personne aimée ».

Il n'est pas de notre propos ici de discuter au plan théorique les points de vue des différents auteurs sur cette question de la « relation d'objet », mais de noter, ici, que ces questions relatives à l'objet sont actuelles dans les questions des rapports entre la théorie du transfert et la théorie de la relation d'objet. L'objet est-il déjà là (ou n'a jamais pu être là), ou bien l'objet n'existe pas d'emblée du fait que nous sommes dans une relation fusionnelle (symbiose) dite relation anobjectale ? Ces questions sont synthétisées et reprises dans le livre de B. Brusset (1988) sur le lien interhumain. Cependant la clinique de la démence pose la question de l'objet et de sa permanence.

Dans la clinique des déments, la question de l'objet et de la relation d'objet semble désigner *aussi bien la place des échanges* (langage et communication) que la *relation du moi avec l'objet*. Cela fait retour avec la question même du narcissisme. Dans un texte central, S. Freud (1914) définit le narcissisme comme un « investissement libidinal original du moi » en mettant le Moi à la place de l'objet pour décrire une relation d'objet.

S. Freud postule l'existence d'une différenciation de la libido entre « libido narcissique et libido d'objet ». La libido peut donc investir soit un objet extérieur (libido d'objet), soit le

Moi lui-même (libido narcissique). Au cours du vieillir, une partie de la libido est retirée des objets « perdus » du fait des deuils et pertes évoqués, et cette libido restante est ré-investie sur le Moi lui-même (libido narcissique). Cependant, que se passe-t-il si cette libido narcissique « disponible » cherche en vain des *objets internes insuffisamment constitués* ? La rencontre avec les personnes atteintes de démence questionne l'importance de la constitution, de l'appropriation et de la permanence de l'objet.

Pour S. Freud l'objet lui-même révèle son importance par les effets de sa perte. L'objet devient dès lors le lieu d'investissement narcissique et, en même temps, objet de telle pulsion déterminée. L'un des destins de l'objet donne lieu à l'identification à l'objet. Ce qui laisse supposer que l'objet doit être trouvé/créé au dedans de soi pour être constitué comme « objet interne ». Pour parler de perte d'objet, cela suppose que l'objet ait été constitué, c'est-à-dire différencié de l'objet externe assimilé à l'autre ou à une personne. Que se passe-t-il si l'objet ne peut être perdu parce qu'insuffisamment constitué comme objet interne ? Cela revient à dire que l'objet perdu/à perdre est confondu avec l'autre, et donc perdre l'objet équivaut à perdre l'objet réel/objet d'étayage pour vivre.

La problématique de la démence renvoie-t-elle à une structure de type « état limite » (J. Bergeret et coll., 1986) où l'objet est un objet réel, source constante d'étayage pour ce type de structure ? Si l'objet réel est perdu, le dément se retrouve-t-il alors sans objet ?

6.3.4 Double et objet interne

La question du double, évoquée plus haut, est aussi la question de « l'autre » comme « pareil » et comme « différent ». Quête d'un double, extérieur à soi dans la démence ? Double au dehors qui n'existe plus au dedans ? Est-ce cela qui fait « étrangeté » pour le thérapeute de ne pouvoir être le miroir du monde interne du patient ?

La question du double dans l'abord psychothérapique avec les patients « déments » pose la question du « pareil » et du « différent ». Cette question nous est adressée par le patient en terme de « compagnon imaginaire », sous forme « hallucinatoire », ou encore dans l'expérience « d'inquiétante étrangeté » devant le miroir. Au niveau théorique, cela pose la question du type de « relation d'objet » et de la question du lien d'une façon plus large.

Cette quête du double est une problématique assez universelle qui, dans l'épreuve de la démence, est réactivée à cause des pertes, des deuils, des séparations passées. La situation de groupe, comme dispositif suffisamment bon à un moment donné de l'évolution des troubles, interroge le couple d'opposés ressemblance/différence ; la *ressemblance* (appartenance à un groupe) de l'autre à soi et de soi à soi (travail de régression narcissique).

Groupe comme moyen, comme tiers perceptif potentiel pour rejouer quelque chose d'une *bobine de groupe* qui serait mieux constituée que la « bobine individuelle » (le lien qui unit le sujet à son environnement s'apparente alors au lien mère-enfant qui alimente en confiance en soi). Mais cette reprise, au sens d'un travail de *couture psychique*, doit-elle se poursuivre par un travail familial individuel, pour maintenir vivante une identité ?

Aujourd'hui, les différentes approches scientifiques montrent l'influence de plusieurs facteurs en cause. De toute façon, la neurologie nous renseigne sur les supports de l'information et non pas sur le système affectif qui fonctionne aussi comme un système à part entière avec ses propres lois internes. Il est aussi souligné l'idée qu'il n'existe pas de comportement isolé pas plus qu'il n'existe de pensée isolée mais toujours en lien avec un environnement. Les troubles du comportement observés dans la démence traduisent un effort d'adaptation au monde environnant, comme le précise J.M. Léger (2000), «cette manière d'être au monde n'est pas le résultat d'un simple dysfonctionnement d'une structure neurologique particulière mais l'expression d'un organisme vivant, dans sa totalité, dirigé par la conscience en référence à la personnalité du sujet (essentiellement l'histoire de sa vie, tant sur le plan biologique qu'affectif ou intellectuel)».

On ne peut oublier les déficits instrumentaux liés à l'atteinte organique du cerveau, mais on ne peut pas non plus laisser de côté la question du narcissisme qui, au lieu de protéger, finit par détruire le Moi du sujet dans la démence.

La comparaison entre les différentes méthodes de psychothérapie devient indispensable : unité perdue/à retrouver, c'est aussi pour comprendre pourquoi nous pensons à d'autres médiations que la parole pour certains patients : avec quels objectifs, quelle référence d'évaluation, en lien avec la démarche propre à la psychopathologie.

6.4 Stratifications et défauts de représentation de l'absence dans la démence

La rupture est une perte, et pour être « dépassée » , cette perte doit en quelque sorte constituée le socle de la construction future pour l'enfant. Si cette perte ne peut pas se présenter comme socle, comme point d'ancrage, alors on peut imaginer les effets destructeurs et permanents sur le devenir de la personne. Point d'ancrage, ou préalable à réinventer/recréer à chaque crise ? Phase narcissique toujours à « dépasser » ?

La « position dépressive », décrite par M. Klein (1935), est liée à l'expérience de la perte et du manque. Cette position, centrale pour cet auteur, dans le développement psychique et dans la possibilité (en cas de non dépassement) d'une « pathologisation » future. Ce qui nous intéresse ici, c'est la *souffrance psychologique* mise en évidence par la traversée de cette position, déterminant l'angoisse dépressive actuelle et ultérieure. Souffrance qui semble réactivée, comme souffrance narcissique au moment de la crise du vieillir (C. Balier, 1979). Souffrance donc qui semble (se) réactualiser du fait de l'expérience actuelle d'une crise (la maladie de la démence), et réactiver des expériences antérieures qui n'ont pas pu suffisamment être intégrées au fonctionnement psychique du sujet. Souffrance qui a du mal à se dire autrement que dans la confusion passé/présent, et sur un mode en négatif, laissant l'interlocuteur dans une certaine impasse : comme si le contact avec le patient réveillait une souffrance qui ne peut pas se dire autrement que sur le mode de la faire vivre ou ressentir à l'autre d'abord ! Ce qui pose la question de la permanence de l'objet, et également la question de la représentation de l'absence (A. Sagne, 1996).

Cette déconstruction psychique, dans la démence, ferait apparaître des strates, des

couches successives en mettant en relief des organisateurs de la construction : le narcissisme ; la confiance en soi ; une bobine de groupe ; la capacité d'être seul en présence de quelqu'un ; le détruit/troué ou le détruit/troué ; la représentation de l'absence (la chaise vide).

Dans la démence, les « bribes » du passé viennent se mixer à la perception de l'environnement réel et actuel de la personne. C'est souligner, ici, la relance du travail de la pensée par le perceptif. Cela rejoint l'idée que l'appareil psychique se construit dans la rencontre : nous sommes davantage dans la clinique de l'objet que dans celle des fantasmes.

La question de l'adresse à l'autre, essentielle dans la psychothérapie, justifie du choix d'abord par le concept de contre-transfert. Un *pont méthodologique* est jeté entre l'individuel et le groupal : la *bobine de groupe* serait-elle la condition pour que la symbolisation circule ?

Il s'agit également de raccorder la clinique du « dément » avec la clinique psychopathologique et le champ d'application en gérontologie clinique. Notre apport est d'essayer d'interroger en quoi et comment la « démence » peut-elle enrichir notre connaissance du groupe et de la groupalité psychique interne et externe. Comment alors, rendre compte de la question des processus psychiques dans la démence voire de la démence de défense ? S'agit-il de la nature de la médiation ou d'un « climat » qui permet la relance de la pensée ?

7. Revue de la littérature anglo-saxonne relative à l'évaluation et à l'intervention psychothérapique

Ce second chapitre passe en revue les différentes recherches dans le monde anglo-saxon et les travaux américains en particulier, publiées en anglais, en ce qui concerne le travail de psychothérapie et d'évaluation de ces dernières années, auprès de patients déments.

Ces travaux sont basés sur des principes thérapeutiques établis aux U.S.A. et c'est ce qui explique l'exclusion de certaines formes d'intervention avec les personnes souffrant de démence. Par exemple, la « thérapie de Réminiscence » n'est pas examinée dans ces différents travaux, de même que la thérapie familiale, car elles ne se centrent pas directement sur la réponse individuelle au processus de démence. La revue de ces domaines existe cependant. En voici quelques références : S. Thornton et J. Brotchie, 1987 ; SM. Benbon, A. Mariott, M. Morley et S. Walsh, 1993 ; D. Aldrige et G.Aldrige, 1992.

Les différents auteurs affirment que la recherche clinique doit adopter l'étude de cas, ou de projet à cas unique, comme étant plus appropriés que les projets de groupe pour évaluer les nouveaux développements cliniques.

Certains de ces travaux notent que dans beaucoup de pays européens, il existe une

forte tradition psychothérapique et la variété des différentes perspectives théoriques : la référence à la psychothérapie psychodynamique (par exemple G. Le Gouès, 1988 ; J. Maisondieu, 1995), la référence à la psychothérapie cognitive (L. Myers-Arrázola et L. Bizinni, 1995), la référence à la psychothérapie systémique (L. Ploton, 1990).

7.1 Les travaux de « début et de fin »

Il existe de nombreux rapports de travaux de psychothérapie de patients souffrant de démence qui remontent à plus de 40 ans. Cependant, c'est depuis l'émergence d'une « nouvelle culture du soin de la démence » (T. Kitwood, S. Benson, 1995) dans les dix dernières années environ qu'un tel travail a commencé à toucher le processus de soin.

Comme résultat de cette modification de l'accent mis sur l'importance du soin de la démence, les personnes démentes sont maintenant reconnues comme ayant des « besoins » aussi bien psychologiques et émotionnels que physiques. Cela signifie que ces personnes sont considérées comme ayant à lutter contre l'impact de la détérioration neurologique, mais aussi contre les conséquences sociales du diagnostic ; les différents cliniciens ont alors adopté la psychothérapie et les méthodes de relation d'aide pour réduire les représentations sociales négatives qui accompagnent la démence. L'implication de ce travail s'étend même au delà du développement de sessions formelles de psychothérapie allant jusqu'à généraliser, dans tous les soins, cette approche plus globale de la personne.

Alors qu'il existe encore une relative reconnaissance du besoin d'assistance, d'aide, ou de psychothérapie, au moins en terme de soutien émotionnel, les demandes formelles d'un tel travail à travers les différents écrits est relativement rare. Cela signifie que la plupart du temps, les cliniciens prennent l'initiative d'un tel travail dans le commencement d'une psychothérapie. Ce qui pose la question d'un travail à long terme, la question des bases de ce travail, et celui-ci doit souvent être conduit dans le cadre de systèmes de soins qui soutiennent activement une telle démarche, perçue comme importante dans les modèles du soin. Ces différents point de vue retrouvés dans la littérature, pointent la question d'une cohérence d'un projet de soins, cohérence d'une équipe, étant entendue que ce travail se réalise souvent dans un cadre institutionnel.

Ces différents auteurs retracent ainsi les difficultés, notamment en dehors de contexte institutionnel, comme par exemple la question du consentement, la question de la durée de la prise en soins (avec l'évocation de la progression de la maladie), et du maintien de la motivation du thérapeute à s'inscrire seul avec son patient dans cette durée d'accompagnement.

V. Sinason (1992) décrit ces problèmes, quand elle parle du travail fait au domicile du patient, en soulevant des questions d'ordre éthique et du droit du patient à consentir au traitement. Elle propose par exemple de laisser un certain contrôle de la séance à son patient pour « résoudre » la question du consentement.

En contraste, L. Teri et Gallagher-Thomson (1991) ont écrit à partir d'une base cognitiviste et béhavioriste, que la fin du travail pourrait être « éparpillée » sur une période de plusieurs mois usant de séances « amplificatrices » si nécessaires.

7.1.1 L'établissement d'une psychothérapie

Établir la pertinence de la psychothérapie ou de l'assistance psychologique d'un individu dépend en grande partie des objectifs qui ont été fixés pour ce travail. Certains cliniciens (G. Stokes et F. Goudie, 1990) laissent entendre que, potentiellement, tous les déments peuvent bénéficier d'assistance psychologique dans la mesure où le centre d'intérêt de ce travail devrait être d'aider le dément à trouver du sens à son expérience. D'autres suggèrent d'autres suggèrent que le travail thérapeutique devrait être réservé pour ceux qui ont été particulièrement troublés ou stressés par la maladie.

Dans le cadre du premier groupe d'étude, l'accent est mis sur la réserve/ressource de soutien émotionnel et ceci peut être amené à être comme une part d'un plan de soins plus général ou comme une part de la mise en place d'un groupe. Dans le cadre du second groupe d'études, le travail est plus souvent pensé sur une base individuelle et centré sur des problèmes cliniques spécifiques comme s'arrêter de conduire par exemple (M. Bahro et al., 1995), ou sur les « ajustements » à la perte ou à la réduction de l'anxiété et des dépressions (L. Teri et D. Gallagher-Thomson, 1991).

Quoi qu'il en soit, les objectifs de la psychothérapie pour les déments, prennent une bonne tournure, mais un point reste saillant. La psychothérapie requiert du thérapeute de réagir sur une base « emphatique » par rapport au patient dément et de rester conscient de « l'atroce horreur » du déclin neurologique continue. Alors que travailler avec des déments peut être une expérience gratifiante pour le thérapeute, l'inévitable accompagnement de ce travail est la conscience de la « terreur existentielle » de la perte de l'être (quelle que soit sa construction).

7.1.2 La compétence cognitive

Plus l'intervention commence tôt dans la progression de la maladie, plus grandes sont les chances que l'intervention thérapeutique atteigne ses objectifs (C. Hausman, 1992). Les interventions de thérapie cognitive, qui donne beaucoup d'importance au savoir-faire verbal, peuvent être plus indiquées pour les patients Alzheimer qui « intacts cognitivement » et chez qui la dépression du patient semble tourner autour de sa perception des pertes cognitives.

Là où le dément en est à un stade plus avancé de la maladie, là où les pertes cognitives sont la cause d'une perte plus significative dans les « événements agréables » les approches behavioristes peuvent être plus indiquées (L.Teri et Gallagher-Thompson, 1991). Quand les individus en sont au stade plus avancé de la démence et le comportement verbal (le langage) limité, alors la communication à travers les moyens physiques comme le toucher peut aussi aider à procurer un sentiment de confort (N. Feil, 1993).

7.1.3 Caractéristiques « prémorbides »

Comme le processus de la démence et superposé à la personnalité existante de l'individu, il est important de comprendre « la personnalité prémorbide », l'histoire de son

développement et l'utilisation des mécanismes de défense.

Si le dément a anciennement adopté de primitives et moins adéquates stratégies de défense, comme le déni ou le refoulement, alors il serait plus dur d'aborder le problème de pertes ultérieures que si il où elle peut compter sur une certaine capacité « d'intellectualisation ». Les caractéristiques généralement considérées comme étant indicatives d'un succès thérapeutique parmi les patients sans démence (les bonnes capacités verbales et d'un fonctionnement inter-personnel réussi) peuvent aussi indiquer que le patient bénéficiera de la psychothérapie si plus tard il développe une démence (S.N. Jones, 1995).

7.1.4 Mécanismes de défense

La perte des fonctions cognitives impliquées dans la démence ont été représentées comme la perte de fonctionnement de l'Ego et de la force menaçant la capacité du dément à faire face au stress (E. M. Krebs-Roubicek, 1989). En conséquence, au fur et à mesure que la maladie progresse, le dément peut ainsi être amené à utiliser de « plus primitifs mécanisme de défense » comme, par exemple, le déni, la projection, le déplacement et de là du clivage et de la régression narcissique (C. Hausman, 1992).

On peut prendre deux positions opposées concernant ce processus. Si on admet que les individus plus « préservés cognitivement », ont un plus haut niveau d'insight et de conscience de soi, alors la psychothérapie est seulement possible pour tous ses patients en début et en phase intermédiaire de démence.

A l' inverse, il peut être argumenté que le manque d'insight est la conséquence des mécanismes de défense (au sens psychanalytique) tels le déni ou le refoulement, qui servent à protéger le dément contre « les implications émotionnelles de leur maladie » (V. Cotrell et L. Lein, 1993 ; H. Verhey et al., 1993). La prise de conscience devient alors elle-même une réponse qui peut être influencée par l'entourage.

Toute intervention qui aspire à augmenter le « degré d'insight » doit procéder avec circonspection et avec la « conscience de la dynamique sociale » autour du dément (A. Verwoerd, 1981). Non seulement on aurait à faire avec, initialement au moins, à une augmentation de l'insight, mais aussi à une « intensification des réactions émotionnelles » et sans le soutien d'autres personnes importante dans sa vie le dément ne peut probablement pas être capable de maintenir quelques progrès qui ont pu être obtenus (K. Solomon, P. Szabo, 1992). En effet, il se pourrait que pour beaucoup de déments, le déni et la projection soient les seules réponses possibles aux pertes qu'ils ont expérimentées et à celles à venir.

Ainsi, et sans partager les conclusions pessimistes de B. Bonder (1994) qui tente de montrer que l'augmentation de conscience serait peu capable d'être aidante, le soin doit être conduit en pensant aux probables impacts de ce travail.

7.1.5 Adaptations thérapeutiques

Un certain nombre de ces auteurs suggèrent certaines modifications concernant les interventions thérapeutiques auprès de sujets âgés déments :

- Adaptation du programme de traitement par accommodation aux déficits cognitifs
- Etant donné les déficits verbaux et cognitifs de ce groupe de patients, des adaptations ont été pensées ; par des sessions plus courtes mais plus fréquentes (C. Hausman, 1992) ; en donnant une cassette audio des sessions aux patients ou en donnant un résumé. Autant dans le travail individuel que dans le travail de groupe, le thérapeute a tendance à fonctionner comme une « banque de mémoire », support de la mémoire, du choix des mots pour le patient. (V. Sinason, 1992). Dans le cadre d'un groupe cela peut prendre la forme d'un « reflet » des commentaires, du rappel des réponses, et de l'incitation des membres du groupe à faire des liens
- Dans le contexte thérapeutique, les différents auteurs pensent à modifier le dispositif d'intervention, par exemple dans les moments plus informels voire pendant des promenades (K. Solomon et P. Szwabo, 1992), ou également en institution où il est difficile d'utiliser un autre lieu que la chambre du patient (S.N. Jones, 1995).

En somme, l'ensemble des textes va dans le sens d'une *attitude psychothérapique* à adopter (A. Verwoerd, 1981). Les sujets déments ont également des difficultés à retenir l'image du thérapeute, aussi cela nécessite une présence régulière et sur un très long terme pour constituer une « présence consolidante ».

7.2 Transfert et contre-transfert

Pour certains auteurs, les relations de transfert deviennent souvent « très vite apparentes » avec les personnes démentes (C. Hausman, 1992). Il est également souligné la question des « profondes réactions émotionnelles » provoquées par « la démence qui compromet tout ce qui fait de nous un être humain unique » (E.S. Kaplan, 1990). On retrouve également des références faites à l'infantilisation des patients (besoin de protection), et, de façon générale, à des positions parentales (K. Solomon et P. Szwabo, 1992), en agissant les sentiments ambivalents.

E. S. Kaplan a adapté la description du contre-transfert dans le traitement des patients, notamment pour montrer l'importance de ces phénomènes, en parlant particulièrement des « sentiments dépressifs ou d'inquiétude après contact », de « l'insouciance par rapport aux entrevues », et la « sensation de fatigue pendant l'entretien ».

7.2.1 Interventions thérapeutiques

L'approche psychothérapique selon ces auteurs, nécessite de fournir les conditions d'une « possibilité appropriée de s'exprimer » (C. Hausman, 1992 ; K. Salomon, P. Szwabo, 1992), au cours duquel une « attitude individuelle à faire avec les pertes peut être renforcée » (J.A. Greene et al., 1993 ; V. Molinari, 1991). L'utilisation des techniques de conseils pour encourager l'expression des sentiments, « incluant la tristesse et la peine » par conséquent, a un rôle thérapeutique important (M.A. Mills et P.G. Coleman, 1994).

En effet, l'acceptation de la détresse émotionnelle, résultant de ces pertes n'est pas

juste une issue pour le dément, mais leurs soignants peuvent avoir aussi beaucoup de travail émotionnel à faire, car il y a d'opportunités de reconnaître leurs sentiments. L'une des plus utiles application des techniques de conseil Rogérien avec les déments dans le Royaume Uni, ont été la « thérapie de résolution » (F. Goudie et G. Stokes, 1989 ; G. Stokes et F. Goudie, 1990), qui encourage les soignants à être en empathie avec les « significations et les sentiments cachés » qui sont sensés se tenir derrière l'expression verbale et l'expression comportementale confuse des déments.

Lorsque l'écouter commence à reconnaître les sentiments du dément, les « reflets » sont appropriés et délivrés avec sensibilité et patience, les « sentiments de la personne commencent à devenir plus clairs et les raisons derrière ces comportements apparemment confus commencent à émerger ». La ventilation « d'émotions profondément tenaces » (J.A. Greene et al., 1993 ; T. Kitwood, 1990 ; A.D. Miller, 1989) dans ce sens peut avoir un effet cathartique. Alors que c'est potentiellement douloureux, la plupart des auteurs considèrent que c'est bénéfique (E. Labarge et al., 1995 ; C. Hausman, 1992 ; A. Verwoedt, 1981) et (K. Solomon et P. Szwabo, 1992).

Récemment, il y a eu l'accroissement de l'intérêt pour la façon avec laquelle les « déments racontent leurs histoires » qui peut être utilisé comme moyen pour explorer leurs sentiments. Il y a de nombreux rapports à propos du langage des déments riches en allusion métaphorique à leurs conditions : histoires de luttes à gagner, de pertes ou d'espoir comme T. Kitwood (1990) le suggère, l'issue cruciale n'est pas d'ajuster le dément à notre réalité quotidienne, mais d'ajuster « nous-mêmes » à l'imagerie métaphorique utilisée par les déments et à leur réalité émotionnelle.

7.2.2 Résoudre les conflits du passé

Pour beaucoup de déments, les pertes contractées, suite aux détériorations neurologiques et à l'isolation sociale, sont sur-imprimées à une histoire personnelle dans le cadre de laquelle un grand nombre de pertes du passé peuvent ne pas avoir été résolues émotionnellement.

La « thérapie de validation » (C. Bleathman et I. Morton, 1988 ; N. Feil, 1990 ; 1993) suppose que les personnes âgées désorientées « retournent dans le passé » pour tenter de résoudre des conflits non résolus, en exprimant les sentiments qu'ils avaient auparavant tenus secrets. N. Feil suggère que « l'énormité » des pertes associées à la démence peut bien affecter les « relations des plus anciens attachements » (B. Miesen, 1992, 1993). En conséquence, le thérapeute recherche à valider ce qui est dit en reconnaissant les émotions qui se tiennent derrière les mots, faisant ainsi émerger le conflit émotionnel se tenant sous l'apparent comportement confus.

7.2.3 Le travail de l'identité

La démence est typiquement considérée comme non seulement la perte des capacités cognitives, mais aussi la perte d'identité. Dans une perspective psychodynamique, il peut être possible de ralentir le processus de la perte d'identité en intégrant « l'ego du thérapeute à travers le transfert, et ainsi le thérapeute devient ainsi presque un second self » (G. Le Gouès, 1992).

En adoptant une position empathique, le thérapeute est capable de devenir un nouveau « self-objet » pour le dément, soit en reconnaissant et validant les compétences et capacités du patient, soit en prodiguant une présence calmante, réassurante et de soutien (D. O'connor, 1993).

Dans le cas où le patient ne retient de points d'ancrage ni dans le passé ni dans le futur, le thérapeute est oublié dans les intervalles entre les rencontres. La permanence est remplacée par la répétition de contact, initiée uniquement par le thérapeute qui devient presque un « ego auxiliaire » (P. Wertheimer, 1995).

Organiser l'environnement du patient de façon à éviter le plus possible de changement, et l'environnement en restant constant peut équivaloir à une «prothèse d'Ego» (A. Vernoedt, 1981). De même, encourager les stimulations positives, et des réponses tactiles, sans sensorielles et affectives peuvent aussi renforcer l'Ego (D. Unterbach, 1994).

Selon certains auteurs anglo-saxons, les approches psychodynamiques de l'identité se concentrent sur « les structures internes et les relations du patient à son entourage signifiant ». Une part de travail théorique grandissant, accumule les observations sur la façon avec laquelle la démence est construite et comment un sens du social et de l'identité personnelle est maintenu (K. Buchaman, D. Middleton, 1994, 1993 ; R. Cheston, 1996 ; S.R. Sabbat et R. Harré, 1992). Il a été argumenté, par exemple, que « l'acte social de raconter une histoire » peut procurer un sentiment d'identité sociale partagé et peut-être un moyen de procurer une continuité thérapeutique à la vie des individus. Il y a un fort chevauchement pratique et théorique entre ce travail et celui de T. Kitwood (1991), dont les écrits font le point sur les pratiques de soins au dément pouvant aussi renforcer ou détruire le «sens de personnalité d'un individu». Une «bonne prise en charge de dément» doit aspirer à étayer chez celui-ci son propre sentiment à être «une personne de valeur et ainsi pourrait être thérapeutique de façon inhérente».

7.3 Psychothérapie cognitive et comportementale

7.3.1 Modifier les pensées « dysfonctionnelles »

Un nombre important d'interventions cognitives qui aspirent à maintenir la compétence de la mémoire, ont été réalisées (M.P. Quayhagen, et al., 1995). Cependant, relativement peu de tentatives ont été faites pour améliorer le « niveau émotionnel de fonctionnement » en usant de techniques issues de la thérapie cognitive.

Une de ces rares exceptions (L.Teri et D. Gallagher-Thompson, 1991) décrit comment, sur une moyenne de seize à vingt sessions, les patients sont encouragés à « identifier » et donc ensuite à mettre en question leur « distorsion cognitive » générant ainsi des façons plus adaptées d'envisager des événements des situations spécifiques.

Les auteurs soutiennent que bien que cela demande du temps aux déments de maîtriser ces techniques, car avec le temps ils y arrivent et les trouve utiles. Il reste beaucoup de travail à faire pour arrêter ces approches : le plus important de tout étant d'être plus clair sur la façon dont le dément peut être aidé à faire face à « l'horreur » de sa

situation. On pourrait dire que c'est un exemple où la « catastrophisation » est une réponse cognitive légitime, la thérapie cognitive a néanmoins été utilisée avec des personnes souffrantes d'autres affections menaçant la vie comme le cancer (S. Greer et S. Moorey, 1987) et, donc, peut bien être une intervention appropriée auprès des déments.

7.3.2 Augmenter le renforcement positif et réduire le renforcement négatif

Des progrès limités ont été obtenus en développant des interventions basées sur des concepts comportementalistes opérants (A. Whitehead, 1991). Une exception à cela, est fournie par L. Teri et D. Gallagher-Thompson (1991) qui suggèrent que «la dépression est maintenue par une série d'interactions avec l'entourage caractérisée par un déficit d'expériences positives et un excès d'expériences détestables». L'objectif de leurs interventions était de modifier leurs expériences en augmentant le niveau «d'activité positive et en diminuant l'impact d'activité négative». Après avoir expliqué le raisonnement comportemental, à la fois aux soignants et aux patients, des objectifs réalistes et explicites sont établis. Les principes du changement comportemental sont enseignés aux soignants et autant que possible aux patients.

7.3.3 Parvenir à un sentiment de « contrôle et d'action »

Plusieurs auteurs ont argumenté qu'il peut être thérapeutique d'aider les déments à regagner une maîtrise de l'environnement pour « faire des choix et résoudre des problèmes » (A.D. Miller, 1989) et également à communiquer ses différentes décisions à leurs familles, en l'écrivant si nécessaire (C. Hausman, 1992). Quoi qu'il en soit, bien que ce travail soit important, on peut néanmoins avoir le sentiment qu'en se focalisant sur « les aspects repérables des pertes, les émotions qui sont associées aux « pertes non repérables », entraînées par la démence, échappent à la fois aux thérapeute et aux patients.

7.3.4 Augmenter les « techniques de système D » : «D» comme démence ?

Pendant la phase de réorganisation de la maladie, les patients en viennent à accepter que certaines capacités ont été perdues et « identifient les aires de fonctionnement restantes ». Les thérapeutes peuvent être à même d'aider ce processus en faisant des « suggestions concrètes » (A.D. Miller, 1989) et en augmentant les techniques d'adaptation des patients (Solomon et al., 1995).

Ces auteurs décrivent une prise en charge de groupe dans laquelle les patients développent à la fois des « techniques pratiques pour se débrouiller » (comme demander de l'aide, utiliser de simples moyens mnémotechniques) et des « techniques d'aide intrapsychique » (entendues au sens d'un sentiment de « self-efficacité » et une utilisation de l'humour).

7.4 Gestion du stress

Il a été proposé une grande variété de prise en charge dont l'objectif était de réduire les symptômes de l'anxiété. Ceci inclut l'apprentissage de techniques de relaxation utilisant de simples exercices de méditation et d'entraînement cognitif, à partir « d'imagerie visuelle » (A.D. Haggerty, 1996 ; S. Welden et J. Yesavage, 1982). Cet entraînement à la relaxation réduit l'anxiété et améliore la mémoire des patients âgés déments, dont certains atteints par la maladie d'Alzheimer.

7.4.1 Travail de groupe

Il existe deux fois plus de rapports/comptes-rendus de prises en charge de groupe que de rapports de prise en charge individuelle. Une plus grande préoccupation des problèmes impliqués dans le travail de groupe peut être trouvée (R. Yale, 1995).

Les sessions de groupe ont été décrites comme durant entre 30 minutes et 1 heure (E.M. Krebs-Roubicek, 1989) et jusqu'à la fréquence de trois fois par semaine. Ces groupes ont inclut uniquement des patients déments (B.M. Akerlund, A. Norberg, 1990), d'autres groupes ont été constitués de patients déments et de patients avec des désordres affectifs (E.M. Krebs-Rubicek, 1989) ou encore dans un cadre de rencontres simultanées (E. Labarge et F. Trtanj, 1995 ; L. Snyder et al., 1995).

Les tailles des groupes qui ont été précisées allaient de deux à douze patients bien que B. Bonder (1994), K. Solomon et P. Szwabo (1992) suggèrent tous que la taille optimale est de six à huit patients.

Les âges des patients varient d'un minimum de 55 ans à de 80 ans. Les sessions se tiennent dans un lieu calme, fermé avec « un bon éclairage et une bonne acoustique » (B. Carey et S. Hansen, 1986). Certains auteurs suggèrent que le lieu où le groupe est tenu doit être caractéristique ou investi uniquement aux fins du groupe lui-même, ou encore en modifiant physiquement l'environnement par ailleurs familier. Les groupes doivent adopter le même modèle de mise en place et avoir lieu en temps réguliers (A.D. Haggerty, 1990 ; A. Vernoedt, 1981).

7.4.2 Intervention et pris en charge

Un ensemble de prise en charge en groupe ont été décrites dans leurs aspects psychodynamiques jusqu'à leurs aspects comportementalistes et avec des techniques spécifiques incluant l'utilisation de jeux de rôle et de lecture de poèmes sur la vieillesse et la mort.

Les sessions de groupe sont souvent perçues comme une opportunité de procurer de la « réassurance émotionnelle et du soutien », permettant aux membres du groupe de partager leurs sentiments à propos de leurs expériences, spécialement celles des pertes (E. Peach et G. Duff, 1991 ; R. Yale, 1991,1995).

Parler « d'expériences partagées » peut faciliter le « sentiment d'appartenance » (B. Carey et S. Hansen, 1986 ; H. Shoham et S. Neuschatz, 1985) qui, en terme thérapeutique peut être aussi important que le « contenu de la séance ». D'ailleurs, rencontrer d'autres déments dans le cadre d'un groupe peut aussi aider à surmonter les « sentiments d'unicité des membres du groupe ». Les membres du groupe peuvent

éprouver du réconfort de savoir qu'ils ne sont pas les seuls à faire face à des pertes et douleurs similaires (E. Labarge et F. Trtanj, 1995).

7.5 Évaluation des psychothérapies

Alors que les dix dernières années ont vu une augmentation conséquente du nombre de rapports d'interventions psychothérapeutiques avec les déments, il y a comparativement peu de tentatives pour évaluer ce travail. Les tentatives d'évaluation qui existent sont souvent seulement de nature «anecdotiques» (B. Bonder, 1994), parfois se ramenant à l'enregistrement des commentaires faits par les membres du groupe (B. Carey et al., 1986). Même la «validation therapy», qui de toutes les interventions psychothérapeutiques avec les déments est la plus sujette à compte-rendu, a une base d'évaluation limitée.

Ainsi, dans une vue d'ensemble de la thérapie de validation, N. Feil (1992) cite seulement trois études de recherche formelle, dont deux sont des textes non publiés et exposés dans les universités aux USA et la troisième étude est celle d'un article de conférences non publié. En effet, même lorsque la recherche a été publiée, les résultats sont au mieux peu concluants. Par exemple, des auteurs (S. Robb et al., 1986) ont utilisé «un plan de contrôle randomisé» pour évaluer la thérapie de validation et n'ont pas trouvé de différences statistiques significatives entre les groupes expérimentaux et les groupes témoins.

De façon similaire, I. Morton et C. Bleathman (1991) font le rapport d'une épreuve de vingt semaines avec dix semaines pour un groupe témoin et dix semaines ultérieures de «reminiscence therapy». Bien que deux des trois patients suivis montraient des améliorations significatives dans la durée des interactions verbales après le groupe, le troisième patient a montré une augmentation uniquement pendant la «reminiscence therapy».

Les recherches concernant d'autres formes d'interventions psychothérapeutiques (R. Yale, 1991, 1995) ont également produit des résultats peu concluants, entre «le groupe de traitement» (consistant en information/éducation, soutien émotionnel et en lien pendant huit semaines, chaque session durant entre une heure et une heure trente) et le «groupe témoin» par contraste, bénéficiait du niveau de soins habituels. R. Yale a trouvé alors que les deux groupes de patients et de soignants rapportaient plusieurs effets positifs de la prise en charge, mais qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

Pour plusieurs raisons, les différents auteurs ne sont pas surpris par la nature peu concluante des résultats des études existantes. Non seulement historiquement, la pratique clinique précède les recherches sur les approches du traitement (S.N. Jones, 1995), mais il y a aussi les difficultés «bien connues» liées à l'efficacité de l'évaluation du traitement de la psychothérapie avec des groupes de personnes non détériorées.

En effet, les interventions psychosociales les plus communément utilisées auprès des patients âgés ne sont pas soutenues par l'évidence empirique (L.J. Weis et L.W. Lazarus, 1993). La psychothérapie avec les déments exige une approche de recherche plus structurée pour pouvoir se développer. Un premier pas dans ce processus serait de

«clarifier la question des profits du traitement» lorsqu'ils sont considérés du point de vue des déments (S.N. Jones, 1995). Comme nous l'avons vu, les approches psychothérapeutiques et d'assistance, ont toutes deux été l'indication à la fois pour ceux qui avaient des «comportements excessifs» et pour la plus large part de la population des déments.

Quoi qu'il en soit, même si ces troubles du comportement peuvent être difficiles à gérer de la part des soignants, ils peuvent ne pas causer de détresse détectable chez les patients et peuvent même indiquer la présence d'une recherche d'adaptation plutôt que celle de «fonctionnement anormal». De plus, comme de tels comportements servent une fonction dans les limites d'un environnement social réduit, alors l'assistance psychologique ne peut pas toujours être envisagée comme une intervention appropriée pour réduire de tels comportements.

Cela pourrait bien être le premier défi pour les cliniciens et les chercheurs d'établir «l'efficacité de l'assistance psychologique comme un moyen de soutenir une large population de déments». Cette tâche pourrait faciliter l'utilisation de batterie de tests standardisés utilisés dans le cadre d'essais de médicaments. Un second pas serait d'utiliser des «méthodes de recherche appropriées». Cela nécessiterait l'abandon, pour le moment, de plans expérimentaux, dans lesquels un traitement est comparé à un autre.

Comme la N.H.S. le suggère (revue des services psychothérapeutiques) les développements de nouvelles techniques cliniques devraient en premier être décrits systématiquement à travers des études de cas publiées ou des séries d'expériences à cas unique (Département de la santé, 1996). Un tel travail permettrait une plus grande attention qui sera enrichi non seulement de résultats thérapeutiques mais du processus de changement psychothérapeutique chez les déments (W.B. Stiles et al., 1995).

Les différents travaux de P.Cappeliez et ses collaborateurs, et en particulier sur «l'apport de la rétrospective de vie à la thérapie cognitive de la dépression», mettent en évidence l'intérêt de l'approche psychothérapeutique auprès des personnes âgées dépressives, en montrant qu'elle est comparable à celle des adultes tous âges confondus, et nous renseignent sur la relation singulière avec «l'adaptation psychologique». C'est seulement le temps des sessions qui est plus long pour les personnes âgées. Cet auteur montre aussi la «résistance vis-à-vis des personnes qui ont une vision négative de soi» (cf. également chapitre 8.6.2).

7.6 Synthèse de cette revue de la littérature anglo-saxonne et discussion sur le concept de déficit

L'usage d'approche psychothérapeutique pour aider les déments est la conséquence du récent mouvement dans le cadre du soin à la démence vers une approche centrée sur la personne. Les exemples de psychothérapie et d'assistance psychologique avec des déments existent dans toutes les principales approches théoriques : des écoles de pensée psychodynamique, humaniste, de groupe, cognitive et comportementale, tout comme les approches familiales et systémiques. Ces différents travaux anglo-saxons ont été conduits à la fois sur une base informelle comme partie d'un plan de soins général

aussi bien que dans le cadre de séances formelles.

La psychothérapie a été décrite par ces différents auteurs comme une prise en charge générale et à la fois comme un soutien approprié pour les personnes souffrant de démence. Cependant des aspects de cette nouvelle culture du soin pour le dément, (T. Kitwood et S. Benson, 1995) « se tiennent » difficilement aux côtés d'approches plus traditionnelles qui tendent encore à dominer la majorité des systèmes de soin. Il s'agit selon ces différents auteurs de rendre « plus thérapeutique » *l'interaction même* entre le thérapeute et le patient car c'est « une opportunité potentielle » à l'occasion de laquelle les techniques d'assistance peuvent être utilisés pour aider les déments à donner « un sens à leurs expériences ».

En effet, le besoin d'utiliser ces techniques s'étend au-delà des déments et jusqu'à leurs famille et leurs soignants (P. Hettiaratchy, J. Manthorpa, 1992). Si le fait de donner des soins à un dément peut être thérapeutique alors tous les aspects de ce type de soins ont besoin d'être éclairés par les idées qui dérivent de la psychothérapie (T. Kitwood, 1990). Prenons par exemple, la façon avec laquelle les évaluations neuropsychologiques sont effectuées. Les personnes diagnostiquées « démentes » devraient idéalement mises en confiance avant les évaluations, afin qu'elles puissent ainsi donner *un consentement* en étant vraiment informées de l'enjeu de ces évaluations. Le résultat de telles évaluations devrait alors être renvoyé à la fois au patient et à sa famille, d'une façon qui tente de faire «se rencontrer leurs besoins émotionnels aussi bien que leurs besoins pratiques».

Comme nous l'avons vu, l'évidence de la pénurie de recherche qui existe, signifie qu'il est difficile de prendre un cas pour prioriser le travail de psychothérapie avec les déments sur la base, seulement, d'étude des résultats.

Quels que soient les arguments qu'avancent les cliniciens vis-à-vis de ce travail, qu'il soit question de travail individuel ou de travail de groupe, et sur une base formelle ou informelle, cela va bien au-delà de la recherche d'intervention basée sur l'évidence. Ces arguments sont essentiellement éthiques, selon les auteurs, car la démence est une tragédie personnelle, et il est inacceptable que ces victimes, les plus immédiates, doivent souvent avoir à lutter contre «la désintégration personnelle et désolation sociale» en étant non écouté voire ignoré.

Enfin, nous avons besoin d'avoir en tête, qu'en thérapie nous n'écoutons pas seulement la douleur du dément, car il ne s'agit pas seulement de leurs pertes. Quand on engage un travail de psychothérapie avec un dément, nous écoutons alors des gens qui parlent d'une douleur «qui pourrait bien être un jour la notre ou celle de nos maris, femmes, pères et mères» (L. Sutton, R. Cheston, 1997).

7.6.1 Psychothérapie et déficit

Au delà de ces conclusions justifiant de l'utilisation de la psychothérapie sur un plan éthique, la question du rapport à la réalité, la conscience des troubles, la conscience de soi sont à interroger, en particulier sous l'angle de la compréhension du déficit, objectivement perçu ou évalué dans sa composante subjective et défensive par rapport à la réalité et à la souffrance.

L'approche psychothérapique de la démence se doit de prendre en considération la notion de déficit. S'il est important à nos yeux de toujours envisager une évaluation neuro-psychologique en fonction de l'envisagement d'un travail de prise en soins comme à l'hôpital de jour par exemple, c'est parce que la démence en terme déficitaire a un impact très important sur le soignant qui risque de tout rapporter à l'organicité, ce qui signifie que toute évaluation sans la perspective d'un projet de soins, peut aggraver le trouble dans la démence, ce qui peut entraîner une conduite d'évitement par déni de la réalité psychique. La question se retrouve aujourd'hui dans les utilisations, quelquefois confondues, entre la notion de « déni » et celle de « anosognosie », qui expriment l'ambivalence de nos affects face au sujet dément.

La notion de déficit, telle que la précise le dictionnaire, est rapportée à la notion de manque ; définition qui indique une absence et non une inexistence. Cette notion d'absence est également à rapporter des travaux de M. Grosclaude (1996) qui fait l'hypothèse d'un sujet «dément perdu/retrouvable», incluant la notion de déficit dans une problématique identitaire. Cette notion de déficit désigne une absence et, en ce sens, l'intérêt est d'évaluer l'impact sur le soignant face à cette situation. L'évaluation montre des manques, des pertes, et le constat de leur existence dans l'abord psychothérapeutique à moins d'intérêt que d'évaluer l'impact sur le patient des réactions des soignants vis-à-vis du déficit : nos propres réactions face aux communications verbales et non verbales du patient.

Le déficit dans la démence est particulièrement irrégulier et mobile ; les fluctuations des capacités repérées par l'ensemble des personnes proches de ces patients (indépendamment de leur nature) sont également imputables au contexte, à la situation elle-même. Il en est ainsi des troubles des comportements (conduites) si souvent présents dans la démence.

Dans le travail de groupe à visée thérapeutique, les moments de confusion mentale, par exemple, quand ils sont rapprochés des sources de l'angoisse, aident le patient à être plus cohérent et proche de lui-même. J'ai, depuis le début de ma rencontre avec des patients déments, toujours été surpris de la présentation très différente entre l'observation faite dans le lieu de vie et celle dans le bureau en face à face ou en situation de groupe thérapeutique. Le déficit se manifeste dans différents registres, en particulier dans le registre affectif. Comment alors expliquer l'évaluation d'un déficit très important avec quelquefois un excès d'affects ? L'exemple le plus dramatique est celui du suicide d'une personne démente chez qui le diagnostic était assorti « d'incapacité à éprouver des émotions », comme si son histoire commençait à l'âge de 89 ans !

7.6.2 Déficit identitaire et reconnaissance

Dans la démence, c'est le déficit dans la *capacité à s'occuper de soi* qui pose le plus de questions aux soignants. Cela renvoie sans doute à la capacité élémentaire de prendre soin de soi, et cette observation dans la régression touche le soignant à un niveau émotionnel. Cette observation d'auto-abandon (comportement décrit comme sale et négligé, lieu de vie transformé en taudis, abandon de l'entretien de son corps) sollicite le soignant dans un registre de mère toute puissante. Les interprétations des soignants dans

le registre de l'infantile sont également extrêmement fréquentes. L'auto-disqualification du patient aggrave ce tableau déficitaire narcissique.

Les différentes manières de faire des soignants vis-à-vis au patient sont comparables à la gestion des excédents et des déficits dans la communication. La démence serait comparable à un état déficitaire, permanent ou incontinent, en prenant au premier degré le comportement auto-destructeur, auto-disqualifiant du patient. Cette attitude soignante s'exprime également dans le verbe utilisé face au comportement du patient : par exemple, quand le soignant décrit le comportement en terme de «il» ou «elle» ne veut pas ou en terme de «il» ou «elle» ne peut pas. Dans le premier cas le déficit est considéré comme défense par le soignant, défense par un comportement interprété comme agressif, et dans le second cas le déficit est considéré comme conséquence directe de la maladie ou du trouble, excusant en quelque sorte le comportement du patient. Les moments de régression du patient sont également sources d'interprétations diverses de la part des soignants. La régression renvoie à quelque chose de négatif, de l'ordre d'un manque ou d'une incapacité, et pousse le soignant à un agir tel la sur-stimulation pour lutter contre l'angoisse diffuse. Cette attitude de sur-stimulation provoque souvent une confrontation à l'échec qui aggrave le déficit narcissique en estime de soi.

Les différentes représentations que nous avons du déficit dans la démence, avec ou sans jeu défensif possible, influencent la conduite de la prise en soins de type psychothérapeutique. Aider la personne démente dans la restauration de l'estime de soi, de l'image de soi, de la capacité à prendre soin de soi, de la permanence de soi, suppose d'*alimenter* cette relation par l'expression de nos affects et de nos pensées concernant l'ici et maintenant de cette relation, et engage un travail d'identification permettant la mise en place d'un travail d'étayage. Le travail de groupe «permet de constituer une histoire avec un récitant et dans un travail de différenciation de la réalité externe et interne, réalité psychique et réalité historique» (A. Sagne, 1996).

La prise en compte de la dimension affective dans la relation au sujet dément suppose déjà la prise en compte du phénomène de vieillissement dans sa dimension par essence paradoxale. Si comme le souligne Canguihem (1981) «Vieillir, pour tout être vivant, c'est à la fois durer et changer [...]», la prise de conscience de son propre vieillissement se fait aussi devant le miroir, ou face à une photographie de soi-même. Cette image de soi, se croyant le même, révèle ce qui est perçu et ce que le sujet est devenu autre que ce qu'il était ou croyait encore être.

C'est bien ici le paradoxe *du même et du différent* comme constitutif de nos identifications et de notre représentation du vieillir que met en scène le sujet dément. Les troubles de la reconnaissance, de ce point de vue, illustrent cet élément organisateur de la vie psychique.

Cette question de la reconnaissance et de la peur du vieillir est admirablement décrite par M. Proust (1927) «[...] La transformation que les cheveux blancs et d'autres éléments encore avaient opérée, surtout chez les femmes, m'eût retenu avec moins de force si elle n'avait été qu'un changement de couleur, ce qui peut charmer les yeux, mais, ce qui est troublant pour l'esprit, un changement de personnes. En effet, « reconnaître » quelqu'un, et plus encore, après n'avoir pas pu le reconnaître, l'identifier, c'est penser sous une seule dénomination deux choses contradictoires, c'est admettre que ce qui était ici, l'être qu'on

se rappelle n'est plus, et que ce qui y est, c'est un être qu'on ne connaissait pas ; c'est avoir à penser un mystère presque aussi troublant que celui de la mort dont il est, du reste, comme la préface et l'annonciateur. Car ces changements, je savais ce qu'ils voulaient dire, ce à quoi ils préludaient. Aussi cette blancheur des cheveux impressionnait chez les femmes, jointe à tant d'autres changements [...] on avait peine à réunir les deux aspects, à penser les deux personnes sous une même dénomination ; car de même qu'on à peine à penser qu'un mort fut vivant ou que celui qui était vivant est mort aujourd'hui, il est presque aussi difficile, et du même genre de difficulté de concevoir que celle qui fut jeune est vieille, quand l'aspect de cette vieille, puis la jeune, semble tellement l'exclure que tour à tour c'est la vieille, puis la jeune, puis la vieille encore qui vous paraissent un rêve, et qu'on ne croirait pas que ceci peut avoir jamais été cela, que la matière de cela est elle-même, sans se réfugier ailleurs, grâce aux savantes manipulations du temps, devenue ceci, que c'est la matière n'ayant pas quitté le même corps, si l'on n'avait l'indice du nom pareil et le témoignage affirmatif des amis [...].»

8. Revue de la pratique psychothérapeutique francophone

8.1 Quelques fils conducteurs

Ce chapitre est centré sur le rappel d'expériences psychothérapeutiques déjà publiées, concernant des pratiques individuelles ou en groupe, pour repérer les fils conducteurs, les différents éclairages sous différents angles de phénomènes communs. Il ne s'agit pas, ici, de faire un relevé exhaustif de la pratique francophone mais de passer par quelques portes d'entrée dans l'abord psychothérapeutique de la démence, selon les différents auteurs en lien direct avec une construction en regard de ma pratique psychothérapeutique.

De façon comparable aux pays anglo-saxons, l'idée d'un déficit irréversible marque cette entrée dans la connaissance de la maladie. Tout d'abord du fait des courants de recherche vers une connaissance biologique de la maladie avec pour objectif le repérage des causes et la découverte de thérapeutiques médicamenteuses, et le risque, déjà pointé dans notre travail, d'une centration sur la maladie plutôt que sur le malade, dans la mesure où sa souffrance actuelle, et ses capacités de la mettre en mots à voix haute, risque d'être « oubliées ». En même temps, le travail de psychothérapie suppose un certain nombre de ressources, aussi dans ce registre les troubles du langage verbal constituent une limite importante, même si le travail de psychothérapie ne se limite pas à cette question au sens strict.

L'autre question commune à l'ensemble des abords psychothérapeutiques est celle de l'évolution plus ou moins progressive et variable, de la démence, d'un individu à l'autre, et donc la question d'un suivi dans la durée. La psychothérapie d'une façon générale, mise sur le futur alors que la démence se présente comme progressivement irréversible.

Le renforcement des résistances à un travail de psychothérapie avec des sujets âgés déments est en lien également avec les représentations de la personne âgée en terme de pertes, de détérioration de l'image de soi, de l'estime de soi et de la question de la finitude et de la séparation définitive. Or, l'engagement dans un travail de psychothérapie demande du temps et mise, donc, sur l'avenir. C'est ainsi que je comprends mon souhait, dans l'institution, de vouloir gagner du temps en mettant en place un projet de soins pour les sujets déments. Cette dimension du temps nous inscrit et nous divise en même temps sur la question de ce qui résiste ou non à l'épreuve du temps. Qu'en est-il de l'estime de soi (narcissisme) ou de la mémoire telle quelle est définie de nos jours ? Cette question du rapport au temps est traitée de façon éclairante par J.M. Talpin (1996) dans son travail sur «l'institution en souffrance : les défenses et le temps».

Si une pratique psychothérapique existe depuis plusieurs années auprès des patients déments, les objectifs eux-mêmes essaient d'être décrits plus récemment, notamment avec la création d'un colloque européen sur la « psychothérapie des démences » depuis 1994. De ce point de vue, il s'agit d'une manière générale de « restituer au patient sa qualité de sujet » en particulier de réfléchir sur la question de la permanence du sujet, au delà des déficits cognitifs constatés, davantage dans le registre du désir et de l'affect.

Les prises en compte des conséquences de l'évolution dans la démence ont amené les différents auteurs à questionner cette affection en terme de «psycholyse», de «déméntalisation», «d'élaboration du traumatisme», sans oublier la réalité de la détérioration progressive de la maladie qui influence grandement le courant transférentiel. La place ou le rôle du déficit étudié, au sens du déclin inéluctable dans le vieillissement, est encore en question à l'heure actuelle et les débats sont nombreux. Le déclin corporel est cependant une observation généralisable. Les représentations liées aux différentes études du vieillissement prennent insuffisamment en compte la question de l'adaptation du sujet aux modifications externes et internes de son environnement et, donc, de la complexité de l'appareil psychique.

La démence, comme pathologie mentale, occupe une place prépondérante dans les représentations que nous pouvons avoir du vieillissement, dans la mesure où la démence «reste donc certainement une voie finale commune à de nombreux troubles psychopathologiques» (J.F. Tessier, J.M. Léger, 1987) et alimente le constat que la vie du sujet âgé doit se construire dans le contexte d'une dépendance évolutive.

Les travaux de ces vingt cinq dernières années concernant une approche psycho-dynamique et psychothérapeutique de la démence montrent un recentrage sur ce qui nous *organise* comme être humain, à savoir la question du *lien* et celle de la place de chacun (*chaque un*) parmi les autres. La question de l'identité, en terme d'identification et aussi de s'identifier, concerne la conscience que le sujet a de lui-même comme être unique. Cette question a été très tôt abordée par C. Balier (1976) sous l'angle de la dépression et d'un travail de deuil mal élaboré. D'autres auteurs parlent de crise d'identité (A. Agniel et coll., 1979) qui concerne trois facettes du Moi : «le Moi corporel, le Moi psychique objet de relation, et le Moi social objet des relations d'idéaux dans le groupe d'appartenance». G.Le Gouès (1985) sous l'angle du narcissisme, analyse la question de la perte en terme de «perte du Soi, de perte d'objet et de perte de fonction».

8.2 Les approches psychothérapiques dans le champ des états actuels de la démence

Ces dernières décennies ont conduit vers une ré-évaluation de l'importance du vieillissement, en terme de *reconnaissance*, et à ses conséquences sur les relations entre les personnes, et plus précisément du lien entre le sujet et ses objets. Cela rejoint la théorie de la relation d'objet comme centrale dans la création des interrelations. D'un autre point de vue, plus développemental, les différentes recherches montrent également l'importance de cette dimension relationnelle. Ces théorisations concernent le lien d'attachement, les interactions, les interrelations, le rapport entre le travail de vieillir et le vieillissement abordé par plusieurs auteurs (H. Bianchi, 1980 ; J.L. Pédinielli, 1987), ou encore en terme de quête d'identité selon E. Erikson (1968), qui définit l'identité comme «la résultante des différentes identifications du sujet».

8.2.1 Démence, identité et traumatisme

La psychothérapie, comme projet de soin psychique pour le sujet âgé dément, en dehors de l'axe strictement développemental de l'identité, questionne le rapport dialectique de l'identité comme processus. Rappelons, ici, que la psychanalyse définit la notion d'identification comme la première forme de lien affectif à l'objet, et c'est également un processus de communication affectif entre un individu et un groupe. Les différents « constats » dans la rencontre au quotidien avec ces patients montrent qu'une vie psychique existe, persiste au delà de l'apparente « mort psychique », un peu comme si la vie vient et repart en laissant des images angoissantes d'inquiétante/étrangeté et d'inquiétante/familiarité en même temps. La confrontation à la question de l'angoisse et de la solitude est également posée dans la rencontre avec ces patients ; cette pathologie nous confronte en même temps à des sujets « morts » et à des sujets « vivants ». Il s'agit de l'évocation quelquefois cacophonique de morts tragiquement vécues induisant en une seconde des sauts dans le temps, à la mesure de ces sauts de génération en génération de deuils transmis non-élaborés.

Les différents aspects soulignés du rôle et de l'importance des interrelations, dans la pratique psychothérapeutique, sont en accord avec une conception du fonctionnement psychique et des représentations des troubles psychiques dans la démence. Le dispositif psychothérapeutique constitue, dans le travail avec les sujets déments, une sécurité suffisamment solide pour « travailler » les zones de fragilité identitaire et la présence de plusieurs « autres » va dans le sens d'une consolidation de l'image de soi du dedans.

Dans mon expérience en situation de groupe avec les sujets déments, la notion d'interrelation éclaire la nécessité d'un travail au dedans de soi pour « reprendre » les différentes identités au dehors, et définit ce qui se constitue/s'organise dans cet appui identifiant. Le travail en situation de groupe se fait à partir de la relance de l'identité de perception, et plus généralement sur l'idée de la *présence* et sur le *mode* de présence de l'objet. Globalement, nous dirons ici que notre dispositif comprend les différentes *médiations* utilisées, la présence d'un *observateur* sont autant d'*éléments perceptifs* qui

donnent une certaine forme et une certaine consistance aux paroles qui sont échangées.

Cette conception méthodologique du dispositif est aussi une manière de se représenter la disparition progressive de la capacité de représentation du sujet dément, associée à une non permanence de l'objet. Il y a là un lien avec la question de la « position dépressive » (cf. le chapitre 6.4) comme point de butée, chez le sujet dément qui fait supposer devoir repasser par la présence de l'objet pour nommer et symboliser l'absence, l'objet perdu et le travail de deuil. Comment aider quelqu'un à faire un travail de deuil quand celui-ci est impossible à faire ? C'est à sa manière que le sujet dément nous adresse cette équation, «équation mortelle» (A. Sagne, 1996), que l'on retrouve sous la forme : *si je perds la mémoire (alors) je me perds*.

La plupart des auteurs s'accordent pour dire que la clinique de la démence est celle d'un travail de deuil impossible (M. Myslinski, 2000). Récemment (colloque psychothérapies des démences, 2000), les différentes « pratiques en recherche » ont orienté les réflexions autour de la question des traumatismes. Il est en effet question des traumatismes au pluriel pour montrer à la fois plusieurs approches et également pour souligner sans doute les effets des deuils du passé cumulés à ceux du présent.

Les auteurs qui abordent cette question du traumatisme dans la démence s'inscrivent également dans des référentiels théoriques psychanalytiques différents. Ces abords font un détour par S. Freud, par M. Klein, par J. Lacan, par D.W. Winnicott, dans un travail de conceptualisation du traumatisme ou pour enrichir la pratique psychothérapique, ou pour proposer des hypothèses sur l'origine traumatique de la démence. Nous partageons ici la définition que nous donne P.M. Charazac (2000) du traumatisme : «Dans sa conception actuelle, le traumatisme désigne un fonctionnement de détresse du moi impliquant d'une part son immaturité ou sa détérioration, d'autre part un excès ou un défaut de stimulation venant de l'environnement. L'effet du changement d'environnement pour un dément illustre l'action traumatique ou anti-traumatique de l'entourage».

8.2.2 Démence et soin psychique

Le titre au singulier « démence et soin psychique » est peut-être loin de faire l'unanimité parmi les différents chercheurs et praticiens psychothérapeutes. Il y a plusieurs raisons à cela que nous allons résumer brièvement. Du point de vue général concernant le vieillissement, chacun a ses propres hypothèses explicites ou implicites, qui isolent ou intègrent une problématique du vieillissement à la question globale de la personnalité. Ce qui orientent les hypothèses sur la réalité de la pulsion de mort, ainsi que les effets du temps sur la personnalité, indépendamment de la structure de la personnalité. La question de la « prise d'âge » ne peut pas être absente dans la psychothérapie. Et dans la pratique gériatrique, par exemple, il est fréquent d'entendre cette question condensée autour du concept de mélancolie et référée autant à des éléments psychiatriques que phénoménologiques voire philosophiques.

Le terme de démence, ici au singulier, présupposerait une homogénéité de l'étiologie, des manifestations cliniques et de l'évolution. Or la clinique montre non pas une mais des formes de démence avec des symptômes qui évoluent de façon différentes d'un individu à l'autre. C'est ce mode évolutif, individualisé qui oriente les choix psychothérapeutiques,

imposant alors une forme de psychothérapie adaptée à l'évolution des capacités de chacun. Aujourd'hui, les approches multiples rendent compte de ces différentes formes d'approche en s'adressant soit à l'individu, soit au groupe et à la famille, soit en travaillant sur l'influence de l'environnement du patient. Est-il nécessaire de concevoir une méthode en fonction des déficits spécifiques de la démence, des démences, ou bien est-il possible « d'appliquer » une technique déjà éprouvée dans le cadre de pathologies différentes, ou encore considérer le vécu et le discours du patient comme base conceptuelle de l'approche psychothérapeutique ? Il s'agit là d'essayer de mettre en évidence des constantes, dans la démence, qui permettrait d'« appliquer aux processus démentiels des modes de compréhension universels applicables à l'homme en général» (J. Wertheimer, 1995).

Cependant pour la plupart des psychothérapeutes ayant choisi de travailler avec des sujets déments, un fait fondamental à valeur signifiante, réunit les divers concepts psychodynamiques. Il s'agit du *discours* du sujet dément qui a un sens en soi et pour son interlocuteur, quand des *conditions favorables* sont réunies. Ce discours, même appauvri, même chaotique nous renseigne sur la réalité interne du sujet. Ce discours a plusieurs fonctions et le psychothérapeute définit alors un mode d'accès et de compréhension. Il s'agit davantage de la parole, à condition de ne pas restreindre ce terme au seul langage verbal, mais d'inclure la notion de conduite dans le fait même de parler. Ces différentes portes d'entrée ne sont pas incompatibles avec la recherche de constantes dans la démence de type Alzheimer, invariants qui transcendent les différents chemins de l'évolution. Parmi ces fonctions, nous pouvons noter le mode de communication, le discours comme support de l'identité, le maintien de l'investissement, l'expression de quelque chose qui se «défait », autant de points assez généraux analysés par différents auteurs, à partir de leur pratique clinique et psychothérapique.

La démence comme mise en cause du lien interhumain renvoie à notre conception du sujet dément : est-il un semblable, est-il fait de la même pâte humaine au sens de «l'idée du Moi» (P. Racamier) ? C'est cette perspective que développe par exemple J. Maisondieu, quand il évoque notre malaise face à ceux qui ont perdu la raison : «reconnaissons-nous vraiment le dément comme un sujet partageant avec nous la notion d'humanité» (1988). La raison de l'ambiguïté de la situation vécue, dont rend compte la parole du dément, n'est pas due à la seule difficulté du discours, mais comme le souligne M. Grosclaude (1987), il y a d'un côté la réapparition d'un fonctionnement archaïque et de l'autre côté un déni de la démence. D'ailleurs J. Maisondieu (1997) va plus loin en parlant de l'exclusion du sujet dément, de l'influence négative (sujet nié dans son altérité) de notre regard porté sur ces patients entraînant un risque d'aggravation du processus de destruction psychique.

Pour G. Le Gouès (1988) la démence est une «psycholyse», et, ce terme crée rend compte notamment de la rupture de continuité psychique entre la réalité externe et la réalité interne : «la coupure se produisant dans deux directions simultanées, vers le processus de pensée et vers l'interlocuteur».

Partant du constat que le sujet dément perd peu à peu la capacité de donner une «signification stable à ce qu'il perçoit» (G. Le Gouès, 1991), le sujet perd la représentation de soi et d'autrui. La désorganisation progressive de la pensée a été étudiée par ce

même auteur dans un texte commun avec M. Perruchon. L'activité de représentation de chose puis de mot forme le processus de pensée. L'activité de représentation s'appuie elle-même sur l'activité de perception. Ces deux auteurs s'appuient sur la conception freudienne de la représentation pour décrire les processus de pensée dans le cadre de l'involution de la démence. Ils décrivent la pensée réflexive correspondant à la pleine utilisation de la représentation de mots, puis la pensée figurative vient prendre le relais quand seules les représentations de chose fonctionnent encore ; la pensée figurative est le moteur de la relation avec le sujet dément dans le face à face ou dans les groupes à médiation. Ces pensées sont tournées à la fois vers la perception externe et vers la perception interne. A un stade encore plus avancé de la démence la pensée « d'avant la représentation » que ces auteurs ont nommé «pensée post-figurative» s'appuie surtout sur la valeur de l'affect et des émotions. Cette pensée post-figurative peut-elle s'apparentée à ce que je nomme comme l'*anté-miroir* (chapitre 15.3.2) Ces références au processus de la pensée mettent en évidence, dans la démence, le processus progressif de déliaison des représentations et des affects. L'affect, la mémoire affective, cependant, perdure bien plus longtemps que la mémoire cognitive. L'affect peut encore avoir un sens, et peut-être même tenir lieu de représentation, en raison de sa force structurante pour la psyché : le savoir affectif est ce qui survit longtemps après le savoir instrumental, comme nous le dit G. Le Gouès (1991) : «une manière de sentir et de ressentir qui guide la pensée».

Selon M. Perruchon (1994) les productions mentales du sujet dément se situent entre «le rêve, le délire, l'hallucination et le souvenir». Il existerait un processus propre à la démence révélant l'échec de la réalité, permettant la différenciation entre une perception, une représentation et une régression. Selon cet auteur, les éléments du passé qui font retour dans le présent correspondent à une «hallucination mnésique qui est une manière de sortir du chaos, de se réobjectaliser en combattant la dépression, de retrouver du sens ainsi que de maintenir l'investissement comme l'identité tout à la fois».

Le travail de recherche sur les psychothérapies a progressé vers la prise en compte progressive de la réalité de l'affectivité ou plus exactement de l'affect comme système à part entière et en interaction avec d'autres systèmes. Sous cet angle d'hypothèses psychogénétiques, l'entrée dans la démence peut être interprétée de diverses manières. La démence doit-elle toujours être considérée comme un processus de destruction ou peut-on l'envisager comme un mode d'adaptation ou comme un «mode d'organisation» (J.M. Léger, J.P. Clément, 1985) qui reste encore à définir ? Ces auteurs parlent aussi (1987) d'une «causalité complexe où interviennent les déficits variés, l'influence du milieu socioculturel, l'histoire de la personnalité, les conditions matérielles de l'environnement, la sexualité, le problème de l'identité et l'approche de la mort». Les conséquences de cette affection pourraient-elles devenir des causes ? La fonction défensive de la démence (toutes les formes de pseudo-démence comprises) qui servirait à éviter une souffrance liée à une séparation, un deuil impensable, irréprésentable, et qui impliquerait l'ensemble de l'appareil psychique.

Ainsi nous pourrions faire l'hypothèse, après d'autres, que le fonctionnement psychique laisse une trace, une inscription dans le cerveau au niveau de sa structure et en terme de liaison entre «les altérations organiques cérébrales, l'affectivité et la

sémiologie déficitaire» (L. Ploton, J.P. Vignat, 1987). Pour d'autres auteurs (A. Thomé, 1991), à l'origine de la démence, on observe un événement douloureux, stressant, traumatisant comme une perte d'enfant par exemple, et où les conditions de la perte font que le travail de deuil est considéré comme impossible. Est-ce la *nature* de cette relation affective qui est en cause ? Pour un auteur comme J. Bergeret (1974) la démence est comparable à une décompensation tardive d'une organisation « état-limite ».

C'est au cours de la sénescence que survient un accès pathologique/traumatique ayant pour origine la sénescence elle-même ou alors un traumatisme réel (décès d'un proche très fortement investi, une blessure narcissique importante) qui se cumule à l'angoisse de cette crise du vieillir.

Pour C. Balier (1979), le sujet dément se présente comme un sujet déprimé en rapport à une personnalité et une relation d'objet de type narcissique. Dans cette perspective H. Bianchi (1980) parle de la démence comme d'un « retour » dans la relation, retour à l'objet maternel primaire devenu conteneur de toutes les souffrances. Pour J.P. Vignat (1985), la démence est une décompensation psychopathologique à la suite d'un événement récent, toujours lié à la question de la perte et qui réactive des événements lointains et en lien avec la l'organisation de la personnalité. G. Le Gouès (1985) a fait alors l'hypothèse de la faiblesse du préconscient de certains patients, en parlant de «névroses mal mentalisées», qui entraîneraient une décompensation au cours d'une perte, perte d'autant plus importante, que ces patients dépendent de l'objet réel. L'entrée dans la démence pourrait correspondre à la perte d'un objet réel vital dont le deuil serait impossible, car le sujet perdrait la fonction auxiliaire qui masquait sa dépendance. Pour A. Boiffin (1987), la dissolution de la mémoire est corrélative de l'altération du préconscient. Pour M. Perruchon (1987), la démence constitue un retour au passé et notamment aux images parentales, qui peuvent être observables à un niveau régressif et qui vise une réparation narcissique.

Il est noter par l'ensemble des auteurs cités, une altération de la conscience de soi, une atteinte narcissique, un repli narcissique, des phénomènes de régression. Ces différents aspects de la démence nécessitent d'adapter le cadre d'intervention psychothérapeutique en prenant en compte les « capacités restantes » du patient. Il serait souhaitable, à mon sens de parler de capacité actuelle, capacité qui englobe le savoir affectif et le désir de communiquer du patient en lien avec ces capacités cognitives et essentiellement de considérer le patient tel qu'il se présente à nous dans *l'ici et maintenant*.

8.3 Les objectifs du processus psychothérapeutique et les contraintes du cadre institutionnel

La prise en compte des *capacités actuelles* du patient apparaît comme une insertion nécessaire dans les objectifs de la psychothérapie et reconnaît à travers les paroles et les conduites, un sujet qui exprime sa souffrance, son mal-être. Ainsi l'affect, l'affectivité devient à la fois un outil de travail et un objet de sens pour la relance de la relation à autrui. Cette vie affective se réchauffe dans le cadre de la relation et en ce sens les

différents auteurs à partir de cette phrase célèbre d'Esquirol, pour qui «le dément est un riche devenu pauvre», en utilisant ces métaphores « démence chaude ou démence froide » (G. Le Gouès) et encore « démence riche ou démence froide » (M. Perruchon). Il est important de souligner cette chaleur de la relation du *côté du thérapeute* également. C'est cette qualité d'*investissement*, d'*engagement* et d'*anticipation* de la part du thérapeute qui est, à mon sens, le moteur de la relation avec le sujet dément. Cette capacité d'anticipation relance la capacité d'attachement du sujet dément qui alimente la question de la demande et de l'adresse à l'autre.

Dans ce chapitre nous aborderons cette question des objectifs psychothérapeutiques par la mise en évidence, à partir de mon expérience clinique, et en appui sur l'analyse de chercheurs et de psychothérapeutes mettant en évidence l'importance de l'instauration d'une confiance, d'un travail sur la restauration de l'estime de soi alliée à la *qualité de l'investissement*. Ces différents points mettent en évidence la question du soutien narcissique comme contrepoint à la question de la perte de soi. Une des patientes en suivi individuel définit ma fonction comme : «quelqu'un qui m'aide à mettre les mots les uns derrière les autres» autrement dit qui l'aide à mettre en ordre sa pensée. En ce sens nous rejoignons l'objectif essentiel du travail thérapeutique selon G. Le Gouès repris par P.M. Charazac en terme de « transfert sur la pensée » et d'une manière plus générale de *relance de l'activité de penser*. IL s'agit de relancer le fonctionnement spontané du patient lorsqu'il est en panne de mots par exemple. Le *mouvement transférentiel* est l'élément le plus important du cadre psychothérapeutique, selon ma perspective, car les effets positifs pour le patient dépendent de la qualité et de l'investissement du thérapeute. Dans ces questions concernant le cadre thérapeutique, je voudrais également interroger la notion de temporalité dans la rencontre même avec le sujet dément, et des effets éventuels dans l'économie psychique. Cette question détermine en quelque sorte le fondement même de la psychothérapie dans le face à face et en situation de groupe. J'aborderai dans le dernier temps de ce chapitre la question problématique des rapports entre le travail nommé «rétrospective de vie» par P. Cappeliez (1996) qui concerne la mémoire dite épisodique, biographique et la question du concept d'après coup dans la psychanalyse.

8.3.1 Les points d'appui du psychothérapeute

Quels sont ces points d'appui du psychothérapeute, transmissibles, partageables dans l'approche du sujet âgé dément ? Une communication de L. Ploton (1999) consacrée à ce thème, nous servira de fil conducteur par rapport à notre cheminement dans ce chapitre.

Il s'agit de travailler sur la restauration de l'estime de soi selon L. Ploton (1999) en s'appuyant sur : «la modification de représentation des situations anciennes ou actuelles [...] et sur l'expérimentation de modalités relationnelles narcissiquement plus satisfaisantes dans des situations problématiques récurrentes.» Cet auteur soutient l'idée de la permanence de la vie psychique chez le sujet dément. Il nous invite à faire le choix «entre une vision déficitaire et une vision productive, adaptative [...] conduisant à regarder les symptômes comme une réaction de l'appareil psychique dans un contexte où se conjuguent la question de la mort et de la vulnérabilité liée au vieillissement, en contrepoint de modifications neurologiques [...]». Sa vision de la pathologie de la démence suppose également «une intelligence adaptative» qu'il compare au registre

freudien de la psychopathologie quotidienne et il en précise le sens : «cette symptomatologie est-elle la conséquence de la mort cellulaire, sur un mode passif, ou une production active à visée défensive et adaptative ?»

Les représentations du psychothérapeute au sujet de la démence *déterminent* ses modes d'observation, d'action, et d'interprétation de son expérience clinique. C'est l'intérêt pour *la pensée et les affects* du patient qui engendrent l'intérêt du patient pour son fonctionnement interne. Le fait par exemple de vouloir *nommer les choses ensemble* c'est dire au patient : nous allons chercher ensemble, comme mode de réponse adaptée. Cet étayage de la pensée, du prêt des pensées et des mots comme modèle de présence à l'autre et comme le décrit C. Balier (1984) « le patient, dans un mouvement d'identification à son thérapeute, s'intéresse à sa réalité psychique, à ce qui se passe en lui et en retire un sentiment d'existence et de confiance en lui».

Ces points d'appui comme préalables à la construction d'un lien sont d'autant plus nécessaires que la demande, dans l'approche psychothérapique du sujet dément est paradoxalement précédée par une offre de soins. La parole du patient a « besoin » de trouver un écho pour que sa souffrance ne reste pas *lettre morte* pour lui-même et pour qu'elle ne devienne pas une *enveloppe vide* face à son interlocuteur.

8.3.2 Le couple estime de soi et qualité de l'investissement

Parmi les points d'appui de la psychothérapie le *tandem* estime de soi et qualité de l'investissement illustre ma façon de me mettre à l'écoute du patient. L'approche centrée sur le mouvement transférentiel et d'abord sur les ressentis que j'éprouve, me place en position de « Moi-auxiliaire », face au sujet dément. L'offre de soins, de prise en soins adressée au patient dans le projet de travailler les conditions mêmes d'une demande de soins à travers la question de l'adresse à l'autre. Cet autre n'est pas un quelconque autre. La question de ce couple estime de soi et qualité de l'investissement fait écho, en terme de transposition, et également en terme de transition au sens d'une approche dite transitionnelle, à la question du *rapport aux miroirs et à la question de la régression*. Nous continuerons de développer cette question dans la troisième partie de ce travail.

Dans mon propre parcours institutionnel, puisque j'ai rencontré des personnes démentes dans ce cadre là, il m'a fallu un certain temps pour pouvoir penser mon rapport à ces sujets en souffrance. Et il m'a été nécessaire de mettre en place des conditions suffisamment sécurisantes (dispositif de soins) pour aider et accompagner la personne dans la perspective d'une régression qui n'était pas à penser uniquement comme la simple traduction et conséquence des atteintes cognitives. Autrement peut-être « on » ne voit rien, rien si ce n'est une personne « qui est bien dans son monde, qui ne souffre pas parce qu'elle n'en a plus les moyens instrumentaux » Comment accéder à la souffrance d'un autre qui vous fait vivre le sentiment de ne plus exister à ses yeux lorsque vous n'êtes pas là ? Cette souffrance est difficile à penser puisqu'elle se manifeste dans l'absence et dans la question du vide. Quels que soient les explications théoriques auxquelles les uns et les autres se réfèrent, la question de la souffrance éprouvée au contact de ces patients n'est pas évacuée pour autant et nous continuons d'en être affecté en tant que psychothérapeute. Le sens, continue également de nous échapper, ce

qui alimente encore l'idée d'un travail du négatif et aussi l'idée que ça échappe, à un travail de représentation.

Le silence, pendant longtemps concernant l'affectivité du patient dément, dans la définition même de la maladie est-il un effet du négatif lié à cette pathologie ? Est-ce en lien avec notre façon de considérer le sujet dément comme un étranger ?

Est-ce en lien avec ce que les psychanalystes nomment la réaction thérapeutique négative ? Ces questions méritent d'être posées au regard de l'importance que l'on peut accorder ou non à la souffrance du sujet âgé et de surcroît du sujet dément. Comment peut-on se positionner comme sujet et comme dément ?

La méthodologie utilisée pour comprendre cette souffrance du sujet dément correspond à une mise en forme des gisements inutilisés dans l'institution et également aux conditions de *mise en adresse* à l'autre, ce que j'appelle être au *R.D.V. de la rencontre*. (Cf. parcours méthodologique). Le terme de gisement évoque ici à la fois le lieu où l'on peut écouter les différentes paroles des personnes démentes et les niveaux de profondeur à découvrir, concernant la richesse de ces productions. Il ne s'agit pas d'extraire un sens, une signification seulement à partir d'un mot compréhensible au milieu d'un discours totalement inaccessible pour fonder une interprétation. C'est aussi un risque encouru que de vouloir donner un sens là où le sens nous échappe. Je ne peux pas non plus faire comme si ce qui était observé (gisements) n'existait pas, sauf à être dans le déni. La question de l'adresse à l'autre est à la fois une question méthodologique et également une question des conditions d'un travail de psychothérapie avec les sujets âgés déments. Autrement dit cette condition d'adresse à l'autre est une constante quelle que soit la pathologie.

Ces patients ont besoin d'être étayés dans l'institution et par la fonction d'enveloppe institutionnelle pour qu'un processus psychothérapique puisse exister. Je peux en référer ainsi à la position « militante » dont j'ai déjà parlée, dans ce travail. Il nous est aussi possible de le penser en référence à ce que décrit W.R. Bion (1967) lorsqu'il parle des « attaques contre les liens », qui rend compte des effets de l'émotion qui circule et se répand dans les relations, entre les personnes, au sein de l'institution. Cette position « militante » est à comprendre, comme condition nécessaire pour instaurer un cadre de soins qui aménage un lieu et un temps créateurs/transformateurs des différents éléments de vie psychique (gisement) observés. C'était le pari et le parti-pris en direction de l'institutionnel et en direction des patients et de leur famille d'une transformation de ces éléments en processus de penser et d'activité de liaison.

Mais, la mise en place d'un espace de groupe comme espace de pensée et comme espace pour pouvoir penser, demeure un espace potentiel de droit au secret au sens de P. Aulagnier (1976) c'est-à-dire comme une condition pour pouvoir penser. La position « militante », est à ce titre aussi nécessaire qu'ambiguë car elle suppose de supporter, de contenir, et autant que faire se peut d'analyser, les rapports en terme de couple d'opposés. Le travail d'écriture et de mise en place d'un dispositif de petit groupe, vient ici, s'opposer au regroupement opéré par le placement et par la taille des lieux de vie nommés cantou, de 10 à 12 personnes. Groupe s'oppose à regroupement dans la mise en évidence de la fonction d'adresse quand le sujet dément communique. En écho, dans

les échanges institutionnels c'est le couple objectivité/subjectivité qui règle les échanges sur un mode d'injonction paradoxale: peut-on faire confiance aux propos d'un dément ? De quelle réalité parle t-on : réalité objective, réalité subjective ? Comment protéger cet espace d'intimité nécessaire pour pouvoir penser sans trop réveiller les éléments persécuteurs voire destructeurs, « déposés » dans l'institution, à travers des positions d'exclusion/inclusion ? Comment gérer ces différents couples d'opposés, voire accepter un certain clivage fonctionnel, en attente d'être analysés puis dépassés ?

J'ai gardé cette notion de militance pour illustrer les difficultés méthodologiques à construire un dispositif de soins psychiques, adressé aux personnes démentes, accueillies en institution, et peut-être aussi dans la perspective de construire «un dispositif dont le Nous serait le sujet ?» (R. Kaës, 1997). La perspective développée par R. Kaës dans le cadre plus large d'analyse de la «réalité psychique de/dans l'institution». J'entends ici cette question par rapport à la souffrance et à ses effets sur le lien interindividuel et intra institutionnel. Je comprend aussi ce nous qui pense comme la capacité à contenir et à analyser les effets de la souffrance de chacun et de l'ensemble de telle sorte qu'un travail de «mise en figurabilité et le travail de symbolisation de ce qui n'a pas pu être élaboré dans l'espace privé, comment traite-t-il ce qui reste en souffrance dans l'institution même ?» (R. Kaës, 1997). Dans le même texte, cet auteur nous invite à nous interroger sur les possibilités ou au contraire sur les résistances institutionnelles à mettre au travail les postulats de la psychanalyse : en premier lieu la prise en compte de l'inconscient et les défenses mises en place ainsi que l'écoute centrée sur un sujet malade et non pas sur la maladie elle-même : «pour les analystes le malade est un sujet singulier et le travail thérapeutique est un travail qui s'effectue un par un, dans la reconnaissance de sa singularité».

La difficulté à articuler l'institution considérée comme un groupe large et le travail dans les petits groupes se concentre aussi sur la dimension ou le projet d'être ou non une institution soignante, acceptant par là même qu'un nous, groupe d'individus, contienne suffisamment les éléments négatifs, défensifs, projectifs en son sein.

L'acceptation provisoire d'un clivage fonctionnel m'a permis de me centrer sur la dimension relationnelle prenant en compte la dimension d'adresse à l'autre ainsi que les postulats de la psychanalyse cités ci-dessus. Ce qui se traduit également par le fait que la relation, dans sa dimension d'intersubjectivité n'est pas interchangeable, mais au contraire que l'analyse de cette relation doit inclure la dimension de l'observateur. Au sein des petits groupes constitués vient se poser la question de la réalité du dedans et celle du dehors faisant resurgir le besoin de *sécurité narcissique* face au besoin d'enveloppement de ces patients en souffrance de *perte d'identité* et de *place*. La mise en place de différents outils de médiation est venue pour parer aux attaques du lien et aux attaques de la pensée du fait de la démence.

Ces outils ont pris la forme de l'introduction de la vidéo pour montrer en image le travail de mémoire collective et utilisée en cours de séance ou à la séance suivante (travail avec les miroirs), de médiations diverses utilisées (peinture, terre, écriture, photolangage, soins esthétiques, centrées sur le corps) et de la présence d'observateurs (stagiaire psychologue). La présence d'observateur est devenue un point d'étayage pour le travail avec les sujets déments dans les petits groupes. Mais ces différents outils ont

servi de relance à l'activité de penser par l'activité de perception pour les patients en souffrance de représentation.

Sous un autre angle nous pouvons penser que montrer ce n'est pas encore mettre en mots et interroger ce besoin de mettre en images (A.Sagne, 1996), qui pourrait se substituer au regard ici et maintenant, à la parole, et au subjectif. La vidéo «confrontation» pouvait-elle médiatiser la relation ? Peut-elle concrétisée un espace de transition entre l'objet fantasmé et l'objet perçu de la réalité externe ? Peut-elle faire travailler mentalement les projections, de façon à servir de relais à une fonction contenant et à un détour par l'image pour une représentation de l'image de soi ? Illusion que l'image vue et montrée en vidéo soit une vraie copie du réel ! J'avais alors sans doute imaginé que ces images seraient autant de traces, de souvenirs «vivants», une reproduction fidèle de la réalité. Ces expériences d'utilisation de la vidéo ressemblaient davantage à un trop de présence, mimant davantage un double de la réalité, plutôt que sa mise en représentation et sa fonction d'adresse. Alors que la présence réelle d'un observateur devient le support représentatif d'un autre à qui je peux m'adresser.

8.4 La souffrance du dément : entre négatif et positif de la relation

La reconnaissance de la souffrance psychique du sujet dément nécessite un *détour par soi*, par ce qui est donné à éprouvé et qui ne va pas de soi. Entre *négatif* et *positif*, cela suppose d'accepter de se confronter aux blessures narcissiques qui concernent précisément la vie de la pensée et positif au sens où, au delà du sens que réclame notre exigence à trouver coûte que coûte du sens. Entre négatif et positif cela veut dire, pour moi, le maintien d'un investissement de l'autre malgré cette indécidabilité (ambiguë) entre le négatif et le positif. Cela fait écho au dispositif de travail psychothérapique et aussi à la manière d'en rendre compte. (cf. chapitre 6.3).

Nous partons d'abord du lien au fondement de la relation avec le sujet dément, lien qui s'exprime dans le couple estime de soi/investissement de soi, par le détour de l'autre. C'est le point d'appui essentiel du travail de psychothérapie qui permet de retrouver la capacité d'être soi-même en présence de l'autre malgré la cohabitation permanente entre ce négatif et ce positif.

Lorsque je parle de lien au fondement de la relation avec le sujet dément, je veux signifier la question de l'établissement d'une relation autant que sa consistance. L'assise de cette relation est bien ce par quoi se fonde l'identité, si fragile en pays de démence. La perception, via la vidéo dans l'institution, vient révéler et réveiller un véritable écran : pour ne pas voir et/ou pour confirmer que le dément est donc bien dément. Illusion donc au sens où, au lieu de permettre une identification du spectateur à ce qui lui est donné à voir, il en résulte une interprétation purement comportementale de ce qui est vu. A l'image de l'identité, telle qu'elle *se construit* et telle qu'elle est *vécue* par le sujet, il y a dans l'institution la question du *visible* et de *l'invisible* que révèle le film vidéo quand il se donne d'autres fins que celle de l'exclusion du sujet. Il s'agit peut-être, d'un effet paradoxal trop lourd à gérer entre l'image perçue et l'évocation permettant un maintien de l'identité dans la mémoire familiale. C'est cette épreuve de réalité qui oblige à prendre conscience, ou à refuser de le faire, identité qui dépend de l'image de soi et de l'image intériorisée du

parent face à la réalité de la démence. La façon dont l'identité résiste à l'épreuve du temps dépend alors autant de l'investissement l'image de soi que de la mémoire. Aurait-il été nécessaire de le rendre absent à l'image vidéo pour le rendre présent dans cette absence ? Les différentes interprétations de la séparation, et de la perte diversement vécues illustrent, je crois, cette difficulté. Les effets (réverbération, miroir) de la relation avec le sujet dément constituent, pour ma part, le véritable point d'appui du travail psychothérapeutique. C'est un point fondamental qui réactive la question de la relation précoce groupe/mère/enfant et souligne la place du système affectif par rapport au système cognitif.

La relation au sujet dément, m'a poussé à essayer de comprendre le rôle de l'intersubjectif dans le sentiment de continuité de soi. L'appel aux parents de l'enfance, maintes fois noté, est entendu alors comme le désir d'accordage à une image en train de se perdre reflétant le déséquilibre narcissique. La présence de quelqu'un a une valeur contenant et apaisante. La rencontre avec les patients déments, fragilisés du fait d'un appareil psychique en souffrance, montre la nécessité d'un environnement solide et fiable.

La mise en pensée d'un dispositif de soins, pour contenir cette souffrance et espérer pouvoir l'intégrer dans la réflexion institutionnelle, a permis de créer un espace spécifique individuel et groupal pour accueillir et donner un sens, une perspective symbolique aux éléments recueillis dans un premier temps de façon informelle et inadéquate. Cet espace de création et de productions (peinture) est d'abord un espace de *création de liens*. Cet espace de création suppose de maintenir une certaine ambiguïté créée par la démence ; comme par exemple de mettre en jeu psychodramatique individuellement ou dans un groupe ce qui serait perdu. Il est fait référence ici à la notion d'ambiguïté et non pas d'ambivalence, car ce qu'éprouve le thérapeute face au sujet dément est davantage en lien avec ce que décrit J. Bleger (1967, 1981) dans son étude sur «Symbiose et ambiguïté». L'ambiguïté est nommée comme telle pour qualifier la nature de «l'interdépendance symbiotique» qui est par essence ambiguë. Si je parle de lien au fondement de la relation avec le sujet dément, c'est en pensant à ce que nous dit cet auteur, sur la nature de l'origine de «l'indifférenciation primitive» du développement de l'enfant. Ce qui m'a amené à considérer le sujet dément comme un sujet carencé, entraînant un état traumatique, plutôt que pathologique. Bien évidemment il est nécessaire de le comprendre en lien avec le point d'observation de départ. Partir de sa pratique clinique ne nous conduit pas aux mêmes conclusions, et aux mêmes perspectives que partir d'un point de vue théorique. Cependant parler de sujet carencé, c'est également poser des hypothèses quant à l'origine du développement de l'enfant. Nous reviendrons sur cette question dans la troisième partie.

Dans ce chapitre, intitulé entre négatif et positif, je souhaite revenir sur l'éprouvé d'ambiguïté dans la relation ici et maintenant. Ce couple négatif et positif, rassemble les interrogations et les affects liés à la relation au sujet dément. A commencer par la question du sujet/dément : un sujet qui se perd en tant que sujet, est-il encore un sujet ?

La thématique du négatif nous vient de la psychanalyse freudienne. Ce thème a été repris dans le contexte de la démence par M. Perruchon (1994). Ce travail du négatif commence avec la perte de la représentation de mots puis se continue avec la perte des représentations de chose ; le négatif est «ce manque d'appui représentatif» et toujours

selon ce même auteur, le négatif vient s'articuler à des défenses non mentalisées. Ce travail du négatif entraînerait non pas une mort psychique, mais des aménagements archaïques dans le cadre de la déconstruction du Moi.

Les travaux des psychanalystes relatifs au concept de négatif sont nombreux. Nous pouvons, ici, citer quelques auteurs dont les lectures nous ont aidé à mieux éclairer les questions posées entre négativité et démence : P. Fedida (1978) concernant l'absence, R. Kaës (1993) au sujet de la transmission du négatif, A. Green (1980) dans «Narcissisme de vie et de mort». Mais les apports si féconds de ces auteurs ne suffisent pas pour penser les manques de savoir sur soi, ravivés au contact du sujet dément ; ce sont ces zones d'ombre qui se donnent pour chacun comme insaisissable, et qui ne sont accessibles que par l'analyse des mouvements contre-transférentiels.

Se donner comme objectif au départ d'interroger le point de vue contre-transférentiel et/ou les niveaux de cohérence de la pratique clinique, envisager la recherche de constances dans la démence, nécessite ce retour par la réflexion théorique même si comme le dit M. Perruchon (1994) ce besoin de théoriser : «face au vide psychique, au délabrement mental et aux confins de la mort» en étudiant la psyché démentielle qui «permet d'injecter du sens là où règne le non-sens». A l'origine du développement de l'enfant, la fonction même du langage, comme les autres fonctions, vont être investies par les différents stades de l'évolution affective. Cette *imprégnation* de la vie affective sur le développement se trouve amplifiée dans la question de l'oralité, de la parole et du langage. Dans la question de la négation S. Freud (1925), a donné une autre dimension aux relations entre langage, pensée et oralité. Il décrit la fonction du jugement qui consiste à attribuer ou à refuser une qualité à une chose, et à reconnaître, ou au contraire dénier dans la réalité, cette chose comme à l'origine de la représentation. S. Freud fait de la relation orale primitive, la matrice des processus cognitifs ou dits en terme de jeu des pulsions primaires : «l'affirmation- en tant que substitut de l'unification appartient à l'Eros ; la négation appartient à la pulsion de destruction». Il y a, en définitive, une imprégnation du langage par le couple amour/haine qui montre toutes les racines affectives du développement, ainsi que leur traces tout au long de la vie de l'individu. A l'inverse considérer que cette infiltration de la vie affective (amour/haine) n'existe pas, revient à considérer une fonction purement instrumentale de l'appareil de langage. Comment rendre compte alors de l'activité de séparation, en terme d'activité de penser (réflexion sur soi, pour soi, pour l'autre) à propos de la séparation et comment expliquer la différenciation au combien nécessaire de l'intérieur et de l'extérieur, c'est-à-dire l'activité de différencier ce qui est soi et ce qui est non-soi. Car la possibilité du langage se fonde sur la séparation elle-même, c'est-à-dire au moment même de sa mise en place.

La référence à la théorie est à la fois un étayage et peut-être aussi une condition pour continuer de penser, malgré la confrontation à un sujet qui perd son appareil à penser.

L'indécidabilité, l'ambiguïté se trouve dans le fondement même de la relation humaine. Et en particulier nous faisons référence au texte très connu de S. Lebovici (1961) pour qui «l'objet est investi avant d'être perçu». Il y a là une ambiguïté nécessaire à maintenir comme telle pendant un certain temps, le temps de la construction de l'objet. Cela ne peut que faire *écho* à ce que nous fait vivre la relation avec le sujet dément, qui nous donne le sentiment de ne plus exister pour lui, lorsque l'on s'absente physiquement

et géographiquement. Cela signifie aussi, que l'investissement de cette relation perdure plus longtemps que la perte de mémoire ne pourrait nous le faire envisager.

Je parle ici de cette exigence imposée par la démence et par le sujet lui-même, à son insu en quelque sorte, de ne pas décider ce qui est négatif ou positif, intérieur ou extérieur, proche ou lointain, objectif ou subjectif et la liste n'est pas exhaustive. Cette capacité à choisir, à opter ce qui vient du sujet lui-même, c'est-à-dire du dedans, viendra après un parcours, ou ne pourra s'actualiser, si ces questions demandent d'être « suspendues » pour un temps. Cette capacité est inscrite, dans la même structure que la « capacité d'être seul en présence de l'autre ». Dans la pratique, cela se manifeste par la capacité à aider la patient à pouvoir dire « non » à l'offre de soins, par exemple. Dans la théorisation cela interroge, pour moi, la naissance de ce non chez le sujet dément ou les retrouvailles avec un non. Ce non, comme une pensée possible, est *en attente d'une autre pensée qui supporte ce non*. Cette pensée possible est en attente d'une nouvelle inscription pour organiser autrement, la vie affective et peut-être même le comportement.

Le négatif est ainsi « mixé » au positif que je souhaite souligner ici, tel qu'il se présente dans la relation au sujet dément. Le positif, se trouve mis en évidence dans la méthodologie des petits groupes, d'une part, et dans l'écoute même centrée sur l'intersubjectivité, d'autre part. Ces deux aspects sont liés, car la mise en place d'un projet de soins, dans un cadre groupal, peut mettre en valeur thérapeutique l'espace de l'intersubjectivité.

Là encore, une parenthèse sur les différences de niveau d'interprétation des différents groupes dans l'institution, est nécessaire. L'institution peut être comparée à un groupe large par rapport au petit groupe thérapeutique. Il s'agit de la comparaison faite avec les recherches de D. Anzieu, et de R. Kaës sur le groupe large (30 à 60 personnes) et les petits groupes (8 à 12 personnes) dans les séminaires de formation. Ces deux auteurs, ont ensuite étendu la définition du groupe large à celle de l'institution soignante, comme groupe large. Dans l'institution, considérée dans son ensemble comme groupe large (60 à 80 personnes), les patients expérimentent la perte, la séparation (par le travail difficile / impossible de l'acceptation des changements, du fait du placement) et le groupe devient le dépositaire d'angoisse d'abandon, d'angoisse de destruction. Ces différents types d'angoisse, sont autant de projections de la souffrance psychique de chaque patient. En ce sens là, il y a de la souffrance dans le rapport à l'institution, pour chacun et pour l'ensemble qui demande à être contenu puis élaboré. Si ce travail ne se fait pas, les patients expérimentent une perte de protection, qui réactivent à son tour les aspects destructeurs et persécuteurs de la relation. Est-ce à dire, que les autres ne peuvent pas se constituer comme *miroir dynamique* qui renverrait quelque chose à chacun, mais seulement des *miroirs plans, sans vie* qui alimentent ces aspects destructeurs ?

Si cette fonction de dépôt dans l'institution ne se fait pas, les éléments destructeurs et persécuteurs vont apparaître dans les petits groupes. Si cette fonction de dépôt joue son rôle, alors les petits groupes pourront exploiter par la parole et par la pensée, ces éléments destructeurs et persécuteurs. Ces éléments très brièvement repris ici, peuvent évoquer l'institution soignante, aux prises avec les difficultés liées à la pathologie psychotique. Le sujet âgé dément ne se comporte pas comme un sujet psychotique, et cette fonction miroir évoquée à l'instant n'a jamais pu fonctionner comme telle dans la

psychose. Le petit groupe peut ainsi être envisagé comme l'a enseigné D. Anzieu sur le mode d'une observation d'individus, en principe névrotique. Ce qui n'empêche pas de souligner les mécanismes sous jacents, que sont les états d'indifférenciation primitive, non psychotiques, mais référés à des états pathologiques ou bien à des moments nécessaires à l'évolution normale de la personnalité de l'individu. (J. Bleger, 1981).

Les aspects positifs dans le dispositif du petit groupe, orientent vers la question de l'intersubjectif, quelque chose de *déjà trouvé* mais avec des *trous*. C'est ce que je veux signifier en faisant l'hypothèse d'un *détruit/troué* dans la démence, par rapport à l'objet «trouvé/créé» winnicottien et repris et élaboré par R. Roussillon (1984). L'expérience du détruit/troué est une étape qui suppose de passer par l'intégration de la destructivité qui n'est pas la destruction (R. Roussillon, 1984).

J'ai supposé que le trouvé/créé s'est trouvé carencé, gelé, dans la trajectoire de vie du sujet devenu dément. Nous sommes au cœur de ce que D.W. Winnicott nomme «l'objet transitionnel» dont la première étude (1951) met en évidence la première «possession non-moi». Le concept «d'objet transitionnel» est un paradoxe au sens de cet auteur puisque l'objet doit être trouvé pour être créé et créé pour être trouvé ; l'objet est défini comme un objet trouvé/créé avec la participation de l'environnement facilitateur et la trouvaille de l'enfant qui fera une création de cet objet. Le maintien du paradoxe, selon cet auteur, est nécessaire car le paradoxe fait partie du processus de maturation. En ce sens le paradoxe permet de créer une illusion nécessaire pour que l'objet soit fondé et en même temps «il est fondamental que l'objet existe réellement pour que l'illusion possède une valeur».

Nous reprendrons dans la troisième partie, cette hypothèse d'un *détruit/troué* correspondant à l'échec répété du détruit/troué (R. Roussillon, 1984) en lien avec la question de la destructivité dans la démence.

8.5 Rétrospective de vie et/ou question de l'après-coup

Le titre de ce chapitre met en lien deux concepts de nature différente quant à leur origine théorique, et leurs conséquences cliniques et psychothérapeutiques. Cette mise en lien m'est venue, à partir d'une réflexion théorique au sujet du travail psychothérapeutique dans le petit groupe. Il s'agit ici de poser un débat qui à mon sens mérite d'être abordé pour apporter des éclairages tant au niveau de la conceptualisation, qu'au niveau de la démarche psychothérapeutique. L'autre versant sans doute plus défensif est le risque actuel de faire cohabiter deux notions de génération différente, qui donnerait une explication généralisable, dans une certaine *continuité* du fonctionnement mental de «tous» les sujets déments. La question posée nécessite de s'interroger sur une certaine *discontinuité* relative à nos propres zones inachevées, pour chaque être humain. Le risque serait-il de considérer la démence comme un *traumatisme avant-coup* ? Le risque serait lié à une mise à plat, et sur un même plan la question des interactions au niveau le plus comportemental et la question du sens pour chacun, qui ne suit pas un cheminement chronologique et linéaire.

L'orientation actuelle du travail de recherche, à partir des différentes formes de

psychothérapie engagées auprès de sujets déments, s'oriente également sur les questions du traumatisme ou du traumatique. (cf. dernier congrès sur les «psychothérapies des démences, intitulé démence et traumatisme(s), 2000»).

8.5.1 Un détour par le changement actuel de vocabulaire : risque et vulnérabilité.

De nos jours, la question relative à la notion de temps et d'après coup, fait également référence, d'un point de vue métapsychologique, à la notion de continuité ou de discontinuité du point de vue des interactions entre l'enfant et son environnement et du point de vue de la construction des objets internes et de la groupalité de chaque sujet. Le travail de recherches sur le développement de l'enfant, soulignent le fait que, malgré un potentiel normal, l'enfant a besoin de recevoir des soins corporels, des stimulations des capacités intellectuelles, une famille accueillante, des relations affectives, pour se développer dans de bonnes conditions. Peut-être que la personne démente a bénéficié de ce potentiel normal mais à une certaine période de sa vie, et la crise de la sénescence est une période qui peut être difficile à surmonter, la rendue vulnérable.

Il s'agit peut-être davantage de mettre l'accent sur le *processus* qui peut être qualifié de vulnérable. Ce terme qui se retrouve actuellement utilisé dans la recherche, à propos des enfants en particulier, vient faire écho à la notion de *risque* chez la personne âgée.

Le terme de vulnérabilité se constate dans l'après coup, et nécessite la réponse de l'individu soumis au risque ; alors que le terme de risque s'envisage avant coup, c'est-à-dire avant l'apparition des troubles. Il y a dans la pratique en gérontologie une certaine utilisation confuse, du terme de risque, depuis la prise de risque au risque zéro. La confusion vient du fait que l'on fait *comme si* l'investigation objective (statistique) pouvait rendre compte en terme d'événements observables, observables du dehors, de la vulnérabilité du sujet dit à risque : une explication qui serait donnée *après coup par un autre*. Alors que la vulnérabilité, dont les paramètres sont difficiles à mesurer, dépend exclusivement de l'histoire de chacun ; il s'agit d'une histoire subjective liée au poids de l'événement, événement pris comme tel par un sujet. Cette histoire subjective, racontée dans l'intersubjectif en quelque sorte, puisqu'elle ne peut être comprise par le sujet qu'après le détour par un autre et dans un dispositif approprié.

Dans la compréhension de ce terme de vulnérabilité, l'idée est de mettre en évidence des constances, à partir du récit des événements racontés dans le cadre d'un travail psychothérapeutique. Je pense ici, à l'investissement du thérapeute *anticipant* sur la capacité de penser du sujet dément. Si le processus du développement est devenu vulnérable, en lien avec les *rapports aux miroirs* constitutifs du sujet, cela nous met en *contact* avec l'importance de l'investissement dans le développement de l'enfant. L'investissement est compris comme la manière dont l'enfant est investi par ses parents, autant que la façon dont l'enfant s'investit lui-même, en investissant ses parents. Ce processus aboutirait à la construction d'un narcissisme réussi et positif alors que l'échec de cet investissement continu, aboutirait à la mise en place de défenses narcissiques rigidifiées et continues.

Parler de vulnérabilité, dans le champ de la psychothérapie et dans le travail de

recherche en psychogérontologie clinique, revient à parler de la prévention de situations à risque, comme le fait la gériatrie par exemple quand elle parle du concept de fragilité de la personne âgée. Sujet difficile et par conséquent peu abordé, pour ce qui concerne la prévention psychique d'un état à venir de démence. Des questionnements existent, notamment pour les questions relatives au «bien-vieillir» mais peu de recherches font état d'un travail sur l'entre deux crises par exemple. Entre la crise dite du «mitan» et celle nommée «crise de la vieillesse», comment s'élabore la question de la bonne distance psychique et affective à côté des préparations sociales ou matérielles de la retraite ? Existe-t-il des constances qui permettraient de traiter « avant-coup » des deuils anciens ou des traumatismes qui risquent de resurgir au moment où vont se produire de nouvelles pertes ?

8.5.2 histoire de vie et après coup

Les modèles centrés sur les événements de vie sont dans une démarche de recherche hypothético-déductive en terme de causes (le passé) et de conséquences (le présent). Le modèle des événements de vie s'intéresse en particulier aux capacités d'adaptation de la personne âgée (notion de coping) en s'appuyant sur un travail de ré-évaluation du passé. Les recherches de P. Cappeliez (1996) concernant la psychothérapie cognitive de la personne âgée dépressive, se sont orientées théoriquement et cliniquement sur la « rétrospective de vie » comme «modalité de traitement pour la dépression de personnes âgées». Dans son travail, cet auteur met en évidence la notion de mémoire autobiographique sous forme de rappel de souvenirs personnels comme élément de recherche à articuler au cognitif et à l'émotion. Il s'agit donc d'un retour sur le passé de la personne âgée, étayé par des thèmes annoncés à l'avance et choisis par le thérapeute.

L'état des recherches d'un certain nombre d'auteurs, fait un lien explicite entre les situations traumatiques anciennes ou plus récentes, et l'apparition de troubles démentiels, au moment du «travail du vieillir», à l'épreuve du temps et de la mort à venir. (M. Peruchon, 1996 ; M. Myslinski, 1997 ; P.M. Charazac, 1999 ; J.P. Clément, 1999). Est-il possible de transposer et d'articuler le modèle de l'histoire de vie au modèle de l'après-coup dans la problématique de la démence considérée sous l'angle du traumatisme ? P. Cappeliez (1996) souligne l'importance de «la fonction de rappel du passé qui évoluerait au cours de la vie» alors que les «aspects de la consolidation de l'identité et d'unification devenant probablement plus saillants dans un bilan de vie à l'âge adulte avancé». Cet auteur fait ainsi le lien avec l'idée du «bilan de vie» (J. Gaucher, 1996).

L'intérêt est d'essayer de comprendre les rapports entre les différentes notions. La mise en lien peut être de nature théorique comme je l'ai dit plus haut, et la question s'est posée au plan clinique : le sujet dément est-il capable de faire un récit de son passé. Là encore, faire le récit de son histoire suppose de le faire en présence de quelqu'un. La stratégie mise en avant dans l'histoire de vie s'appuie sur les capacités d'auto-représentation de soi de la personne qui améliore ainsi son sentiment d'estime de soi.

Le modèle psychanalytique, avec le concept d'après-coup, montre qu'il y a des effets

dans la psyché, et ses effets sont en partie visibles et en partie invisibles. Il s'agit d'un modèle de la reconstruction : répéter/remémorer/perlaborer. Il est nécessaire en même temps de penser les différents niveaux, les différents espaces psychiques conscient/préconscient/inconscient, et également la prise en compte de la notion de temporalité et de répétition. Le modèle de l'après coup mobilise les effets traumatiques et produit les conditions de réouverture de l'espace de penser. Nous sommes à l'opposé du modèle dégénératif de la démence, qui met l'accent aujourd'hui sur l'hérédité. Pour faire contrepoint à ce modèle dégénératif, nous sommes tentés de parler de *traumatisme avant-coup*, comme traumatisme antérieur et correspondant à des antécédents relationnels et événementiels. La vieillesse, selon G. Le Gouès (1991) est marquée par des remaniements affectifs et pulsionnels, des phénomènes régressifs, qui remettent en question l'être identitaire. Le sujet est confronté à la reviviscence d'expériences traumatiques, non élaborées, mais sans dégagement possible, excepté l'oubli. Cette forme d'oubli s'apparente-t-elle à la voie du désengagement ?

La notion de traumatisme, avant coup, illustrerait à la fois l'incapacité (par retrait de l'expérience actuelle) d'un sujet qui souffre de troubles de mémoire et le reflet de l'adaptation de ce sujet à ses troubles en regard de son environnement. La prise en compte de l'après coup serait-il à la *charge de l'environnement* pour faire la connexion que le sujet dément n'est plus en mesure de faire seul, du fait de la détérioration cognitive ? Un après coup par procuration, via l'environnement, est ce possible ? Dans un groupe, en créant des conditions de type transitionnel, peut-on aider l'individu à réintégrer ces éléments traumatiques dans sa réalité interne ?

8.5.3 Le groupe et l'après coup : investir dans les ressources du groupe

La conception freudienne du temps, de la temporalité, est inéluctablement associée à la théorie du traumatisme et de l'après coup, mais concerne l'appareil psychique individuel. Mon questionnement concerne les questions de temporalité, d'après coup et de traumatisme en rapport avec la question de la souffrance liée à la perte de la mémoire pour le patient. Je souhaite ici faire figurer ces questions pour essayer de développer ce questionnement entre traumatisme, après-coup et groupalité. Le groupe comme nouvel environnement, peut-il représenter un événement, pour chaque sujet, pour le groupe dans son ensemble, au sens d'une construction après-coup de ce qui fait souffrance ?

Le traumatisme et l'après-coup, dans un groupe, peuvent-ils servir de base à l'explication du fonctionnement psychique du groupe, du sujet dans le groupe ? L'après coup individuel est-il transposable à l'après-coup groupal ? La notion d'après-coup dans la psychothérapie des sujets déments renvoie à la notion de travail *auto-biographique*, ce qui peut sembler paradoxal pour une personne qui perd la mémoire et qui semble de plus en plus absent de sa propre histoire. Le travail dans le petit groupe s'accorde t-il avec mon hypothèse que *la mémoire re-vient en présence de quelqu'un* ? Et dans ce cas, il s'agit alors de se baser sur un travail *d'anticipation créatrice*, par le thérapeute, pour aider le patient à réintégrer ses affects dans un travail de mise en représentation,

Le traumatisme ne doit pas être ramené à un symptôme ou un signe de plus de détérioration cognitive mais être élaboré avec le patient en tenant compte de ses

capacités actuelles, c'est-à-dire au présent, et sans anticiper sur le devenir (venir de/du passé) de cette question. En ce sens, le travail de réflexion sur le temps et l'âge conduit par J. Guillaumin et par H. Reboul (1982), nous indique un cheminement possible : «comprendre sans contresens la vieillesse exige donc que [...] l'on questionne dans leur intériorité les effets de choc ou des chocs successifs de l'âge, envisagés comme des trauma désorganisateur et, inséparablement, comme des chances tardives, parfois jusqu'au bout maintenues, de réarticuler et de resignifier la vie entière, par la transmission de ce qui est demeuré jusque-là psychiquement inaccompli, inachevé ou inassumé».

Au chapitre précédent, le modèle des événements de vie est posé par rapport au modèle de la construction après-coup de l'histoire de vie. Il s'agit au fond de distinguer du statut de la réalité chez le sujet âgé dément. Le concept d'après-coup met en évidence la question même de la temporalité et de ses effets sur la mémoire (en terme d'inscription) et surtout sur le sens d'un événement pour un sujet. Cela met en évidence deux niveaux distincts de la réalité : réalité événementielle, historique et réalité psychique. Les personnes souffrant de troubles de mémoire, sont tributaires de la qualité de leur environnement pour les aider à stimuler leur mémoire. Les groupes orientés sur la stimulation de la mémoire sont un exemple de l'importance de l'environnement, si l'on oriente la construction de la réalité sur la signification que le patient donne aux événements de vie. Quel est le *point de bascule* possible entre la perte de mémoire (réalité historique) et la retrouvaille avec le sujet (réalité psychique) ? Point de bascule dément/sujet, sujet/dément comme accès à un travail associatif.

Le groupe est selon R. Kaës (1994) un «des lieux de constitution de la mémoire» au sens de «traces psychiques (refoulement et frayage pour le retour du refoulé de plusieurs appareils psychiques) qui reviennent au sujet par des voies diverses et par des appareils psychiques distincts, mais aussi de traces qui se sont en quelque sorte inscrites comme négatif, sans contenu, avec pour seul indice l'obscur mais insistante perception d'un trou, d'une faille, d'une échappée de la substance psychique». La référence à l'« Analyse transitionnelle» (Kaës R., 1979) aide à poser le problème dans un groupe de personnes démentes ; le dispositif de groupe peut-il représenter une expérience qui permette que se face jour la séparation entre la réalité interne du sujet (comme réalité psychique) et le groupe/environnement comme quelque chose de séparé et d'extérieur ? En ce sens l'après-coup viendrait resignifier des expériences antérieures marquantes pour le sujet ? L'accès à l'après-coup est-il possible par la voie (voix) de l'autre pour redonner sens aux événements ?

R. Kaës (1994) parle des points de nouage entre l'appareil psychique individuel et le modèle de l'appareil psychique groupal en terme de «sujet considéré dans la singularité de sa structure et de son histoire, tout d'abord sous l'aspect où le sujet de l'inconscient est sujet du groupe [...] et certains fonctionnements de son appareil psychique peuvent se décrire et se comprendre avec les concepts de groupalité psychique et de groupes internes [...]. Ces points de nouage/d'énouage (au sens de débarrasser/ouvrir les nœuds familiaux par cette transaction dans la démence) peuvent-ils être perçus puis représentés dans le groupe avec des patients déments ? Je pose cette question en lien avec la question de l'identification dans l'idée d'une modification d'une représentation de soi et des autres. Cette représentation des autres comme semblables peut représenter une voie

de passage avec la représentation de soi et des autres dans son groupe interne (comme réalité psychique). Cela signifie aussi que pour qu'il y ait groupe il est nécessaire qu'il existe une identification des membres entre eux pour vivre des moments de construction et de représentation. Le mouvement transférentiel relevant sans doute essentiellement des capacités d'identification de chacun face au groupe. En ce sens le travail de la mémoire (si la mémoire n'est pas conçue comme un réceptacle passif) peut être une manière d'intégrer ses souvenirs dans un réseau suffisamment signifiant permettant un travail de liaison pour élaborer la question du «je veux rentrer chez-moi du sujet dément».

Dans le présent, tout événement qui introduit une rupture dans l'environnement de la personne peut « coïncider » avec l'émergence d'une démence débutante. L'histoire événementielle au singulier et au pluriel montre que les crises actuelles (en terme de perte du conjoint, aussi bien que le traumatisme de l'après chute, comme la situation de placement, par exemple) ou des crises antérieures (perte d'un enfant, carences affectives de la petite enfance) mettent le sujet « à vif » et c'est cet effet cumulatif qui est décrit comme traumatique. Dans mon travail de DEA (1996) l'équation mortifère entre «si je perds la mémoire, (alors) je me perds», montre également ce télescopage entre identité sociale, familiale et identité de soi.

En ce qui concerne ma propre recherche, mon hypothèse relative aux failles dans le *rapport aux miroirs* s'apparente également avec la question du *rapport à l'environnement*, comme «contrat d'étayage» (Kaës R., 1979) du point de vue du sujet et du point de vue de l'environnement. Cette question s'accorde aussi avec la définition du traumatisme actuel tel que le définit P.M Charazac (2000) en «désignant un fonctionnement de détresse du moi impliquant d'une part son immaturité ou sa détérioration, d'autre part un excès ou un défaut de stimulation de l'environnement». Qu'il s'agisse d'un traumatisme avant-coup d'un traumatisme dit après-coup, les ratés des différents rapports *aux miroirs* montrent les points de butée concernant la place, le positionnement dans le groupe familial, toute la construction psychique liée à l'articulation du groupal et de l'individuel. Il paraît clair aujourd'hui que nous devons utiliser les outils de la psychopathologie pour évaluer et traiter les mouvements dépressifs, points de butée traumatiques, dans la perspective thérapeutique de le restituer au patient et à sa famille sans préjuger à l'avance des destinées individuelles. Le patient dément est confronté au traumatique dans le présent en lien ou non avec la réalité événementielle et historique. La pathologie de la démence est/serait en soi, un événement traumatique, du fait de la perte des capacités mentales. Mais un événement traumatique n'est traumatique que parce que le sujet à une *perception interne* de quelque chose qui est arrivé et qui est vécu comme traumatique.

Les événements biographiques (mémoire épisodique, autobiographique) corrélés, interprétés du dehors, par un observateur (comme événements de vie), comme éléments traumatiques ne sont pas *équivalents* d'un remaniement dit après-coup, dans la démence. Le remaniement suppose une mise en sens de la temporalité, de l'espace du préconscient et du maintien des limites permettant une ré-élaboration (Laplanche J., Pontalis JB., 1984). Ce travail d'élaboration après-coup est irréalisable dans la démence selon M. Perruchon (2000). La question se pose également dans le dispositif de groupe : l'après-coup est-il exploitable en situation de groupe ?

Le projet de prise en soins dans un dispositif de groupe vise d'abord à ré-introduire

un tiers, une tiercéité dans la situation. Cela nous invite à modifier notre façon de comprendre. Cela fait écho à ce que dit M. Myslinski (2000) lorsqu'elle parle d'«arrêt sur image» en faisant un lien explicite entre angoisse d'abandon et angoisse de mort, dans la question du traumatisme tardif. L'expression « arrêt sur image » est relative à la construction du processus d'individuation et en réfère, selon cet auteur, «à la non-permanence de l'objet étayant, nourricier du psychisme». Ces vues s'accordent avec ce que soutenait C. Balier (1982), «que le dément avait quelque chose d'effroyable à se cacher, en relation avec un objet maternel qui le détruirait au lieu de le protéger [...]. Cette destruction s'apparente à l'idée de «détruit/troué» dans la démence. Cet « arrêt sur image » évoque aussi la question de la temporalité suspendue comme réalité partagée et comme l'opportunité au sein du groupe d'expérimenter un temps différencié et de la présence en soi-en présence des autres, d'éléments traumatiques (force de destruction).

La thématique de la «rétrospective de vie» comme celle de l'après coup dans l'involution démentielle représentent une potentialité pour trouver un sens à la réalité actuelle. La démence met bien en scène les différentes facettes de la réalité externe et interne. Les échanges qui se produisent entre les différents niveaux de réalité. Les couples d'opposés en terme de permanence/changement, d'intérieur/extérieur, dedans/dehors, ressemblance/différence sont autant de points d'achoppement pour le sujet dément face au groupe. Considérer le « traitement » de la réalité, par le sujet en terme d'adaptation ne me paraît pas suffisamment rendre compte de la complexité des rapports de la réalité événementielle et de la réalité psychique. Le concept d'intersubjectivité, comme concept central dans la constitution de soi, met en évidence la place de la pensée d'un autre pour constituer sa propre pensée. La situation de groupe en ce sens permet par exemple de penser l'absence à partir de la présence et de vivre une réalité grâce aux limites ré instaurées, pour un temps, entre le dedans et le dehors. C'est peut être cette complexe articulation entre réalité et réalité interne qui fait traumatisme dans la démence et c'est la notion même d'altérité/d'intersubjectivité qui n'a pas pu jouer le rôle constitutif pour la psyché individuelle. Dans le travail psychothérapique, tout se passe comme si il y avait coïncidence entre l'événement extérieur et l'événement interne. Cette coïncidence est ce qui se manifeste, au niveau du vécu individuel mais paradoxalement sans que ce traumatisme acquiert un statut de réalité. Dans le groupe le lien de coïncidence se manifeste entre le vécu du sujet et ce qui fait l'objet d'un récit (événement) et d'un sens proposé par/pour le groupe. L'approche psychopathologique entre événement et traumatisme, que nous propose J. Guyotat (1984), montre que «l'événement apparaît comme étant à la limite du fonctionnement individuel et groupal». Les principaux événements qui apparaissent en limite de l'individuel et du groupal/familial sont les coïncidences mort/naissance, les travaux sur la filiation, une mort par suicide d'un membre familial, éléments élaborés dans le cadre des thérapies familiales, exemples auxquels il faut ajouter la notion d'antécédents familiaux dans la démence. L'idée d'antécédent familial (par exemple une patiente démente qui fait référence à la mort de son père qui «avait une maladie comme la mienne») vient faire «chaîne d'événements» pour l'individu dans son vécu et pour le groupe, avec comme particularité, l'interdit de parler de cet enchaînement d'événements.

En ce sens, l'institutionnalisation du patient âgé dément, est un exemple de ce

« recouvrement » entre l'individuel et le familial. Dans le dispositif de groupe, ce qui apparaît comme coïncidence peut être entendu comme élément « charnière » d'abord nommé par le groupe et repris/réintégré individuellement. Les éléments du registre du vécu corporel (déambulation) peuvent être perçus, reconnus dans l'espace et le temps du groupe comme impact émotionnel et/ou comme trace d'événement vécu du dedans. La coïncidence pourrait alors laisser la place à une in discontinuité, en donnant à ce moment charnière un statut de *réalité partageable*, pour le sujet et pour l'ensemble du groupe. Nous reprendrons ce questionnement dans la troisième partie.

8.6 La question de l'évaluation de la psychothérapie

L'évaluation des psychothérapies soulève de nombreuses questions et en particulier sur l'utilisation d'un outil commun, concernant les facteurs de changement. Contrairement à la pratique anglo-saxonne, peu d'études francophones ont été faites sur l'évaluation de la psychothérapie auprès de sujets âgés déments. Dans ce chapitre, nous nous appuyons sur le travail de A. Dazord qui a mis en place des outils en phase avec la clinique, qui concernent des recherches en psychiatrie ; et d'autre part nous nous référons au travail de recherche de P. Cappeliez concernant ses recherches sur la psychothérapie auprès de sujets âgés dépressifs. Je retiendrai deux questions qui traversent actuellement la psychothérapie auprès de sujets âgés déments : celle du lien entre dépression et démence et ses conséquences sur l'abord psychothérapique et celle de l'évaluation des capacités actuelles du sujet dément.

8.6.1 Démence et dépression

Le discours médical actuel rend compte d'une certaine continuité (par les évaluations statistiques) entre la dépression et la démence notamment pour des personnes de plus de 65 ans. Sous cet angle actuel, on considère que la dépression « fait le lit » de la démence. Cela signifie-t-il aussi une certaine continuité entre démence et grand-âge ? Parallèlement, la clinique psychothérapique, au plus près de ce qui observable, nécessite une interrogation des différents modèles, car sans cela, il existe un risque de réduire considérablement les possibilités de connaissances et de représentations du fonctionnement psychique actuel du patient. Par exemple, les données actuelles qui concernent l'évolution des processus dépressifs du sujet âgé sont souvent contradictoires. Le contexte actuel largement dominé par l'approche neuro-psychologique, oriente ces questions vers le diagnostic différentiel. Le problème posé est celui du début des troubles cognitifs associés à une dépression ou à une pathologie dégénérative. Les aspects chronologiques sont donc interrogés et soulignent, sans prendre en compte explicitement, la question du temps subjectif, qui joue un rôle central pour le patient comme pour le praticien. Chacun reconnaît les rapports entre dépression et démence. La différence se situe dans le type de représentation, de construction théorique et dans le contexte d'évaluation (attitude de type psychothérapique ou hors de ce champ).

Dans le travail clinique avec ces patients, l'idée d'un soin psychique ouvre des questionnements sur le deuil et la problématique de la perte, sur l'identité de soi, des hypothèses traumatiques et/ou événementielles dans la relation. Questions ouvertes du

fait de la démence ou peut-être antérieures aux troubles actuels et jamais abordées comme telles en présence d'un autre. La question de la mort, de ce qui se présente comme équivalents pour le sujet, à savoir la séparation et l'abandon peuvent ainsi devenir des questions déterminantes quant au devenir de la personne. Dans le champ de la psychothérapie, un modèle théorique de référence est nécessaire. Cela nous renvoie, comme le dit L. Ploton (1999) «aux représentations, aux modèles que nous avons, les uns et les autres, du fonctionnement de l'esprit et donc de ce qui se passe dans les pathologies que nous abordons». Les rapports entre dépression et démence dépendent ainsi largement, à mon sens du modèle utilisé pour se représenter le fonctionnement psychique. Pour résumer très brièvement les différences de modèle en présence dans l'approche des rapports entre démence et dépression, nous pouvons nommer deux grands types de modèles de la conception du fonctionnement psychique.

Selon le modèle qui se réfère au modèle bio-psychosocial, la dépression devient une résultante de la démence, du fait que le cerveau perd progressivement et inéluctablement ses fonctions neurologiques supérieures. Selon un modèle qui met l'accent sur la relation, sur l'intersubjectivité de la relation, la démence peut apparaître comme une conséquence d'une dépression mal mentalisée. Les fonctions psychiques de la vie de relation sont perturbées lorsqu'une dépression survient. Ce qui a pour conséquence de bloquer, de geler la relation interindividuelle, et en particulier dans une période de vie ou le retour à la dépendance se manifeste par un appel à la fonction de l'autre comme soutien, voire comme *porte-mémoire*.

Dans ma rencontre avec les patients déments, il y a la mise en relief d'une dépendance narcissique, réactivant l'idée d'une faille narcissique, qui colore constamment la relation actuelle. Dépendance narcissique qui se présente sous un angle négatif marqué par le vide, le manque, l'absence.

Dans le cadre d'une approche psychothérapique, et sans préjugé du lien entre démence et dépression, au départ, la problématique affective est la plupart du temps préminente. L'objectif premier a été, pour moi, d'établir une relation de face à face possible, pour rétablir une qualité et une fonction d'adresse à l'autre. Essayer d'observer ce mouvement transférentiel premier, oblige à prendre en compte la souffrance comme la perte d'un apport narcissique du dehors. Cela équivaut à mon sens à la demande d'étayage sur l'environnement.

Cela m'a semblé au départ important de considérer cette souffrance d'ordre narcissique chez le sujet dément. Cela a deux conséquences tant du point de vue du patient que du psychothérapeute. A commencer sans doute par le modèle d'économie dépressive auquel je me réfère et en ce sens le patient nous incite à apprendre à interpréter, là où il se trouve, dans l'ici et maintenant. Il s'agit dans un second niveau de pouvoir proposer un dispositif adapté, pour traiter cette souffrance. Là encore, la réalité du déficit, et la représentation que nous avons de l'économie défensive du patient, a un impact sur les objectifs mêmes du travail psychothérapique. Car la réalité de cet objet dépressif/narcissique a aussi un impact important sur la relation. En même temps la prise de conscience progressivement possible des contre-attitudes, va permettre d'aider à des manifestations positives des identifications du patient, en supposant une certaine évolution, continue, du registre de «pure» imitation à un registre d'identification primaire.

Ce registre se situe aussi dans la sphère narcissique. Mais si je suppose, également, un narcissisme troué (*détruit-troué*), non-unifié chez le sujet dément, cela signifie que l'objet dépressif doit être entendu à la fois comme bon objet et à la fois comme objet qui réactiverait la blessure narcissique. Cette partie de l'objet qui réactive la faille narcissique, entendue comme carence narcissique, que j'entends aussi comme partie morte ou endormie et qui rappelle de près ou de loin la destructivité et la question de la mort (destruction qui a déjà eu lieu).

Dans ce registre entre dépression et démence, du point de vue de la psychothérapie, il m'a semblé nécessaire de faire un pont, d'établir ce pont avec la personne en souffrance. Cela suppose de faciliter, dans l'environnement du patient, cette prise en soins psychothérapique qui est avant tout une mise en lien. Ce pont à établir rappelle les premières relations de la dyade, entre liaison et dé liaison des affects et des représentations.

8.6.2 Démarche évaluative des capacités actuelles du sujet âgé dément

Entreprendre d'évaluer les capacités actuelles du patient et rendre compte de ses capacités dites restantes ne relève pas du même processus ; l'évaluation d'un point de vue dit extérieur au sujet construit un autre système de représentation qu'une évaluation qui prend en compte la position de l'interlocuteur du patient. Je prendrai, à titre d'exemple, l'un des tests considérés aujourd'hui comme prédictif de la démence type dégénératif et également comme diagnostic différentiel entre dépression et démence. Le test auquel je fais référence est l'épreuve de E. Grober et H. Buschke (1985) qui est un test d'indication issu des modèles de la psychologie cognitive et qui explore la mémoire à long terme. L'intérêt de ce test réside dans l'aide à un diagnostic de l'amnésie de fixation. En ce sens il permet d'éliminer chez un sujet dépressif une amnésie de fixation le cas échéant. Ce test cependant prend peu en compte le trouble de l'attention, le manque de coopération lié ou non à la fatigabilité. La dépression est définie sur des critères cognitifs, puisque l'on considère que l'obtention d'un score normal aux épreuves de rappel indicé (par exemple se souvenir du mot pantalon grâce à l'indice vêtement) permet d'éliminer une démence débutante. Dans le domaine de l'évaluation neuro-psychologique de la mémoire et en particulier de la mémoire auto-biographique, montre aussi que le souvenir d'un événement vécu n'est jamais la restitution exacte de l'événement réel. Il s'agit toujours d'une reconstruction qui est liée au sentiment actuel d'identité du sujet. Ainsi les travaux récents intègrent le rôle de l'émotion qui contribue à la préservation de certains souvenirs y compris chez des patients amnésiques (P. Piolino et coll., 2000 ; F. Eustache et coll., 1996).

Etablir un pont relationnel avec le patient dément, nécessite des référents théoriques ainsi qu'un dispositif de soins. Ce pont ne peut être établi dans l'institution que si l'ensemble de ses membres se rallie à l'idée que le travail psychothérapique est une entreprise nécessaire autant que prioritaire. Nous retrouvons là un *écho* de cette position militante déjà abordée dans ce travail. *Écho* aux représentations d'un patient présent/absent, c'est-à-dire présent physiquement mais absent de la relation et cette ambiguïté peut si elle n'est pas analysée, conduire à exclure de plus en plus la personne elle-même dans sa capacité à exprimer la représentation d'elle-même et de ses difficultés.

Cette présence/absence est signifiée par la voie comportementale des signes dits négatifs de la démence (apathie, démotivation, repli sur soi, régression). Cette absence/présence nous ramène à la question du négatif et de ses effets. La démence comme maladie du lien est bien à considérer comme pathologie de l'activité de liaison. Lorsque l'on parle des différentes activités proposées aux personnes démentes, nous en parlons en terme de «petit plus», qu'il s'agisse des activités d'animation ou bien de prise en charge de type psychothérapique. La référence à la métapsychologie et à la psychanalyse comme psychothérapie spécifique, ré-introduit la question du négatif et pour reprendre la comparaison celle d'un «en moins». La démence comme attaque de cette activité de liaison entraîne des comportements de fuite ou de masquage, de déni individuel autant que collectif. La résistance observée dans le projet d'entretiens familiaux, c'est-à-dire en présence du patient accompagné de membres de sa famille, est un exemple de cette peur d'aborder le négatif comme si il y avait la peur d'une certaine résonance ou même d'une certaine contamination en écho à la crainte familiale de sa propre dépression de l'ensemble vis à vis de la démence du parent âgé, et de la représentation de la mort pour le groupe familial et pour chaque membre ? projection d'un sentiment ancestral : la peur ?

Proposer un dispositif adapté pour traiter de la question de la souffrance du sujet dément nécessite un projet de soins et un cadre de référence théorique et méthodologique suffisamment élaborés et en particulier dans l'espace institutionnel. Si je parle d'une distinction à faire entre les capacités restantes et les capacités actuelles du sujet dément c'est pour rendre compte de l'importance de la qualité de l'environnement présent (et du point de vue de la perception interne et du point de vue de la perception externe du patient et de son environnement). Le travail d'élaboration théorique et clinique avec G. Le Gouès, nous a conduit à formuler un «diagnostic relationnel» (cf. parcours méthodologique) qui nous met à l'écoute d'un sujet tel qu'il se présente à nous, dans sa réalité actuelle. Ce qui déjà en soi, oriente autrement le projet de vie et de soins comparativement à une démarche qui vise à classer les déficits pour parler de capacités restantes. Car c'est peut-être déjà mettre hors du jeu relationnel le sujet dément qui n'est plus que dément, car les capacités restantes sont déterminées par l'interlocuteur, quel qu'il soit d'ailleurs à l'aide de grilles ou de questionnaires visant à rendre compte d'une réalité objective alors que le sujet dément souffre dans sa réalité intérieure et donc subjective. Nous le privons ainsi de lui offrir un espace et un temps de rencontre intersubjective qui permet de donner forme, consistance et peut-être même un sens à sa souffrance. Cela fait *écho* pour moi-même aux premières rencontres en vis à vis avec des sujets diagnostiqués déments me faisant ressentir leur détresse ou parfois leur quête d'idéal avec le risque de *réverbération*. La mise à l'écoute du sujet dément, du fait de ce risque, nécessite un temps d'écoute de notre écoute et aussi des temps d'élaboration qui permettent de maintenir un espace de penser pour lutter contre le risque de chronicisation de notre propre appareil à penser. La mise à l'écoute des capacités actuelles du sujet vise à ré-ouvrir cet espace de penser en présence d'un autre. Cet autre doit être nommé dans sa fonction (dans l'institution) et en qualité d'observateur pour permettre de créer les conditions d'adresse à quelqu'un. Il se crée ainsi les conditions d'un environnement favorable pour écouter, contenir et peut-être transformé la réalité actuelle du sujet dément. Ces conditions ne sont pas non plus superposables telles quelles à ce qui est désigné sous le terme de qualité de vie. Cependant cette qualité psychique de

l'environnement pourrait être le premier critère de la qualité de vie de ces personnes.

La démarche d'un «diagnostic relationnel» entraîne la différenciation des fonctions de chacun dans l'institution, et rend compte ainsi d'une démarche cohérente et contenante pour tous les participants de la vie institutionnelle. Mais cette démarche d'évaluation relationnelle des capacités actuelles du sujet, permet de séparer ce qui vient du sujet, ce qui appartient au discours familial actuel et ce qui vient de l'interlocuteur/observateur. La prise de notes pendant ce temps de diagnostic relationnel permet de ne pas interpréter trop vite les paroles du sujet en en rendant compte fidèlement ; ainsi se créer un environnement accueillant la pensée du sujet dément par la mise en association des ressentis et des éprouvés des différents interlocuteurs, sans déformer les paroles du sujet dément.

8.6.3 La relation thérapeutique au cœur du processus

La question de la psychothérapie des sujets déments qui a maintenant acquis le droit d'existence voire de pertinence, grâce aux recherches de nombreux auteurs sur lesquelles nous pouvons maintenant nous étayer, est une pratique qui mérite de prendre sa place parmi les autres pratiques psychothérapiques. En France les pratiques psychothérapiques ont été l'objet de recherche en ce qui concerne leur validité. Les recherches de A. Dazord, en particulier, qui a cherché à valider des outils spécifiques et celles de P. Cappeliez sur la dépression des sujets âgés, représentent des points de repères quant aux autres types de psychothérapie concernant d'autres pathologies.

Les recherches de A. Dazord (1993) et de son équipe ont montré l'utilité de l'évaluation des psychothérapies afin de mettre en évidence des facteurs de changement. Cette équipe relève que les principaux facteurs de changement sont des éléments d'ordre psychodynamique : la confiance dans le traitement, la mobilisation du patient en relation avec l'intervention de crise, la coopération. Pour ce qui concerne les prédictions de l'évolution du patient, ces chercheurs montrent que «l'auto évaluation initiale du patient se révèle peu corrélée avec son évolution ultérieure, comme si les instruments d'évaluation que les chercheurs-cliniciens avaient conçus rendaient mieux compte des représentations du soignant que de celles du patient». Le point essentiel et le plus intéressant de ces recherches, est la mise en évidence «du rôle prédominant joué, quelle que soit l'approche, par le lien relationnel entre patient et psychothérapeute et par le rapport à soi du patient».

Les études anglo-saxonnes (cf. chapitre 7.6) montrent l'utilité clinique des approches psychothérapeutiques, avec une efficacité empirique. Ces études se donnent comme objectif actuel d'être plus structurées, et d'orienter les bénéfices en fonction de critères d'auto évaluation ou tout au moins orientée en fonction du point de vue du sujet dément. L'autre objectif retenu concerne les capacités d'adaptation du sujet qui souffre de troubles cognitifs.

L'évaluation des effets des psychothérapies concernant les troubles anxio-dépressifs) dans un contexte anglo-saxon montre peu de différences d'efficacité entre les différents types de psychothérapie. Cette observation a été nommée « paradoxe de l'équivalence » mettant en relief deux principaux facteurs, que l'on retrouve dans l'étude de A. Dazord

(1997) :

- La qualité de la relation thérapeutique telle que la vit le patient est corrélée significativement avec une évolution favorable de manière très constante
- Le niveau général du fonctionnement mental des patients, qui concerne le niveau d'engagement des patients et de leur capacité d'alliance.

Ces mêmes travaux de recherche (A. Dazord, 1997) concluent autrement pour l'approche francophone, en mettant l'accent sur le type d'approche en complément au rôle positif de la relation entre le patient et le psychothérapeute.

Les recherches de P. Cappeliez sont orientées en partie sur la dépression (prévalence, évaluations, méthodologie et répercussions sur l'entourage) chez le sujet âgé. Ses derniers travaux (1999) proposent une intégration de la thérapie cognitive et de la «rétrospective de vie» dans les interventions de groupe. Cet auteur met en évidence l'intérêt de prendre comme point de départ les stratégies d'adaptation (coping) des personnes âgées dépressives et spécifiquement de s'intéresser à la mémoire auto-biographique. Dans cette perspective cette vue s'accorde avec le concept de bilan de vie (J. Gaucher, 1996) et des vues psychodynamiques. L'objectif principal est principalement «d'enclencher une ré-interprétation de certains événements du passé, de leurs causes et de leurs conséquences. Cette démarche vise à favoriser une remise en question de pensées et de croyances à propose de soi qui s'étaient cristallisées sur le négatif». Ce travail fait un lien entre vulnérabilité et dépression en parlant de «schémas développés très tôt dans l'existence». Ces schémas sont-ils superposables à la théorie des contenants psychiques (B. Gibello, 1994) ? Selon l'auteur, un «schéma dépendant» (fragilité narcissique ?) entraîne une angoisse d'abandon. Ainsi, un événement de perte va réactivé «un schéma dépressogène». Le travail de la rétrospective de vie passe par un «rappel circonstancié des événements [...] l'accent est mis sur les stratégies que la personne a utilisées, sur les processus plutôt que sur les résultats [...].

Le travail psychique est vital en ce qui concerne la qualité de «travail du vieillir»et aussi et surtout concernant les troubles psychiques liés au vieillissement. Pour que l'évocation du passé, dans la démence, ne soit pas répétition à l'identique (cf. De M'uzan ,) le patient a besoin d'un climat relationnel contenant pour relancer son plaisir à penser. La mémoire biographique peut revenir en présence de quelqu'un. C'est cette qualité de la relation comme qualité du contenant affectif qui est au cœur du processus de soin psychique du sujet dément car dans la pratique clinique nous rencontrons un sujet aux prises avec un point de souffrance. Ce point de souffrance correspond à un Moi en état de souffrance (cf. Le Gouès, 1989). Le travail psychothérapique vise à l'amélioration psychique du sujet et au développement positif des relations interpersonnelles.

La nature de la médiation utilisée (groupale, et matérialisée par des médiums matériels comme la peinture) est justifiée par le fait que le patient ne peut pas se représenter (absence/présence) un médium immatériel (comme la parole). Les éléments techniques ont été décrits dans le travail de DEA (1996) centré sur les aspects méthodologiques et visant à rendre compte de l'intérêt d'une approche psychothérapique individuelle et/ou groupale.

9. Eléments de la clinique

Le travail de D.E.A (1996), centré sur la méthodologie des groupes à médiation, nous a servi à relever des signes, des *indices perceptifs et associatifs* montrant l'intérêt du travail en groupe avec les sujets déments. La mise en place d'un projet de prise en soin, sous la forme de groupes à médiation dont rend compte l'approche théorique et méthodologique de la démence comme pathologie, dans un contexte institutionnel, crée des enjeux identitaires. De ce point de vue, ce dispositif est une organisation contre la menace de rupture, ou contre la menace de changement catastrophique, selon la conception de E. Jaques (1955). Dans l'institution, cela représente aussi une menace imaginaire contre le «pacte dénégatif» (R. Kaës, 1993), proche d'un clivage « fonctionnel » concernant la mort psychique du dément et l'apparente « vie réduite à un état végétatif ».

La mise en place d'un dispositif groupal ré-interroge la violence factuelle qui émerge des situations de ruptures. C'est un phénomène de résonance psychique à autrui qui se manifeste par des comportements affectifs, des pensées primaires ; situation de rupture dans la prise en soins individuelle en écho à la situation de rupture (famille/patient) qui vient se loger dans l'institution. La mise en scène du processus de démentification produit des effets sur l'environnement familial au point que certains considèrent le parent âgé comme déjà disparu. Cette anticipation en résonance au processus de démentification peut conduire à des deuils pathologiques. Espaces du dehors et du dedans confondus qui sollicitent une réflexion sur l'angoisse de séparation et mettent en cause l'étayage narcissique et les assises narcissiques. Cette résonance a effets multiples appelle des aménagements et en ce sens la mise en place d'un projet de soins sous forme de groupes à médiation est une tentative d'introduire un espace de suspension, d'interrogation sur ce qui a été éprouvé pour pouvoir le nommer et le comprendre. Le projet d'aider le patient à « renaître » à la vie mentale passe par l'investissement de la pensée par le thérapeute. Le patient pourra ou non s'appuyer sur cette capacité d'investissement pour faire un travail de liaison par relance de l'activité de plaisir à penser en présence de quelqu'un.

La démence comme événement traumatique vient ré-interroger la question du lien en *nouant/dénouant* une chaîne familiale et constitue un point de bascule concernant les enjeux de la transmission psychique (cf. chapitre 1, Nommons les choses). Le fil conducteur est celui de l'*intersubjectivité* en rapport avec la question de l'identité de soi et en rapport avec la place du tiers dans la relation.

Pour retrouver/ré instaurer la notion de subjectivité (un sujet dément) et d'intersubjectivité, il a été nécessaire de sortir de la relation d'immédiateté (en tout ou rien) renvoyant à l'incapacité de penser l'absence autrement que comme irréversible, en allant chercher le patient dans sa réalité actuelle. L'objet groupe représente l'objet médiateur qui permet de passer de l'immédiat à la médiation pour aider le patient à sortir de l'instant de la relation et différencier le dedans et le dehors et qui permet de penser la question de l'absence (perte de mémoire) à partir d'une forme de présence.

La question de l'identité de soi pose le rapport permanence/changement (C. Balier, 1979) dans le travail du vieillir avec la question du temps et de la mort. Notre première partie (état de la question) concernant les champs dits symptomatiques pose ici la question de leur articulation dans une théorie du vieillissement et des rapports de confluence entre la psychologie dynamique et le biologique. C. Balier définit le narcissisme comme le lieu de cette articulation en reprenant la définition d'un narcissisme positif, sa fonction déterminante dans le maintien de l'identité de soi qui en intrication forte avec l'environnement. En ce sens, parler de clinique de la régression n'est pas favoriser un accroissement de la dépendance voire un retour en arrière mais au contraire d'offrir la possibilité de retrouver une relation enrichissante du point de vue du narcissisme, de l'estime de soi et de la confiance en soi de la personne. L'objet groupe comme objet/soi favorise des temps transitionnels entre la réalité externe et la vie interne.

L'expérience de la rencontre avec les sujets déments en situation de petit groupe ravive la question de la perte et du manque, comme question à la racine de l'histoire. Le groupe comme construction d'un espace transitionnel peut se présenter comme une variante autour de cette épreuve de la perte qui se manifeste chez le patient par la perte de la mémoire entraînant la perte de soi. Les situations de rencontre avec ces patients impliquent une reconnaissance de l'intersubjectif qui passe par la parole et qui est à la fois le moyen et l'objet de l'observation. La compréhension des phénomènes de transfert et de contre-transfert dans la relation est aussi en lien avec le cadre d'observation et la reconstitution du chemin parcouru.

La question de la perte et du manque concerne d'abord la question du désir et plus concrètement des différents liens d'attachement dans les rencontres avec les sujets déments. Le travail clinique nous a fait passer du rapport permanence/changement (axe principal de la question du vieillissement) à la question du rapport réversibilité/irréversibilité de l'idée de manque (de mémoire) dans la démence. Cela fait lien avec mon hypothèse (chapitre 1.2) que nous pouvons formuler autrement ici par rapport à cette question du manque (si je perds la mémoire alors je me perds) comme manque intolérable et irréversible. La perte irréversible renvoie à la question de la mort. Le désir et le travail d'identification ne sont possibles que si l'espace de la rencontre peut entretenir l'illusion d'un retour, l'idée d'un réversible. Autrement la question du manque, l'objet qui me manque n'est pas un objet absent mais un objet qui serait vécu comme mauvais, destructeur, persécuteur (objet là/pas là, avec un soi insuffisamment constitué).

9.1 Le rapport de la méthodologie à l'objet de recherche : les médiations comme éléments de perception

Une logique du choix permet de rapporter la méthodologie à l'objet de recherche et de considérer que :

- Le passage au groupe comme aide pour le thérapeute et son degré de conviction par rapport au diagnostic et par rapport à la démence (rapport du thérapeute avec son outil de thérapie)

- La question des médiations où les éléments perceptifs sont très marqués
- L'étayage du travail psychique avec les sujets déments par la présence d'un observateur et d'une prise de notes des paroles des patients
- La conception du groupe/de la groupalité enrichit par la démence

La modification de mon dispositif d'écoute, dans un premier temps, correspond à la rencontre avec les patients déments et à la question du contre-transfert. Il s'agit, au départ, d'une question de rencontre, plus que d'une question de technique thérapeutique (cf. chapitres 1.1.8 et 6.1.1). Des éléments importants issues de la pratique individuelle, m'ont incité à modifier cette pratique dans le sens de ce qui a été marquant dans l'expérience individuelle et groupale à intégrer dans la *méthodologie*.

Le premier élément important est lié à la notion de réverbération (cf. chapitres 1.1.8, 1.2). Ce terme correspond à l'image première d'un miroir, d'un réflecteur produisant un *rayonnement* dans une direction déterminée. Dans un second sens, en écho, réverbération fait associer au mot réflexion, et au retour de la pensée, comme pensée réfléchie et consciente. En ce sens réflexion est synonyme de réflexivité c'est-à-dire une relation réflexive, par rapport à soi-même et par rapport à l'interlocuteur. Il s'agit non pas d'un champ lexical de réverbération mais plutôt d'orienter cette réverbération dans le sens d'une réversibilité. Comment le thérapeute peut-il être identifié ? Comment cette réversibilité peut-elle se reproduire, comment prendre en compte la façon dont le sujet dément me perçoit ? Le concept d'identification a représenté, représente à mes yeux, un concept central dans le travail de psychothérapie. Dans la relation au sujet dément la question de l'identification est en lien avec la question du contre-transfert, en particulier en référence aux problèmes posés par la régression, l'archaïque (cf. chapitre 1.1.7).

La démence s'apparente aux troubles de la pensée voire confronte le sujet et son environnement à la perte de la pensée. La médiation par le groupe dans la psychothérapie du sujet dément soutient l'idée que la relance de la pensée passe par le système perceptif. Cela rejoint le postulat plus général que l'organisation psychique dépend des apports de la perception (appuis sur le tactile, le visuel). Le développement de la «psychanalyse transitionnelle», inventée par R. Kaës et D. Anzieu, répond à cette exigence de modifier le cadre psychanalytique en lien avec de nouvelles formes de psychopathologies.

La construction du lien, sans cesse à reconstruire demande la création d'un dispositif contenant pour lutter contre l'éprouvé (*à tour de sans rôle*) qui se manifeste par le sentiment d'être là sans exister (*être au RDV de la rencontre*). Ces questions renvoient au concept d'identité (réflexivité comme capacité de retour de la pensée et de la conscience sur elle-même) et au concept d'identification. Ce concept d'identification est lui-même précédé de la place de l'imitation dans un sens chronologique et en lien avec la fonction « copie ». La perception et l'imitation sont-elles les deux faces qui forment la base des apprentissages ? Dans la démence, la *capacité d'anticipation créatrice* d'un lien intersubjectif précède la qualité de l'interaction.

Le passage à une modalité groupale se fait sur un couple d'opposés réverbération/réflexivité où la relation se construit à plusieurs, dans une certaine

complémentarité ; car il m'est nécessaire d'être suffisamment touché par l'autre pour qu'il puisse se sentir touché à son tour par identification. Ce travail passe par les *mouvements perceptifs* chez l'un comme chez l'autre. La nécessité de rester en contact sur une longue durée pour continuer de construire et reconstruire le lien avec le sujet dément sans se *désimpliquer*, nécessite un cadre contenant ; dans mon expérience clinique, il s'agit du passage à la modalité de groupe pour contenir chez le thérapeute d'abord les angoisses de confusion, de pertes générées par la démence : les éléments d'inquiétante étrangeté/inquiétante familiarité, les notions de langue étrangère, de désert, l'effacement (cf. DEA, 1996) comme éléments contre-transférentiels rendent compte de cette peur de se confondre. S'impliquer dans l'actuel, dans le moment présent (nous allons chercher ensemble) exige beaucoup d'humilité, de sincérité, et de constance dans la relation et ainsi petit à petit cette relation peut devenir fiable comme point d'appui et comme objet à investir. Il s'agit d'une attitude différente de celle généralement observée dans les réactions de l'environnement à savoir des attitudes d'hyper- ou d'hypo-stimulation. L'implication continue dans la relation permet d'aborder sans répétition et sans risque de traumatisme supplémentaire les événements du passé. Le présent se détache ainsi du passé parce que la relation actuelle ne répète pas la relation du passé (cf. chapitre 8.5.2, histoire de vie et traumatisme après-coup).

Le questionnement sur la réverbération dans ses effets négatifs, équivalents à n'être qu'un objet d'*imitation* de l'autre, une *réponse en écho*, a permis l'introduction d'un observateur (stagiaire psychologue) dans le dispositif de groupe. Les questions générales des observateurs répondent *en écho* aux questions des patients dans le groupe en tant que groupe qui donne corps à la parole, aux discours échangés. Deux questions sont répétitivement reprises en terme de lieu et de temps. La première question relative à la place de l'observateur est posée en terme de « où est l'observateur ?, quelle est sa place dans le groupe ? » qui renvoie à la question de « où est l'*effet* de l'observateur » dans un tel groupe ? Actif/passif, dedans/dehors, à la limite extérieure du groupe, dans son enveloppe externe ? Effets sur le groupe de la présence de l'observateur pour ce patient qui systématiquement en début de séance invite l'observateur à entrer dans le cercle des échanges et des productions ; ou encore cette dame qui avait enregistré la présence régulière de quelqu'un qui était là et qui lui demandait «pourquoi il ne mangeait pas avec eux» au sens où manger signifiait ici prendre part à la vie du groupe. L'observateur semble être dans une position « entre-deux » (réverbération, projections) qui comporte une participation active (la prise de notes) et également un point de vue perceptif pour le groupe. Une patiente avait demandé que l'observateur note «ce qui était bien» mais qu'il fallait au contraire «enterrer les contrariétés». La deuxième question posée très régulièrement concerne le déroulement de la séance et des points essentiels à « retenir » : « quoi observer ? » qui renvoie à la question des critères d'observation et de la retranscription. Chaque observation intègre dans sa transmission un certain point de vue et la richesse de l'observation est d'observer les réactions des patients dans la situation et le rapport que j'entretiens avec cet entre-deux.

D'une façon plus étendue l'observateur est *perceptif* pour le sujet dément et, entre dans les éléments que j'ai proposés dans le dispositif de groupe au même titre que la vidéo, les productions (écriture, peinture, modelage). *C'est une présentation qui est*

choisie pour permettre un travail de représentation. Ce choix de relance par les éléments de perception vise la réintégration des affects mobilisés et la stimulation du travail de mémoire pour aider à une mise en représentation (par la voie du Préconscient). Les médiations proposées aux participants de ces groupes vise un accompagnement dans la durée en tenant compte des effets des troubles de mémoire sur les capacités d'expression des patients. Ainsi le groupe fondateur fut désigné groupe «Nommons les choses», qui a introduit un support matériel de choses sous la forme d'un tableau d'école, pour chercher ensemble les liens entre *le mot (image acoustique), l'image (visuelle) du mot et l'objet réel.* C'est précisément ce qui se casse dans la démence. Ce travail a permis d'expérimenter en situation de groupe, c'est à dire sans se sentir en échec par une non réponse à une question posée dans la dualité, des réponses positives aux questions d'orientation dans l'espace, dans le temps présent et à la relance des échanges. Puis peu à peu nous avons développé des thèmes de séance avec le support des objets dessinés sur le tableau. La notion de réversibilité est apparue avec la notion d'effacement du contenu du tableau pour passer à la séance suivante. Une patiente a alors suggérer de garder en photos le contenu de chaque tableau correspondant à chaque semaine. Ce travail en groupe montre qu'il existe une certaine mobilité cognitive possible (un patient qui mémorise le code digital pour venir à la séance du groupe, le bon jour et à la bonne heure, la passation du MMS en groupe donne des résultats supérieurs à ceux observés en situation de test individuel).

Nous avons instauré le support photos puis le support vidéo pour garder trace en groupe de notre cheminement. Le fait de nommer (dénommer) les choses ensemble m'a permis de me mettre en situation d'apprentissage des difficultés de ces patients. Un autre temps de notre cheminement groupal comme temps de reconstruction identitaire au sein d'un présent a été de chercher un sens à ce que disent les patients et d'abord à donner aux productions verbales des éléments plus positifs en montrant que chacun est capable d'utiliser le langage verbal pour interagir avec les autres en créant une situation adaptée, propice à l'interaction. L'aide à l'expression verbale par le prêt des mots (soyons plus fort que le mot) donne sens aux fragments verbaux. Les dessins dans ce groupe ont permis de stimuler les liens de similitude et le maintien de catégories plus larges. Les mots qui ont un sens potentiel (ce qui est différent du mot juste ou du mot faux) nous ont orienté vers les événements du passé, de quelque chose de son passé avec le support du groupe comme contextuel ou trame de référence pour le patient qui, sans ce support, confond le passé et le présent. Interroger le patient pour savoir si je suis sur la bonne piste à partir des indices posés sur cette trame référentielle aident à rattacher les propos (bobine de fil). Nous pouvons devenir alors à tour de rôle, des conteurs d'histoires, imaginaires ou réelles et qui relancent la mémoire autobiographique et le récit de sa propre vie. Le patient redevient acteur en racontant à plusieurs autres, plusieurs histoires construites en fonction de son interlocuteur du moment et qui l'aident à entrer dans une interaction particulière avec l'autre (hallucinations, fabulations). Ce qui nous amènera plus tard dans l'évolution de ces groupes à proposer des temps de jeux de rôle sur un mode psychodramatique (individuel et/ou groupal). Le lien existe peu à peu entre nous par le partage de ces récits de vie, au singulier et au pluriel, récits qui se construisent différemment à chaque séance, et les rôles qui sont donnés et qui permettent de retrouver une identité de soi, une valeur à cette identité et de retrouver une capacité de faire. Les

événements racontés prennent davantage de sens puisqu'ils ont de la valeur pour l'écouter et aux yeux de la personne en relançant l'estime d'elle-même. Ainsi est né un groupe de parole nommé «gardons le contact», qui s'est progressivement différencié de ce groupe «Nommons les choses» le jour où les patients se sont réunis devant le tableau barrant l'accès au support visuel. Ce qui relie le thérapeute au patient reste la parole, au sens large de la capacité de s'exprimer par soi-même, de rentrer en contact avec autrui en se centrant sur l'adresse à quelqu'un et non sur la stricte dualité bonne/mauvaise réponse. Les récits d'une histoire à chaque fois différents pour raconter d'autres histoires mais au fond parler de la même histoire, recrées les éléments autobiographiques en présence de quelqu'un, la pensée chez le sujet dément se créant en présence de quelqu'un. Mais n'est-ce pas là quelque chose de plus universel : la pensée se crée et se recrée t-elle en présence de quelqu'un ? Les vicissitudes du lien à travers les différents miroirs traduisent des expériences de non-séparation et de ces séparations réussies en terme d'acceptation des changements, naissent des espaces comparables à l'aire transitionnelle. L'intérêt de l'utilisation d'une médiation s'observe dans chaque groupe et montre la relance par le système perceptif et proche du système perception-conscience décrit par S. Freud dans la première topique. Ce travail de relance de la pensée passe par les sens et correspond à ce que S. Freud énonçait en ces termes : «rien n'existe dans la pensée qui ne fut d'abord dans les sens». La situation de rencontre avec ces patients passe par une identité de perception c'est-à-dire en appui sur une présence, sur un mode de présence et sur les écarts possibles à mettre en pensée (identité de pensée) de ces modes de présence (passage de l'imitation à l'identification). L'utilisation de la vidéo ne remplace pas la richesse de l'expérience clinique et de l'analyse mais permet dans un premier temps d'exister, de faire exister ces temps de rencontre pour soi, pour les autres et de lutter contre les risques projectifs. Avec les patients, la vidéo nous donne une dimension d'appropriation objective/subjective qui marque la séparation entre le temps où les choses se vivent et le temps où les choses se pensent. Dans cet écart élaboré au dedans des séances, se crée le *travail psychique du groupe* (à partir des formes *perceptives* de changement physique dans le groupe esthétique en particulier).

Le travail dans le groupe bute sur la question du deuil, en terme de deuil qu'il faut faire et qu'il est impossible de faire, qui se mobilise sur le passage de l'identité de perception à l'identité de pensée. Le groupe comme enveloppe contenant peut se saisir de l'expérience en tant que telle comme lieu de dépôt, permettant que se dégage alors peu à peu le souvenir de l'expérience (mise en mots avec le support de la vidéo, des productions comme la peinture, le modelage).

J'ai choisi de me centrer plus spécifiquement sur les médiations de la peinture et celles des interactions avec le miroir car elles sont représentatives du travail de réflexion actuelle et mettent en jeu les processus d'acquisition ou le maintien de l'image de soi par la médiation de la parole et du regard d'autrui. Ces groupes ont représenté aussi pour moi la possibilité d'être en position d'observateur comme condition pour pouvoir aider à penser une absence possible sur le mode de la différenciation (séparation en présence de l'autre), pour ré-instaurer une fonction d'adresse en donnant la possibilité au patient de dénommer ses propres affects et comme condition de subjectivation (éprouvé puis penser).

Ces médiations ont été choisies parce qu'elles sont *suffisamment investies* par les patients dans le registre du *sentimental*, du *perceptif*, du miroir, et de son *chez-moi* par l'intermédiaire du paysage intérieur comme objet à réinvestir.

9.2 Le «paysage intérieur» : la peinture comme récit du rêve

Dans ce chapitre, il s'agit de travailler sur les objets de la réalité psychique et en s'appuyant sur les effets observés (cf. DEA, 1996). Le travail ainsi réalisé dans les groupes à médiation montrent la valeur apaisante et antidépressive de cette prise en soins en réponse aux questions que nous nous posons en regard de la souffrance de ces patients comme forme de demande explicite ou implicite ; et l'offre de soins proposé correspond à la reconnaissance de cette souffrance puis à la relance des capacités d'expression pour essayer de cheminer avec le patient dans un espace de relation (de confiance d'abord) qui l'aide à renouer avec une image de soi plus consistante et positive.

Les différents *objets médiateurs* introduits dans la psychothérapie des sujets âgés déments sont nécessaires et vécus comme *objets de perception* et comme temps d'observation pour le travail de réflexion théorique. Ce qui rejoint ici un autre rapport dans le groupe de ce type de patient qui est le rapport différence/ressemblance/distance. Car l'objet médiateur est d'abord un objet concret, matérialisé, présent et perceptif et c'est aussi un objet trouvé/créé qui a une valeur aux yeux de celui qui l'utilise. Est-ce que cette deuxième fonction de l'objet médiateur qui a valeur de représentation (analogie symbolique) et de travail de mentalisation fonctionne dans la démence ? Est-ce que le groupe de personnes démentes est capable de sortir du rapport de ressemblance (pluralité des personnes et reconnaissance des différences) ? Dans la relation intersubjective le lien de symétrie est-il répétition à l'identique ou au contraire peut-il laisser place à une certaine dyssymétrie pour créer un écart de soi à soi via les autres ? Le groupe psychique à l'intérieur de la psyché du sujet dément peut-il réactiver la vie psychique individuelle ? Comment être le miroir du fonctionnement psychique du sujet dément sans s'y perdre soi-même ? En retrouvant une *bobine de groupe* spatiale et temporelle ?

L'évolution du travail d'accompagnement psychique individuel puis groupal de ces patients a permis de nous interroger sur *le regard que porte les patients sur les soignants* dans l'institution et quant à notre implication, notre investissement dans le soin psychique. Nous nous sommes autorisés à regarder dans le miroir c'est-à-dire *un miroir qui reflète autre chose* que la personne qui se regarde dans un miroir plan. Le miroir inclut aussi la pièce dans laquelle nous nous trouvons, la personne qui se regarde, les autres personnes et cet ensemble constitue une partie du monde de l'individu. Cet ensemble est le *support de la représentation* dans le miroir et les productions de son paysage intérieur en peinture représentent le soi réel de la personne qui s'exprime en présence de quelqu'un.

L'évolution des différents groupes à médiation et en articulation avec l'expérience de la rencontre individuelle nous ont donné confiance dans la capacité des patients de trouver les moyens de s'aider soi-même en présence d'un autre. Le désir de communiquer persiste, et l'idée développée et expérimentée d'un travail sur son *paysage intérieur* illustre par la pratique la perspective du maintien d'une identité de soi. La mise en

place d'un groupe thérapeutique avec la médiation de la peinture a été proposée également dans le cadre de groupes de préparation à la retraite pour travailler sur la créativité de chacun. Dans ces différents groupes, peindre son paysage intérieur c'est prendre le temps de revisiter ce à quoi je suis réceptif, c'est une *forme de bilan relationnel*, de transition avec le passé qui nous a construit et la (re)découverte des capacités actuelles en se raccordant sur les sens, les sensations premières, les émotions, les ressentis, la revalorisation de soi qui est un travail sur notre *miroir interne*. Le groupe comme médiation a une fonction miroir. Le premier objectif est d'aider à relancer sa créativité personnelle en travaillant sur sa propre image et ses propres choix de couleur à partir des *contours de sa silhouette tracée* (cf. annexes) *comme enveloppe contenant et délimitant ce qui est moi et ce qui m'entoure*. C'est aussi un lieu pour exprimer à voix haute son ressenti, sa perception. Le miroir interne, perçu, ressenti, peint, mis en mots, peut alors s'étayer sur le miroir externe proposé par les autres participants.

Acquérir un nouvel environnement sans le «répéter à l'identique» (M. De M'uzan, 1994) en proposant un travail en groupe comme équivalent de ce nouvel environnement, pour repérer ce qui se remémore dans ces «répétitions du même». Selon cet auteur, «il convient de distinguer nettement deux types de phénomènes parmi ceux que l'on rapporte à la compulsion de répétition. Les uns ressortissent à une reproduction du même et sont le fait des structures chez lesquelles la catégorie du passé s'est élaboré suffisamment. Les autres, qui ressortissent à une reproduction de l'identique, sont le fait de structure chez lesquelles cette élaboration est défailante».

Le récit proposé de son paysage intérieur passe par le dessin puis par la parole individuelle dans l'espace du groupe. Ce récit fait par chacun en présence des autres devient à chaque fois un récit qui se différencie du précédent, c'est-à-dire qui est plus qu'une addition des différents récits. Le décalage, l'écart entre ces récits émanant du même patient se construisent à partir de ce qui se passe entre les personnes dans le groupe. Le schéma du prisme est une image de ce récit en présence de quelqu'un qui révèle les différentes facettes (miroirs) de *l'antérieur qui se mixe à l'actuel* de la rencontre et se concrétise par une production picturale individuelle puis commune (cf. ch. 5.3 et annexes, photos). La proposition de peindre son *paysage intérieur* devient un système d'interprétation qui permet d'évaluer le degré d'investissement et le degré d'appropriation de chacun (acquérir les choses de son point de vue) par rapport au regard du point de vue de l'autre. Ce récit en présence de quelqu'un crée un mouvement projectif à minima qui passe par l'imitation (identification adhésive ?) et qui va vers l'identification.

La valeur clinique de la perception-imitation (imiter pour être) a été expérimentée par la mise en place d'ateliers de peinture à visée de recherche sur les capacités d'échanges émotionnels et affectifs des patients déments en présence de personnes non-démentes. Ces ateliers ont fonctionné à raison d'une séance par mois sur une année. L'expérience montre que l'imitation ne fonctionne pas dans l'immédiat, lorsque le patient se retrouve seul devant sa feuille blanche individuelle. Il n'existe pas d'identification suffisante du patient face au groupe et l'état d'angoisse d'être seul ne peut être surmonter. Ce n'est que lorsque le sujet non-dément cherche à instaurer un appui mutuel avec le patient que la possibilité de peindre et d'être créatif se met en marche. Cela passe à nouveau par le risque de fonctionner en miroir, comme dans la prise en charge individuelle, et en ce sens

la réponse de la situation du groupe est nécessaire pour passer de l'indifférenciation immédiate à une différenciation non-mortifère au sein du groupe. En proposant le schéma du prisme j'ai voulu montrer que l'identification insuffisante du patient dément est « relancée » par la présence suffisante de plusieurs autres membres du groupe. Cette identification difficile/impossible marque la limite de l'utilisation du groupe avec des sujets déments à des fins thérapeutiques. Nous sommes dans une position limite de non-dépassement de la ressemblance/différence qui place le sujet dément en position de limite par rapport au sentiment d'appartenance au groupe.

Dans ce travail de recherche sur ce qui nous relie au sujet dément la réponse est-elle toujours strictement individuelle ? La représentation de la démence telle qu'elle apparaît dans la relation avec l'entourage provoque un silence, un déni de la maladie où l'évocation d'une perte encore plus cruelle que la mort. La perte de l'image de la personne d'avant, le fait de n'être plus reconnu, et les effets de violence intra-familiale entraînent un processus relationnel perturbé. Le travail avec la famille montre la qualité de *l'édifice familial*, de ce qui le menace dans cette relation démence-famille et de ce qui le soutient.

Nous avons eu l'idée d'expérimenter aussi ce travail de paysage intérieur individuel à un *paysage intérieur familial* pour comprendre les effets de la démence sur le lien. Le paysage intérieur groupal est conçu comme un génogramme réalisé sous la forme d'une peinture groupale en présence du patient, de son conjoint et de ses enfants. L'expérience à ce jour n'a pu être conduite qu'avec une seule famille constituée d'une patiente diagnostiquée démente, de son mari et de leurs deux filles. La question de la place me paraît également centrale en regard des concepts d'absence, de séparation, de rupture qui se rejoue au moment du place-ment : Place/non place (maladie du lien). Cette place me semble également en correspondance avec l'état du lien et peut-être de la structure de ce lien. Le génogramme par le paysage intérieur familial sert de support comme objet médiateur à l'activation de l'imaginaire (espace topique du préconscient). Le modèle de référence est la *représentation intermédiaire* comme lieu de passage de la représentation de choses vers la représentation de mots. Cet objet médiateur facilite des représentations figurées qui parlent de la manière dont le sujet se représente sa filiation. L'idée d'un travail sur le paysage intérieur familial vise à observer un génogramme objectif et un génogramme subjectif. Cet écart entre les deux crée un espace de jeu et peut montrer comment l'objet imaginaire ainsi créé est désorganisateur ou au contraire ré-organisateur de la psyché individuelle. L'espace de jeu expérimenté, perçu, identifié permet d'avoir accès à la subjectivation, à savoir reconnaître une intériorité psychique. L'observation m'amène à comparer ce processus de travail en groupe à l'image d'un montage d'échafaudage avec un lien à chaque étage, ou à l'image d'une pyramide incluant la notion d'espace et de temporalité avec une perspective. Ce que je retiens de cette première expérience que je souhaite poursuivre dans mon travail de recherche ultérieure, c'est la notion de prise (ça prend) au sens de prise de conscience et au sens d'une inscription dans la psyché qui se traduit par une confiance dans l'environnement et des gestes en peinture qui montrent la place de chacun dans un ensemble. C'est un travail qui mise sur l'avenir des relations car chacun peut se *subjectiver*.

9.3 Le dément et les effets miroirs dans le groupe

Les miroirs du toucher, des odeurs, du visuel, du sonore sont autant d'explorations possibles des capacités actuelles « d'être en contact » de ces patients. Ces capacités actuelles sont évaluées dans l'espace de la rencontre (et non dans une situation de test neuropsychologique qui n'est pas une *situation interactive* puisque ses effets ne sont pas pris en compte et qui repose sur une consigne verbale essentiellement), et ce d'autant plus que nous savons mal évaluer par des tests, la mémoire du toucher, la mémoire olfactive qui perdure beaucoup plus longtemps que la mémoire visuelle et qui est une mémoire strictement individuelle que la neurobiologie a mis en évidence en montrant le rapport entre le maintien de la trace mnésique olfactive et le lien avec les événements vécus («émotions»). Nos enregistrements vidéos gardent trace des signes de la communication non-verbale (mouvements, postures, expressions faciales) et témoignent de la vie émotionnelle dans cette vie de relation. Les travaux de la littérature, en ce sens, montrent que les expressions émotionnelles chez les sujets déments sont favorisées dans le cadre d'interactions, et de situations interactives.

La notion d'appartenance très importante dans le fonctionnement d'un groupe s'incarne ici avec le fait de pouvoir occuper une place et un *espace effectif* et *affectif*. En ce sens valoriser et positiver le fonctionnement du groupe est essentiel car cette permanence instaurée permet de mobiliser et d'enrichir/construire une image de soi et une estime de soi valorisées. Le sentiment d'appartenance au groupe s'est élaboré peu à peu dans son sentiment d'existence grâce à la participation active des différents co-animateurs, participation dans le sens des productions (peinture par exemple) mais aussi en parlant de ses propres ressentis pour donner à l'autre à son tour la possibilité de parler de ses ressentis dans la vie du groupe, activer le champ pré-conscient individuel et groupal pour connaître le potentiel du patient et permettre un lien entre la perception et le vécu. L'hypothèse d'une mémoire qui *se construit/qui revient en présence de l'autre* rencontre une corrélation entre la capacité à se différencier dans la présence à l'autre et la séparation intrapsychique en termes de dedans/dehors, passé/présent. *La capacité à se séparer dépendrait pour partie de la qualité de la relation avec ce quelqu'un là ou pas là.*

Cette problématique de la ressemblance/différence (du même au différent) qui marque la limite de l'appartenance au groupe et au travail de psychothérapie de groupe compte tenu d'une identification insuffisante, peut cependant être reprise ou reconquise en quelque sorte quand le fonctionnement psychique du thérapeute devient l'équivalent du cadre. Deux exemples nous serviront à illustrer cette capacité retrouvée, sur le mode du *détruit/trouvé*, d'un travail de mise en représentation.

Dans le groupe esthétique, nommé voir-faire et ressentir, le changement physique ressenti est perçu devant le miroir (plaisir autour de la perception) et le patient n'est pas indifférent à ce qu'il voit. Le patient est invité alors à s'avancer jusqu'au miroir pour mieux voir sa coiffure ou son maquillage : «Vous êtes arrivée devant le miroir» en montrant à la patiente les deux reflets de leurs corps, «voyez, mon reflet dans le miroir et là le vôtre...». Les émotions se lisent sur le visage et avec elles les mimiques, les sourires ou les grimaces qui font resurgir à ce moment là des moments de l'enfance («ma mère me coiffait et je me souviens du tiraillement du peigne dans les cheveux») («c'est doux, comme des petits... petits enfants»). Pendant longtemps il faut jouer un rôle de pont entre

les participants du groupe sinon les paroles des patients semblent se projeter sur un monde fantôme. C'est la construction d'un soi de groupe qui redonne un espace, une aire de transition à ce qui se passe du dehors vers le dedans.

La fonction du groupe est de donner un statut à ce passage de la perception externe vers la perception interne et en même temps ce cadre induit une rupture dans la continuité (R. Kaës, 1979) au même titre que la parole s'articule entre soi et l'autre, par la séparation entre un intérieur et un extérieur. La médiation dans ce groupe esthétique, permet de se remettre à l'écoute de son corps par l'exploration de sensations variées qui procurent un sentiment de bien-être et de détente (par exemple auto-massage du visage). C'est aussi prêter une oreille attentive à ce qui nous entoure. L'animatrice du groupe nomme les parties du corps qu'elle touche et explique pourquoi elle le fait ; de la même façon dans un premier temps elle demande d'imiter ses gestes, accompagne chacun quelque temps puis laisse chacun suivre son inspiration. L'attention est attirée sur *l'enveloppe sensible*. Le groupe agit peu à peu comme un *effet ricochet* et les associations deviennent possibles et l'on passe ainsi de l'enveloppe sensible au corps symbolique (parler sur le thème de la séduction, par exemple) qui permet la limite entre le dedans et le dehors. La limite est d'abord matérialisée par la fonction de médiation des soins esthétiques puis la permanence de ce cadre aide à rétablir la fonction de « maintenance » du psychisme. Ici rentrer chez-soi c'est d'abord réintégrer son corps, son habitat («je me sens bien dans ma peau aujourd'hui, c'est mon petit chez-moi»). Une autre patiente dira aussi à la fin d'une séance : «c'est agréable, on a l'impression de retourner dans sa coquille». Ces temps de retrouvailles avec son «Moi-peau» dans un entourage physique et psychique interroge cette *reconstruction constante* autant que nécessaire d'une peau contenant («je me suis peinte sans la peau») pour l'appareil psychique.

Le travail de distance psychique par rapport au miroir se fait en présence de quelqu'un autant que dans le rapport que j'entretiens avec mon image. Car il existe aussi la prise en compte de l'impalpable du corps, à travers les paroles et la mémoire du groupe et les affects qui circulent (bobine de groupe) et qui au fil des séances apparaissent comme une ombre découpant les contours du paysage du groupe. En fixant sur un support cette « ombre » nous avons l'empreinte du corps groupal. L'idée de faire dessiner son paysage intérieur à partir du contour dessiner sur une feuille de papier grandeur nature retrace cette idée de l'ombre. Nous avons pu l'associer au «miroir d'ombre» dont parle S. Tisseron (1994) au sens où le patient peut renoncer à chercher à toucher son reflet quand l'angoisse peut cesser grâce à la présence du thérapeute qui aide à ré habiter son intériorité (cf. chapitre 14.3).

Le deuxième exemple est issu du groupe nommé «intermède» par un des participants, participant qui a été absent de ce groupe pendant plusieurs séances du fait de problèmes somatiques. Cet exemple est centré sur la question de la «chaise vide» qui est aussi une condition pour que le groupe existe comme groupe au sens de pouvoir nommer et penser l'absence (cf. R. Kaës, 1994). Si les conditions d'identifications dans le groupe avec les sujets déments ne sont pas réunies nous pouvons faire l'hypothèse que le plaisir d'être ensemble relance les conditions d'un travail de penser en groupe. En ce sens nous dit R. Kaës, «le groupe serait non seulement un porte-mémoire, mais un des

lieux de constitution de la mémoire» (1994).

Ce groupe intermède était constitué de cinq patients (trois femmes et deux hommes) autour de la médiation de l'écriture. Les premières séances ont été marquées par l'importance de l'espace, du lieu et de la notion d'appropriation («il faut s'approprier le stylo» disait un patient). Les questions de séparation se sont produites avec le thème de la porte. La porte est devenue un objet potentiellement relationnel (porte réelle et symbolique) à partir de l'utilisation d'un objet réel et pour apprendre à distinguer entre le visible (la porte) et l'invisible (la représentation). Ce patient qui a donné une identité à ce groupe jouait souvent avec les portes de la pièce dans nous nous retrouvions une fois par semaine, il jouait également à renverser les mots comme par exemple ascenseur qui devenait descenseur. Puis la chaise de ce patient est restée vide pendant sa longue absence. Ce jeu de renversement des mots s'est joué avec l'ensemble du groupe pendant plusieurs séances. Après chaque séance je accompagnai les patients vers l'ascenseur/descenseur qui devenait peu à peu notre objet lien comme la porte pouvait représenter autre chose que la porte elle-même : ici nous dira une patiente, «il y a plusieurs portes...la vie et après». Un autre patient a alors parlé du «monsieur du descenseur». Cette thématique de l'ascenseur/descenseur s'est prolongé pendant les rencontres du groupe et a permis de parler de la chaise laissée vide par le patient absent jusqu'à son retour dans le groupe. L'objet chaise vide comme l'objet ascenseur descenseur sont devenus des objets de lien relationnel, organisateurs temporels (bobine temporelle) nous aidant à penser l'absence d'un participant.

10. Conclusions de la seconde partie : un «chez-nous» pour trouver «un chez-soi».

Le titre de ce chapitre indique le besoin d'étayage sur le groupe, sur l'environnement pour le sujet dément. Le «chez-nous» (nouvel environnement) représente ainsi un miroir pour le «chez-soi» dans la démence au sens du *maintien de l'identité* et de la peur de perte d'identité. Le concept d'étayage est à entendre en termes de réseau d'étayage qui imprègne les dimensions affectives, cognitives et relationnelles. Le réseau d'étayage correspond à la définition donnée par R. Kaës (1979) de «contrat d'étayage» qui est un processus par lequel «ce qui s'appuie est en mesure de servir à son tour d'appui à ce qui soutient». Le «chez-nous» illustre le recours au groupe comme étayage et également l'aspect *spéculaire* de la notion de dépendance utilisée en gérontologie. C'est une offre de soins centrée sur l'intériorité, par la réalité psychique partagée, pour répondre à la demande du patient exprimée en terme de «je veux rentrer chez Moi» («j'ai des éclats dans ma tête», «aidez-moi à mettre de l'ordre dans ma tête»).

10. 1 L'étayage sur le groupe

Les raisons qui poussent les individus à se regrouper sont multiples ; les aspects

spécifiques du groupe, dans la *création du lien* entre l'individu et les membres du groupe, sont complexes. La nécessité de trouver un espace de rencontre suffisamment contenant et sécurisant est nécessaire pour pouvoir interroger pour soi, en présence d'un autre, et des autres la question de la reconnaissance et de la connaissance de soi. Le sujet âgé dément nous enseigne que la reconnaissance de soi par autrui précède la connaissance de soi au sens d'une représentation de soi suffisamment différenciée.

Les différents abords psychothérapeutiques ont permis de prendre en compte autant que de révéler, la souffrance du dément et de son entourage familial en particulier à l'image d'un perte de l'enveloppe psychique. Du point de vue du regard institutionnel cette souffrance représente le fil conducteur et la voie d'élaboration possible des ratés, des zones d'ombre ou encore du clivage défensif visant à occulter la question de la mort psychique, la question du temps, le non-sens et la mort réelle. Du point de vue du soignant, la souffrance a de multiples portes d'entrées possibles, à commencer par l'idéal soignant en terme de soins et de guérison, mis à mal par la vieillissement des soignés (M. Myslinski, 1996). La confrontation quotidienne avec les pathologies du grand âge provoque un *écho* et une *résonance* en chaque soignant. La relation avec des personnes âgées démentes renvoie également à une psychologie des limites : limite de l'illusion de toute puissance soignante, limite dans sa capacité à faire un travail de deuil, limite dans la capacité à investir/désinvestir/ré-investir, comme autant de formes possible de situation d'attachement et aussi de lutte contre le désinvestissement et l'indifférenciation. La relation psychothérapeutique nous expose à l'absence et au sentiment de vide. Cette souffrance du sujet dément réveille nos propres zones d'ombre et de souffrance, ainsi que notre recherche de sens face au non sens.

Cependant, c'est sans doute du côté de la blessure narcissique, de ce qui (nous) touche dans un registre narcissique, que la relation au dément est source de souffrance dans notre propre positionnement par rapport au patient. Les entretiens individuels ou les entretiens familiaux révèlent des blessures ou des manques narcissiques en écho, par identification adhésive, aux trous de la pensée et des troubles de l'identité. Ces « réponses » extérieures parlent également de la capacité à identifier les besoins et les demandes du patient par une présence contenant et de permanence. Ces attitudes sont elles mêmes déterminantes dans l'évolution des troubles du comportement du patient où se mêlent à la fois la question de l'intériorité et celle de l'extériorité, en deux réalités quelquefois confondues.

Les travaux de J.M.Léger et J.P. Clément (1991, 2000) ont permis de ré-introduire la valeur de l'affectivité dans le traitement de la démence, pour nous donner une définition plus globale de la démence comme, la «manière d'être au monde (qui) n'est pas le résultat d'un simple dysfonctionnement d'une structure neurologique particulière mais l'expression d'un organisme vivant, dans sa totalité, dirigé par la conscience en référence à la personnalité du sujet (essentiellement l'histoire de sa vie, tant sur le plan biologique qu'affectif ou intellectuel)». Ces deux auteurs développent les articulations entre la sphère cognitive et affective, et interprètent les troubles du comportement comme des tentatives d'adaptation d'un sujet à son environnement.

Du point de vue du système affectif, la prise en compte du regard d'autrui et de l'observateur, dans le travail de recherche, montre la possibilité d'étayage et

d'interrelations, car le « savoir affectif perdure plus longtemps que le savoir cognitif (G.Le Goûes, 1991).

Du point de vue d'une approche relative à une construction psychique, en terme de stratification, et dans le recentrage sur la question des différents rapports *aux miroirs*, la clinique de la démence montre un rapport paradoxal entre démence et narcissisme dans la mesure où le sujet semble vouloir puiser au dehors ce qui n'appartiendrait qu'à soi au dedans. Ce rapport paradoxal se retrouve à la fois sous un angle théorique et sous un angle clinique.

Du point de vue théorique, nous pouvons faire le lien avec la conceptualisation freudienne de la notion de couples d'opposés (1905) pour traiter des positions libidinales qui se succèdent : actif/passif ; phallique/châtré ; masculin/féminin comme différents niveaux de la vie pulsionnelle. Les différents couples d'opposés, dans le registre de la relation d'objet, sont décrits en terme de rapport dedans/dehors, de présence/absence, dépendance/indépendance et sont des exemples concernant la construction de l'objet et du lien, des conditions du développement de la vie psychique.

Dans un autre registre théorique, ce rapport paradoxal, entre démence et narcissisme, interroge le lien entre libido narcissique et libido d'objet. Plus précisément, cela interroge la définition du narcissisme comme orientation de la libido vers le moi alors que la clinique de la démence pose la question du rapport, de la répartition entre le dedans et le dehors. Autrement dit, dans la démence, cela se passe comme si l'*environnement* de la personne détenait les *clés* du narcissisme du dedans de soi. La question du retour, de la régression, de l'origine, est ici appelée comme référence première voire comme explication « avant-coup » de ce qui détermine le cheminement de la dépendance à l'indépendance.

D'un point de vue clinique, ce rapport paradoxal démence/narcissisme dans le retour à l'objet, dans le rapport du sujet à l'objet, dans l'appel aux objets internes, impose la recherche d'objets externes protecteurs par rapport au manque d'objet. Plutôt que de s'en référer à la structure psychique, la relation de type psychothérapeutique est liée, ici, aux positions transférentielles et contre-transférentielles. S'agirait-il alors d'un type de dépendance, relativement indépendante de la structure psychique de référence pour tel sujet ? La confusion sujet/objet décrite dans l'évolution de la démence conduit la relation de soins à comprendre ce mouvement objet de soins/sujet de soins qui s'exprime dans le rétablissement (paradoxal) d'une situation de dépendance.

10. 2 Dépendance et identité spéculaire

Le titre de ce chapitre souhaite mettre en évidence le *lien dynamique* entre la notion de dépendance et celle d'identité spéculaire. La notion de dépendance est en lien également avec la question de la régression et avec l'idée d'adaptation.

La situation de crise et particulièrement dans le cas d'un diagnostic de démence débutante réveille une situation de dépendance. Cette dépendance psychique ré-instaurée est-elle une constance comme équivalent d'une phase d'adaptation ré-organisatrice, ou alors le signe d'une régression individuelle faisant elle-même écho à

une immaturité antérieure ? Existe-t-il une relation en miroir entre l'enfant (dans son développement) et le vieillard (dans son adaptation) dans le sens du rôle joué par la notion de dépendance ?

C'est dans le contexte de crise que prend sens cette notion de dépendance. Le moment d'entrée en institution est à ce titre un exemple intéressant car il montre un double mouvement paradoxal où l'on observe d'une part une demande de reconstruction des liens de dépendance et d'autre part la réponse de l'entourage agie sous la forme du placement. Cet abord de la notion de dépendance est à rapprocher des concepts d'attachement et d'étayage et en particulier l'idée dynamique dans les différents aspects de réciprocité liée à cette notion. La situation de crise montre bien les aspects d'emboîtements réciproques des différents niveaux familial, interpersonnel et intra-individuel de la dépendance. Dans un article intitulé «travail de restauration d'un espace mental» (A. Sagne et al., 1996) nous avons mis en évidence, dans le contexte d'un hôpital de jour, l'importance d'instaurer une dépendance illusoire au sens d'une aire d'illusion pour mobiliser ce qui est là en souffrance en se prêtant comme « objet vivant » pour aider le patient à contenir puis investir les bribes de pensée, les affects et retrouver une différenciation dedans/dehors, externe/interne. L'expérience d'un groupe de soutien aux familles, dans le cadre hospitalier, montre que le concept de dépendance apparaît comme une empreinte, comme une constante, et spécifique selon la structuration de chaque groupe familial. Le cadre de référence est le dispositif groupal comme cadre de la rencontre et a pour objectif principal le soutien identitaire du groupe familial. Dans le cadre de ce travail nous avons noté que cette spécificité se rejoue dans trois types de questionnement (A. Sagne et al., article à paraître sur l'expérience d'un groupe de soutien aux familles et la notion de prisme inter-relationnel, 2000) :

- La question de la séparation en terme d'acceptation des changements, associant la question de la séparation réelle et l'axe de la différenciation/séparation de la place de chacun
- L'acceptation de la présence d'un tiers qui confronte le groupe aux différents niveaux de réalité interne et externe
- La question de la transmission du travail des générations (sous forme de rupture ou de peur de la répétition, dans la démence) et donne à observer les capacités d'identification au parent âgé.

La dépendance est à entendre en terme de lien et renvoie à la question des relations précoces comme elle s'actualise aussi dans la relation au sujet dément traduit par les contenus des échanges et par ce qui nous a constitué en terme de structuration psychique et qui perdure sous forme d'empreinte. La démence comme prototype de la situation de dépendance appelle cette notion d'étayage dans un contexte de fragilité narcissique et dans une position régressive, régression dont il est nécessaire d'entendre les aspects positifs pour le sujet. Il se (re)présente ainsi un axe dépendance/indépendance qui se polarise sur l'ambivalence des sentiments d'amour et de haine. Le «travail du vieillir» comme mise en crise de la personne démente et de son environnement familial fait retour sur les conditions de maturation affective du développement de l'enfance. Les conséquences de la démence sur le groupe familial en

terme de régression, réactivent/rappellent la structure « individu-environnement » en terme d'unité (DW. Winnicott, 1945). Cela implique un « moi » qui commence à être indépendant du moi auxiliaire de la mère, et indique la différenciation entre un intérieur et un extérieur et la réalité psychique devient une chose réelle, éprouvée par la personne. Selon DW. Winnicott cela implique la réussite de l'ambivalence et cela conduit ensuite à l'apparition de la «sollicitude». Cette réalité s'exprime également en terme de vie « psychosomatique » remise en question dans la démence par les troubles de l'orientation temporelle et spatiale (désintégration du temps), des comportements d'hyper-sollicitude des enfants du parent âgé déficitaire, des tendances fusionnelles, hyperprotectrices (centrées sur la nourriture par exemple, avec la mise en évidence d'une ambivalence entre le discours et le comportement).

Ces manifestations régressives plus ou moins profondes entraînent une mise en suspens de la capacité de penser voire de percevoir les éléments affectifs dans la communication enfant-parent. Cela concerne la relation du couple enfant-parent et l'ensemble du groupe familial, qui met en évidence des aspects spéculaires avec l'enfance en ce qui concerne les mécanismes de l'axe dépendance/indépendance et qui sont sources de réflexion sur des propositions de prévention.

TROISIEME PARTIE : De la psycholyse à la démence de défense

Il s'agit d'établir des ponts entre la clinique et la théorie qui nous aide à aider le patient à faire un transfert sur la pensée :

- Le *paysage intérieur* représente le *soi* de la personne
- La *bobine de groupe* illustre la question de la *création* en pays de démence
- Le *prisme* est la figuration du *processus* groupal

Le passage à un dispositif de groupe a représenté, pour moi, une méthode pour être au *R.D.V. de la rencontre* avec les sujets âgés déments. Dans le travail de psychothérapie individuelle ou groupale, nous nous appuyons sur la médiation de la parole, la qualité des échanges verbaux, pour exprimer des émotions et dire ce que font vivre les interrelations. La situation d'un groupe de sujets atteints de démence ne permet pas de tenir compte uniquement des échanges verbaux et, de façon plus large il est nécessaire de comprendre le langage avec des mots mais aussi avec des comportements. L'activité de pensée, dans ce type de groupe, ne peut être restreinte au seul langage verbal. Mais au delà de la particularité de la pathologie démentielle, la dimension groupale limite l'activité de parole, puisqu'un seul parle dans le groupe et ce à tour de rôle, alors que la démence nous confronte plutôt au registre du « *à tour de sans rôle* ».

Les enjeux du soin psychothérapeutique en institution réactivent des interrogations

quant aux *représentations* de chacun concernant, la pathologie, la démence et la personne dont le diagnostic de démence a représenté l'origine du placement. Pour certaines familles, la décision d'entrée en institution est le support d'un travail de séparation possible ou non. Ces interrogations convergent vers la question de l'identité/perte d'identité de soi, de la mémoire et de son groupe d'appartenance. Ces interrogations se juxtaposent en partie avec les théories de référence de chacun et de l'ensemble dans une institution.

Dans mon travail de D.E.A. (1996), cela m'a amené à parler d'un clivage fonctionnel (pour protéger de l'idée d'une mort psychique « déjà là » dans la démence « institutionnalisée ») comme nécessaire pour penser un minimum d'espace de différenciation entre le groupement référencé au lieu de vie et le travail de groupe dans le projet de prise en soins. La question de la distance psychique est une question centrale dans cet abord. C'est aussi une des questions répétitivement abordée dans le travail d'analyse de la pratique soignante.

L'abord d'un travail de recherche par la question du contre-transfert ne va pas de soi, si nous parlons ici du domaine de la pratique des savoirs. Il s'opère inéluctablement (?) un travail de déplacement de la pratique psychothérapeutique d'inspiration psychanalytique vers le travail de réflexion théorique.

Dans différents domaines clinico-théoriques (cf. G. Devereux, 1980), les chercheurs témoignent de leur propre expérience (place du contre-transfert) qu'ils intègrent à leur cadre d'observation, plus précisément l'expérience de l'analyse modifie ma perception des dispositifs d'observation et mon rapport au travail de recherche (place de l'inconscient).

L'interrogation identitaire, comme enjeu dans la démence et qui renvoie au fondement de la construction psychique, questionne le chemin parcouru : celui du futur chercheur et celui du sujet dément avec qui nous essayons de reconstruire le chemin parcouru dans la psychothérapie. L'essai d'un travail de conceptualisation à partir de l'expérience de la pratique psychothérapeutique met en évidence la reconnaissance de l'intersubjectivité comme apte à faire progresser la connaissance et la pratique de la psychothérapie, comme fondement du lien, comme création du lien, comme appel à un accordage avec d'autres disciplines en situation d'interaction dans cette pathologie des liens que représente la démence.

Un travail d'écoute familiale se soutient de la mémoire affective en tant que stimulation de l'environnement interne du patient. C'est ce qui fait débat aujourd'hui sur la question des systèmes cognitifs et affectifs, de leur inter-dépendance ou au contraire de leur indépendance respective. Dans cet ordre d'idées l'affectif précéderait-il le cognitif ou bien l'inverse, et quelle serait la part de l'affectif dans le traitement de l'information, au même titre que les notions d'encodage, de stockage et de restitution. D'autre part, se pose la question de l'unité du psychisme qui suppose la mise en relation du système émotionnel avec le fonctionnement cognitif de la personne.

Les différents temps de rencontres avec les personnes démentes dans divers lieux de vie et de soin, en établissement de long séjour ou en hôpital de jour, ont encouragé la réflexion sur les ponts à établir au niveau d'un appareil de liaison entre la création de soi

et la rencontre à l'autre. Dans la démence, j'ai été confronté à un besoin de « ré-accordage » entre le psychique et le corporel, entre la perception et la représentation, entre un appareil psychique construit et un appareil psychique qui est en train de se déconstruire. Le suivi des patients déments au long cours modifie notre représentation de la maladie ; L'abord par l'approche contre-transférentielle correspond à une mise au travail des processus associatifs, et correspond aussi à une écoute de type groupal-familial, y compris dans la situation de face à face.

L'axe « permanence-changement » s'applique à tout changement significatif, comme événement significatif pour la personne, et crée les conditions d'un travail de séparation -au sens d'un travail qui vise à l'acceptation et à l'intégration du changement- qui s'inscrit dans le continuum de l'existence. Traiter le changement de façon productive, élaborative, suppose une confrontation à l'inconnu pour être prêt à poursuivre la quête de soi. Sur ce mode paradoxal, nous pouvons dire que changer c'est devenir soi-même. Ce travail psychique d'adaptation du Moi à la réalité, interne et externe, est dépendant de la solidité des défenses par l'actualisation des défenses antérieures anti-dépressives, anti-changement, anti-deuil. Si le retrait de la réalité est massif, on assiste à une augmentation du potentiel de destruction-déliaison. Si le sujet reste capable de s'impliquer dans des relations créatrices, à valeur positive, on assiste à une augmentation du potentiel constructif de liaison et peut être, alors, comparé aux différentes étapes décrites par E. Kübler-Ross, en particulier la dernière étape qu'elle nomme « l'acceptation » (adaptation) qui est un mouvement psychique positif qui passe par « l'augmentation de la conscience de Soi et des contacts avec autrui ».

Ce qui nous a entraîné vers un essai de compréhension et d'articulation entre la conscience des troubles, la conscience de soi et les mécanismes de défense mis en place par le sujet pour retrouver une cohérence psychique. La psychothérapie travaille sur cette recherche de cohérence entre la conscience de la réalité du déficit et de la souffrance, ainsi que la capacité ou non de se prendre pour objet en présence de quelqu'un. Maintenir un espace d'illusion à ce niveau, c'est permettre au sujet dément de *renouer* la communication avec sa *réalité interne*.

11. Apports de la démence au groupe

Ce chapitre reprend la description du cheminement avec les patients en terme de thérapie à trois temps ainsi qu'une des hypothèses importantes posée en terme de constitution de soi (objet soi) et de mémoire : *la mémoire vient/revient en présence de quelqu'un*. L'approche de l'objet appréhendé dans le contexte de la relation d'objet du point de vue de la démence montre que l'objet de la réalité extérieure (objet réel, physique) et l'objet de la réalité interne (objet plaisir/déplaisir) est un élément variable en fonction de la relation.

La retrouvaille du sujet avec lui-même passe par une voie qui est celle du *détruit/troué* vers le *détruit/retrouvé* quand les conditions d'observation/écoute permettent de se rendre compte que le *patient nous observe* autant que nous l'observons. C'est donc la question du lien, de la relation/interrelation qui est l'axe central et en ce sens cela

rejoint la problématique générale de la psychothérapie de la personne âgée. Dans le travail de recherche sur le thème de la liaison/dé liaison dans la démence, comment s'articule et se spécifie une approche qui permette d'interroger les liens intra-individuels avec les liens inter-subjectifs ? Nos observations nous amène à supposer que la pensée du sujet dément se crée seulement quand elle s'adresse à l'autre. L'objet se présente comme à la fois externe et interne du fait d'une focalisation sur la restitution d'une subjectivité ; l'interrogation des patients reste centrée sur la protection de soi qui est au cœur de la question identitaire attachée à celle du lien puisque nous en observons les effets sur la personne elle-même, sur son entourage familial et sur l'environnement soignant.

La question de la *réverbération* doit être ici reprise par rapport à cette question de la *création* de quelque chose de nouveau. Le patient dément dans un groupe a-t-il plus de capacité de différenciation que dans la rencontre individuelle ? Les médiations mises en place sont une porte ouverte, une porte d'accès à la différenciation en réanimant la question d'une présence et d'une fonction d'adresse à l'autre. Est-ce suffisant pour permettre un travail de symbolisation de la souffrance ? Comment passer d'une pratique de séparation à une pratique de différenciation ? Le dispositif crée dans un espace groupal est-il suffisant ? Le paysage intérieur comme trace est aussi une fonction d'adresse à l'autre et la mise en mots comme une étape de la symbolisation. La mise en mots, la parole fonctionne comme intermédiaire entre patient et soignant jusqu'à une certaine étape de l'utilisation du langage verbal chez le patient Au delà de cette étape l'agir et la trace deviennent nécessaires du fait de la perte de représentation et des atteintes cognitives. Parfois même l'objet n'est plus animé (lorsque le patient boit l'eau de la peinture ou mange la terre) et le soignant devient l'objet médiateur (objet malléable).

C'est le patient qui nous apprend le «métier» de patient : dans un travail d'investissement centré sur l'intersubjectivité ; le cadre psychothérapeutique me paraît être le plus pertinent pour connaître l'expérience propre du patient face à la maladie, c'est-à-dire la façon dont le patient nous renseigne sur son monde intérieur et sur les néo-productions mentales mais qui semblent correspondre à un effort d'adaptation à la maladie et à ce nouvel environnement. Ces néo-productions ont été mises en évidence par G. Le Gouès et publiées avec M. Perruchon (1992) sous le terme de «pensées post figuratives» indiquant par là un fonctionnement psychique en deçà de la représentation et même de tout représentant. Ces néo-productions pourraient correspondre à une pensée primitive au sens d'une pensée proche du corporel et de l'affect. C'est ce que nous observons dans les séances de groupe avec les patients à un stade avancé de la maladie et qui ont perdu l'usage du langage verbal. Le travail psychique passe par l'affect et concerne l'activité du pré-conscient.

Le lien ou plus exactement le point de bascule entre le groupe et le sujet dément interroge l'identification depuis l'imitation (miroir, réverbération, écholalie, reproduction du même) jusqu'à la capacité d'une vie relationnelle plus riche avec l'émergence d'une différenciation individuelle. La question du double que pose le sujet dément se prête à une démarche groupale autant qu'une présence multiple renvoie à l'idée du groupe comme avènement primaire. La démence comme limite à l'intégration dans un groupe, restant en bordure, sert à préciser la fonction du groupe dans le développement individuel

occupée par les mécanismes d'identification.

11.1 Thérapie à trois temps

Le titre de ce chapitre évoque mon propre cheminement dans la rencontre avec ces patients, la référence à une thérapie à trois temps renvoie à la notion de tiercéité, de triangulation, et d'espace de transition pour pouvoir reconstruire de nouvelles limites, de nouveaux équilibres. Dans ce domaine la psychanalyse transitionnelle élaborée par D. Anzieu et R. Kaës reste le modèle théorique et méthodologique de référence.

Les différents cliniciens/chercheurs interrogent aujourd'hui les stratégies possibles de prise en soin psychothérapique des sujets déments. Nous sommes confrontés à la déconstruction progressive de la psyché, à la perte de soi, à la perte progressive des capacités de langage verbal, et à la question de la place de sujet dans la représentation sociale de cette pathologie. La souffrance d'un sujet confronté à la perte de soi engendre une rupture dans la dynamique familiale et dans la cohésion du groupe. Cette référence au tiers est inscrite dans la demande du patient qui s'exprime toujours par l'intermédiaire d'un autre et renvoie *en écho* à la question de l'histoire individuelle et familiale. Ma rencontre avec ces patients est passée par trois étapes :

- 2 par 2 en individuel ou dans un groupe
- le travail de groupe comme nouvel environnement
- le travail familial car l'appareil psychique individuel en pays de démence a besoin du soutien de son environnement réel et imaginaire

L'accompagnement du sujet dément, en institution suppose de prendre en compte les dimensions de lieu de vie et de soin ; ainsi l'accompagnement se définit à la fois comme partage de vie au quotidien qui tend vers l'idée d'un milieu substitutif au milieu familial (*espace géographique du groupement*) et aussi comme un accompagnement qui rend possible un travail d'élaboration psychologique (*groupe comme espace symbolique*). C'est la compréhension des phénomènes relationnels qui est importante et qui prend corps grâce à des positions différenciatrices et non interchangeables comme c'est le cas dans les lieux de vie. L'idée d'une thérapie à trois temps correspond aussi au cheminement « militant » et à un « trouvé-crée » de la fonction soignante dans l'institution, de la « technique » utilisée sans oublier que le rapport à la mort psychique dans une institution qui accueille des déments sur un long terme reste présent.

Pour acquérir la valeur d'événement externe puis interne, il faut recréer les conditions d'un environnement suffisamment bon pour le revivre dans son environnement familial, en lien avec le lieu de vie et le lieu de soin , car la démence comme maladie du lien entraîne une rupture avec le groupe de référence. Cette rupture qui se concrétise par un placement (la place qui manque ?) et qui vient confirmer en retour, par les effets sur le groupe, que le rapport au groupe est permanent et soutient cette permanence.

11.2 La mémoire « revient » en présence de quelqu'un

Ma rencontre avec ces patients, dans le passage d'une modalité individuelle à une modalité groupale de prise en soins de type psychothérapique, interroge la question de la solitude comme expérience subjective et ancrée dans la dimension affective. La naissance du sentiment de solitude fait retour à la prime enfance pour se « rejouer » dans les différentes crises de vie, et principalement au cours du vieillissement. La capacité d'être seul, pour reprendre l'expression de D.W. Winnicott, correspond à la capacité d'être positivement en relation avec les autres. Cette capacité ne s'improvise pas et s'acquiert paradoxalement en présence de quelqu'un. Sur ce modèle, nous pouvons penser que la mémoire revient également en présence de quelqu'un. C'est la question plus large du concept de solitude.

La capacité de création du lien dépend de ce modèle intériorisé de la relation avec l'autre qui permettent qu'un travail de figuration (représentation) individuelle s'inscrive/se différencie dans l'environnement actuel de la personne. Ces figurations peuvent s'inscrire dans la relation (à partir de l'anticipation de l'autre) et être retranscrites sur une grille d'analyse comme celle que WR. Bion a créée pour permettre un travail de recherche, à partir des observations cliniques et dans un dispositif psychothérapique. Dans ce cadre rien n'est isolé, tout est réponse y compris ce qui n'est pas cotable en tant que tel : les discours sans contenu, les relations entre les mots, les réponses associées à un mouvement, les liens entre les discours de la personne, de la présence des autres et le comportement général du groupe à un moment donné. Le travail peut être alors centré sur la mémoire dans son sens qualitatif/affectif en lien avec le contenant de cette mémoire qui est la mémoire familiale et les modalités de transmission individuelle.

Le travail d'accompagnement dans la régression, vers la représentation de choses puis en appui sur le perceptif, visuel en particulier, se fait à travers des *effets miroirs* différents qui passent par la réflexivité de la relation (mouvement transférentiel). Dans la relation duelle en situation de face à face, c'est l'aspect de la complémentarité du rôle de chacun qui est mis en avant ; s'instaure alors un jeu de rôle avec le patient qui modifie le cadre, qui impose cette modification et qui instaure un « à tour de rôle » (cf. exemples en annexes). Cela donne une vision/perception par la place occupée par soi/par l'autre et c'est là que se noue la relation en allant chercher le patient là où il se trouve. Nous retrouvons au plan théorique ce que D.Anzieu (1993) a développé (après S. Freud) l'idée que le psychisme naît du biologique et vient justifié la construction du psychisme à partir des données perceptives (et comme moyen de maintenir une relation et engager une activité de penser, envisagé dans le cadre de la « psychanalyse transitionnelle »).

Etre capable de donner un sens aux différents contenus inscrits dans la relation met en évidence l'importance du contenant. Nous nous référons ici à la théorie «des contenants de pensée» proposé par B. Gibello (1994) qui distingue les contenants de pensée archaïques, symboliques (langage et système de représentation) et les contenants groupaux. Cette théorisation intègre les données de la psychologie cognitive aux conceptions psychanalytiques, biologiques, sociales, linguistiques. Les contenants de pensée sont décrits par cet auteur comme des «processus dynamiques» qui permettent aux contenus de pensée «d'être compris, mémorisés et communiqués». La dimension de psychothérapie fait intervenir ces différents niveaux en interaction qui donnent sens à la relation. Le niveau des contenants de pensée correspond au dispositif proposé aux

patients en terme de cadre, de groupe, de transitionnalité. Le niveau des contenus de pensée comprend l'histoire du groupe en référence à sa propre histoire, les souvenirs, le travail de mémoire, les objets d'investissement de chacun de l'ensemble et tous les contenus associatifs qui émanent de l'ici et maintenant de la séance. Cela constitue peu à peu un axe de *permanence/changement/identité* utilisant le support temporel du groupe, les médiations proposées comme percept et la parole individuelle retrouvée/recrée à partir du plaisir partagé comme relance de la pensée, et comme liaison de l'affect qui soutiennent le maintien de la relation d'objet.

Le renvoi en écho des productions langagières ou non-verbales en groupe aide à une reprise de l'estime de soi, de la confiance en soi à partir du groupe considéré comme objet/soi. Cet objet/soi se construit dans un réseau de relations interpersonnelles parallèlement à la construction du lien entre deux ou plusieurs individus. Le prototype de cette relation, dans ce cadre, est constitué par le groupe pour que l'affect maintenu malgré la perte de signification dans la démence puisse retrouver un sens. S'agit-il de se perdre pour retrouver le groupe, la mère, groupe comme mère ou de se retrouver en perdant l'autre ? Le groupe comme espace instauré renvoie à la constitution temporelle d'un autre, autre soi-même et autre différent et ouvre sur la recherche d'un lien intériorisé. Le groupe est un lieu d'investissements affectifs et cognitifs en posant le rapport entre l'espace contenant du groupe et le vécu de chaque membre (les éléments contenus). Le groupe permet de fonctionner dans un premier temps sur un mode paradoxal, et nécessaire pour expérimenter sans détruire le rapport à l'objet/soi. Cela est possible car la réalité de l'espace du groupe autorise un travail de différenciation progressive qui émerge avec la présence des autres et de l'expérience de ce qui se passe entre les personnes. Ce point est sans doute le point le plus sensible et difficile pour les personnes atteintes de démence car correspondant à leur point de souffrance et de fragilité. Nous prenons appui ici sur C. Néri (1997) qui développe cet aspect de l'objet/soi dans la psychanalyse de groupe. Cet auteur reprend la perspective de H. Kohut (1971) au niveau de l'appareil psychique individuel pour montrer le rapport établi entre du soi avec les objets «caractérisés par des fonctions particulières : objet-soi gémellaire ou alter-égoïque ; objet-soi idéal ; objet-soi spéculaire. Dans la démence nous pouvons dire que cet objet-soi gémellaire se construit (paysage intérieur) en lien avec l'harmonie ou la cacophonie de l'environnement et passe par la question de considérer l'autre fait de la même pâte humaine que moi et pour pouvoir être là en ayant le sentiment d'exister.

12. La notion de prisme

La démence impose une démarche de *retour sur soi*, ne serait-ce qu'en raison du risque de répétition ou même de chronicisation, voire de fixation dans une certaine stéréotypie. Cela est vrai pour les individus et également pour une institution : pour comprendre ce qui se passe au présent, il est nécessaire d'interroger le passé. Cette expérience (à travers la mise en place des groupes à visée psychothérapeutique) est difficile, car elle est chargée d'affects et de significations inconscientes (zones d'ombres), ce qui donne lieu à la fois à

une certaine complémentarité (en terme de réaménagement de l'investissement des patients dans leur lieu de vie) et aussi à des contradictions, du fait des liens de recouvrement partiel entre le temps de vie et le temps de psychothérapie, entre les personnes engagés du côté de la réalité et ceux immergés dans la vie psychique, le monde interne et la régression des patients. L'organisation du fonctionnement de l'hôpital de jour par exemple doit traiter les différents espaces de complémentarité et de contradiction (place du somatique, du psychique, projet dominé à certains moments par différents objectifs) auxquels s'ajoute la réalité du « retour à domicile » et des liens avec la famille du patient (famille/patient/soignants). Le cadre institution et le cadre de la psychothérapie individuelle ou en groupe, constituent des lieux contenant. Mais l'accueil et le soin de sujets diagnostiqués déments produisent un état critique ou crise autant sur le plan narcissique que sur le plan identificatoire, qui interroge à nouveau le stade du miroir et peut-être un nouveau rapport *aux miroirs*.

Ces quelques rappels marquent les aspects de complémentarité et de contradictions dans le mouvement même que *réverbère* la démence sur les différents intervenants, sur son environnement. Il s'agit aussi de délimiter la part de la psychothérapie dans un lieu de vie pour le service de long séjour et en particulier pour les unités de vie nommées « cantou ». En ce sens, la complémentarité des différents espaces ouvre sur un espace intermédiaire, une zone transitionnelle, où le patient peut expérimenter sans se sentir menacé (sentiment d'étrangeté), sans se sentir en danger (image du corps et image de soi modifiée), les différentes perceptions, découvertes, monde interne et monde externe.

Dans ce mouvement même, le travail psychothérapeutique avec le sujet dément, est une entreprise qui sollicite beaucoup les capacités à supporter les identifications (identification projective) comme autant de « projectiles » comparables aux éléments bêta décrits par W. R Bion. La théorie de cet auteur, part de la description de la relation mère-enfant et peut être facilement transposée, métaphoriquement, à ce qui est en jeu dans la relation du dément avec son psychothérapeute. Cet auteur distingue trois temps dans ce travail psychothérapeutique pour comprendre comment le patient s'étaye sur le soin.

- Par analogie avec ce mouvement psychique, avec ces différentes séquences, ou phases, j'ai décrit, sous forme de *prisme*, les *différents éléments* qui sont présents dans le travail psychique entre plusieurs sujets. *PRISME* : *décomposition* des différents éléments, *apparition* des différents éléments : *écho/réverbération* renvoi en terme symbolique, ordonné, agencé (schéma en annexes).
- Au premier temps correspond le *prisme-projection* (d'éléments bêta) du sujet vers le groupe de façon relativement indifférenciée.
- Au second temps correspond ce que j'ai nommé le *prisme -réfracteur* qui associe les éléments alpha et bêta de la relation du groupe/individu vers le psychothérapeute.
- Au troisième temps, le *prisme-métabolisateur* restitue au sujet les éléments alpha, c'est-à-dire des éléments bêta qui accèdent au statut d'élément alpha. C'est dans ce mouvement transférentiel que le patient peut s'appuyer, identificatoirement, sur le psychisme de son psychothérapeute.

Il s'agit au fond d'un *mouvement en spirale* amorcé par le rapport aux objets médiateurs, repris sous forme d'une interprétation-explication dans le registre du système perception-conscience puis en étayage sur les autres, le groupe, la prise en compte des mouvements associatifs dans le but de relance du système préconscient. Ce mouvement dans la continuité entre *la perception externe et la perception interne* via l'autre permet une circulation (bobine de groupe comme relance de la bobine individuelle) entre les systèmes. C'est proche ici de ce que S. Freud a décrit dans la métaphore du « bloc magique » et du système perception conscience dans la première topique.

12.1 Prisme projectif-diffuseur

Ce niveau correspond au premier temps selon la conception de W.R. Bion, et le psychothérapeute est la cible de projections d'éléments béta, d'affects étranges qui dans mon idée du prisme correspondent aux projections de l'individu sur l'ensemble du groupe. Ce niveau sollicite beaucoup la fonction de pare-excitation pour ne pas être tenté de répondre « au pied de la lettre ». Il s'agit au contraire de garder en soi ces éléments « bizarres » dont parle W. R. Bion, et la réussite de ce temps de contention permet de passer au second niveau.

12.2 Prisme réfracteur

L'association de mots/d'images entre réfracteur et réfractaire appelle à une reprise des définitions. Le dictionnaire Petit Robert (1988) précise que « réfractaire » signifie « qui résiste à, qui refuse de se soumettre, ou d'une maladie réfractaire c'est-à-dire qui ne réagit pas aux traitements essayés ». Le terme « réfracteur » est défini comme « un appareil réfracteur c'est-à-dire qui sert à réfracter la lumière » précédé du verbe « réfracter » qui indique l'idée de « faire dévier (un rayon lumineux ou une onde électromagnétique invisible) par le phénomène de la réfraction c'est-à-dire une déviation qui franchit la surface de séparation de deux milieux, dans lesquels les vitesses de propagation sont différentes, le rayon réfracté restant dans le plan formé par le rayon incident et la normale à la surface de séparation ». C'est un prisme éblouissement/disparition (blocage dans un système défensif) qui dans le temps groupal supérieur au temps individuel peut représenter un point de bascule et une porte ouverte sur une reprise du matériel. L'idée globale, par analogie, est de dévier, à la manière d'un rayon lumineux, par le phénomène de la réfraction, ces éléments contenus du groupe vers le psychothérapeute. Ce second temps (W.R. Bion) correspond à un travail d'élaboration psychique pour réorganiser le matériel, lui redonner des bonnes formes en travaillant sur ce qui est éprouvé et représenté.

12.3 Prisme métabolisateur

L'idée de l'utilisation du prisme métabolisateur est comparable au troisième temps dont parle W.R. Bion en terme de restitution. Les différents éléments, les différents matériels apportés dans le groupe, sont transformés en éléments alpha grâce à l'appareil psychique

du psychothérapeute qui a servi d'«appareil à penser les pensées». La distinction Moi / non-Moi, le dedans / dehors, l'objet soi, sont à nouveau plus disponibles pour représenter les conditions d'un travail plus inscrit dans le symbolique.

L'articulation entre la *notion de prisme* et celle de *bobine de groupe* correspond au rapport entretenu entre le contenant et le contenu, dans la théorie de W.R. Bion

qui met en évidence le caractère dynamique de l'interaction et du pouvoir de transformation du contenant comme du contenu. La bobine de groupe correspond ici à l'idée du processus tel qu'il se déroule dans le travail de groupe. Cette théorie du contenant/contenu peut-être complétée par d'autres théories.

Le *prisme* rend compte du travail de *décomposition* des éléments entre-eux. Le travail de transformation est le résultat du travail de reconstitution des liens et des articulations avec des éléments vrais mais épars. Ces éléments, non-symbolisés, ont entraîné un blocage (arrêt sur image) du travail psychique. Se détruire/se reconstruire métaphorise les enjeux du travail auquel est confronté le patient dément. La perte de mémoire est également une autre branche de ce prisme. Le prisme montre la désintrication voire la désintégration « radio-active », par la dérive des éléments, qui viendrait dater l'installation du miroir...

Ces différents types de prismes correspondent à une *imbrication* de différents éléments qui constituent l'environnement du patient pendant la séance. Ces éléments sont constitués des *objets médiateurs* (aire perceptive externe), d'un *objet malléable* (les co-animateurs), le *climat* de la séance, et du *groupe* comme autre médium. Ce nouvel environnement est là pour aider à un effort de relance des productions de pensées pour lutter contre les trous de penser (G. Le Gouès).

Au plan technique la *concentration* extrême ainsi que les *inattendus* sont toujours au RDV de la séance, ce qui demande à la fois d'inventer autre chose avec l'évolution des troubles du langage verbal et aussi de rester capable de dire ce que je ressens en permanence dans le travail de groupe pour pouvoir aussi continuer de penser. Le fait de pouvoir exprimer ses propres ressentis nous met sur la voie de l'émotion, de l'étonnement, des sensations invitant chacun à en percevoir les effets.

13. De la bobine de groupe à la bobine individuelle

Pour moi, il s'agit essentiellement d'un *courant d'énergie* (l'investissement du thérapeute anticipe sur le ré-investissement du patient) qui permet de nommer des affects et de les restituer dans un cadre de signification. Ce courant d'énergie est essentiel dans l'engagement psychothérapeutique auprès des sujets âgés déments et les métaphores de la bobine sont là pour parler de ce lien entre énergie et travail de création de lien et de penser.

Le passage par le groupe (*bobine de groupe*) a représenté un *effet loupe*, un *prisme* qui met en évidence les réponses de manière décomposée (image d'un *échafaudage*) correspondant au temps des différents miroirs de la vie. Ce retour vers la situation

groupale correspond à l'idée du retour au *premier modèle de la relation (intériorisée) avec l'autre* et en lien avec la maturation du Moi, la nature de l'angoisse et le mode de relation à l'objet. L'idée de groupe comme effet loupe renvoie à l'idée d'une dynamique des déterminants (comme support projectif faisant apparaître les signes de l'angoisse ?) créant ainsi des zones d'ombre et de lumière. La perte d'objet, dans la démence, en appelle à un appui sur du solide, sur les modalités de présence, dans l'actuel et sur l'appui du moi-auxiliaire que représente le thérapeute. La démence « nécessite » une construction/reconstruction permanente du lien, ce qui met en relief l'idée que la *relation avec l'autre* comme *modèle intériorisé* est mal raccordée, car insuffisamment intériorisée.

13.1 Groupe/objet soi, comme fonction alpha

Le groupe comme objet/soi a une fonction magnétique du fait d'un certain rapport indifférencié entre l'individu et le groupe dans la démence. Cette capacité du groupe est très importante pour les sujets déments qui ont des difficultés dans leur sentiment d'intériorité. La participation affective dans les échanges en groupe améliore en quelque sorte la relation au miroir au sens où l'image de soi est rendue plus positive par la présence des autres comme soutien. En ce sens le cadre du groupe joue le même rôle que celui joué par le Moi-peau dans une fonction de maintenance groupale. Le rôle de conteneur correspond à ce que R. Kaës désigne comme «exercice de la fonction alpha qui élabore, transforme et restitue à l'intéressé ses sensations-images-affects rendues représentables».

Le groupe objet/soi permet de retravailler le décalage entre l'image du corps et l'image extérieure de ce corps. Le passage de l'auto-massage dans le groupe esthétique au dessin du visage sur une feuille permet de parler de ces écarts entre l'image du corps, l'image de soi et le schéma corporel renvoyant à une défaillance narcissique. Les difficultés d'exécution du dessin pour certains sont minorées par l'aide proposée en nommant les éléments qui composent le visage. Le dessin s'organise et les mots reprennent formes et petit à petit c'est comme si l'intérieur pouvait s'éclairer montrant ainsi toute sa richesse et sa consistance plutôt que le vide auquel on pense habituellement. L'idée d'une bobine c'est aussi l'idée d'un changement de vectorisation qui permet de refléter la richesse individuelle née de la «capacité de rêverie» et du rapport étroit avec le groupe vécu comme giron maternel. Ce changement de vectorisation montre que quelque chose se met à bouger de l'intériorité vers l'extériorité.

13.2 Bobine comme principe de liaison des pulsions- vectorise l'énergie

Le travail d'investissement clinique vise à *mobiliser le psychisme* du patient. Nous sommes confrontés à la fois aux éléments bruts, observés dans les rencontres et avec la question d'une *transformabilité* (création d'un nouvel environnement), productions comme support et comme étayage au travail psychique et à l'investissement mobilisé dans la relation. Le fait de « mettre la main à la pâte » facilite la mise en dépôt commun d'un imaginaire à remobiliser. L'image est celle d'un *re capitonnage*, d'un maillage qui

constitue le travail d'accompagnement dans la durée et qui relance l'idée d'une symbolisation par le *plaisir* éprouvé. Ce travail de tissage aide à établir des ponts entre le *vécu* et la *chaîne de représentation* qui serait la base du travail thérapeutique. J'ai éprouvé le besoin de médiations pour permettre au patient d'expérimenter une relation intersubjective, un jeu relationnel et découvrir avec le patient quelque chose de nouveau. Ce dispositif est créé pour que *quelque chose de nouveau existe* c'est-à-dire permettre une création, un «trouvé-crée» à l'intérieur de cette rencontre.

Peut-on symboliser autrement que par la parole ? L'expérience des groupes thérapeutiques montre que la création est un *point de passage* qui part des *éléments bruts* (peinture, modelage) vers la *transformation en objet de relation*. Le travail de création est avant tout un travail de *création de liens* (qui passe par la confiance et le plaisir partagé) qui consiste à amener le patient à pouvoir entrer dans le jeu (à tour de rôle). Le monde des objets passe par le monde de l'affect, du percept qui regardent en direction de l'identité. La représentation du principe d'identité est recrée dans le groupe au sens d'une représentation donnée ; par exemple une photo est une photo. Mais le soignant est souvent amené à prêter ses mots, mettre en mots les processus de symbolisation pour le sujet (à sa place) ce qui a été mis dans l'objet (une photo représente autre chose qu'une photo). L'expérience de la *chaise vide* est par contre, à mon sens, un exemple de passage de la représentation à la symbolisation puisque *l'objet absent* est perçu, *convoqué dans le présent* et mis en mots (nommé) par les patients dans le dispositif. Ce travail dedans/dehors qui fonde l'absence n'est cependant pas reproductible comme expérience dans le groupe avec des sujets déments.

Cela fait aussi retour à la *problématique individuelle* à plusieurs titres. D'abord l'évolution de la maladie reste individuelle, la relation s'engage sur un mode individuel qui rappelle la dualité primaire et le travail de création et d'associations reste aussi individuel. Cette question est relancée par le *détruit/troué* (hypothèse) sur le mode d'approche du trouvé/crée winnicottien. L'apport des médiations est un apport extérieur, présenté du dehors alors que le trouvé/crée transitionnel suppose une création personnelle en tant qu'appropriation, introjection de l'objet créé. Ce travail reste une *appropriation individuelle* même si l'étayage du travail psychique avec le sujet dément passe par un *récitant*. Si cet apport reste au niveau de l'offre de rencontre, il y a représentation possible d'identification des objets médiateurs présentés mais il n'y a pas de *création de quelque chose de nouveau* et le travail de symbolisation possible reste gelé. C'est ce que l'on retrouve dans les lieux de vie par exemple car il y a tentation de concrétiser, simplifier, réduire les phénomènes observés ce qui conduit à une généralisation de ces phénomènes et de dénier les besoins individuels. Le nounours, l'objet en peluche, une poupée est *chosifié* au lieu de redevenir un objet transitionnel *recrée* par la personne.

14. Démence de défense

Le travail de suivi psychothérapeutique en individuel ou en situation de groupe, auprès de sujets âgés déments, a interrogé, dans mon positionnement, le *voyage de retour* que

nous communiquent certains sujets. Ce voyage de retour semble être le point de continuité entre vieillissement et démence, car l'appel aux parents de l'enfance du sujet âgé est une observation fréquente. Dans ma pratique auprès de sujets âgés déments, la question du double et de l'identité spéculaire, est devenue une question essentielle de mes hypothèses de travail. Les différents temps d'observation des miroirs renvoient en *écho* l'importance du positionnement et de la place de chacun dans la constellation familiale.

14.1 Double interne comme conception de Soi

La question du double et de l'identité spéculaire s'inscrit dans le rapport *aux miroirs*, non pas considéré comme un stade à un moment donné de l'évolution de l'enfant, mais plus précisément comme *stratification* des éléments de la personnalité d'un individu, et en particulier comme différents moments d'intégration des miroirs qui se rejouent aux différentes crises que rencontrent le sujet dans son histoire de vie.

Cet état de figuration de la stratification du (des) miroir(s) (échafaudage) se retrouve, dans la démence, dans les différents moments de fausse reconnaissance, dans le phénomène connu du « compagnon imaginaire », dans le phénomène d'hallucination lié aux états de confusion, et dans les expériences d'inquiétante étrangeté que l'on rencontre dans les groupes avec la perception de l'autre comme retour de quelque chose de familier. Nous pouvons citer également, comme exemple général, toutes les situations de réponse dites en miroir chez les soignants. Par extension, nous pouvons dire que le mauvais raccordage entre la perception et la représentation dans la douleur serait en correspondance avec un double de Soi insuffisamment constitué : une mauvaise réverbération, un mauvais reflet. En somme, c'est comme si l'éprouvé corporel tenait lieu de représentant du double interne là où la mise en sens s'est révélée insuffisante.

Dans la démence, ce phénomène révèle une identité précaire, vacillante, fluctuante, et dont l'ampleur de l'effet d'effondrement est marqué par la perte de la mémoire comme équivalent de la perte de Soi : « si je perds la mémoire, je me perds » (A. Sagne, 1996). En *écho familial*, nous retrouvons cette idée de perte de l'autre et de perte de Soi dans les groupes de soutien aux familles qui fonctionnent dans le cadre hospitalier. L'équation transgénérationnelle pourrait se formuler ainsi : « si je perds ma mère, je me perds », c'est-à-dire que, par projection, je me comporte vis-à-vis de l'autre comme si c'était une partie du Moi. La fonction symbolique étant ici complètement absente.

De façon plus générale, c'est-à-dire pour tout un chacun, la question du double est un organisateur de la psyché pour se défendre contre la perte de la fusion originelle. Selon F. Dolto, la formation du double est antérieure au langage verbal et s'origine dans la relation au placenta. C'est une production du narcissisme primaire et le reflet de l'image du corps, est comme tel, également inconscient.

La formation du double s'effectue à partir des sensations corporelles et par les apports des différentes perceptions. C'est cette notion de « Moi corporel » freudien qui procure un sentiment de continuité interne et de cohésion. Nous connaissons aujourd'hui l'importance de ce phénomène grâce à la théorisation du «Moi-peau» de D. Anzieu (1985)

concernant le rôle des enveloppes psychiques dans la structuration de l'individu. Dans la réalité, comme le souligne ce même auteur, il est important que la mère, ou son substitut, soit le miroir parlant de l'enfant.

C'est grâce à ce miroir parlant que l'enfant peut accéder à une auto-représentation de soi, c'est-à-dire à un rapport de soi à soi-même. Cette relation de base à soi-même est particulièrement sollicitée dans le travail du vieillir. C'est un système d'accordage entre l'affect et la représentation, et il me semble particulièrement défaillant dans la démence (délaision). Je pense que la personne démente ne perçoit plus cette convergence possible entre l'affect et la représentation, et c'est ce qui colore la relation psychothérapeutique en cherchant à utiliser l'autre pour vivre quelque chose du dedans qu'il ne peut plus vivre. Nous sommes proches, semble-t-il, du mécanisme d'identification projective. D'une manière plus générale, ma rencontre avec ce type de patients a mobilisé très tôt, chez moi, une interrogation sur l'identification en terme d'incapacité à se mettre à la place de l'autre et, faute de signifiant, je vais prendre au pied de la lettre ce que je perçois. Le processus d'identification symbolique à l'autre étant alors empêché par l'affect lui-même, procurant ainsi un trouble, une confusion avec la perte de la maîtrise d'une situation symbolique (d'abord *Nommer les choses* pour ensuite pouvoir les symboliser).

Le passage entre le singulier et le collectif peut donc s'élaborer comme un *ascenseur perpétuel* (cf. chapitre 9), une *bobine temporelle*, un langage permettant de symboliser les émotions, les affects. Ce passage du singulier au groupal est une façon de mettre en place des moyens de lutte contre le démembrement de l'affect dans la relation au dément. Ce travail de positionnement méthodologique est une défense contre l'attaque du lien (W. R. Bion, 1967).

Le rapport *aux miroirs* est un axe central dans le travail de théorisation de la pratique clinique auprès de sujets âgés déments. La notion de miroir est ici mise au pluriel pour bien indiquer les différents axes (stratification, échafaudage) qui demeurent actifs tout au long de l'existence et qui structurent l'être humain. Au-delà même de la notion de stade du miroir, selon J. Lacan (1966), l'expérience du miroir souligne l'importance de l'interaction entre les personnes ; le rapport au double est aussi en articulation constante avec le rapport mère-enfant comme premier double révélé par le père ou le groupe familial, il est également en lien avec la constitution de l'image du semblable qui est le miroir de l'autre.

La clinique de la démence comme psychopathologie de la régression interroge cette question du rapport aux différents niveaux de stratifications du miroir. Le rapport au miroir chez l'enfant a été analysé par S. Freud (1923) sous la forme du « jeu de la bobine » qui figure les questions essentielles de disparition et d'apparition, ou de présence et d'absence. Dans l'Esquisse (1895), l'analyse de S. Freud peut s'appliquer à ce rapport au miroir, et au rapport à soi : «Supposons que l'objet livré par le sujet soit identique au sujet, son semblable [...] un tel objet constitue simultanément le premier objet de satisfaction, le premier objet hostile, et aussi la seule puissance secourable. C'est pour cette raison que l'homme apprend à connaître à partir de son semblable humain.» Sous un autre angle, il s'agit de la question de la place que chacun trouve en même temps qu'il l'a créée dans son rapport à soi et aux autres. L'idée de stratification souligne la notion d'une temporalité et aussi l'idée d'un emboîtement, d'une construction (marquée par le passage de la perception à la représentation) en vue d'un travail d'intériorisation.

La pratique auprès de sujets âgés déments nous interroge sur le sens et la fonction du rapport *aux miroirs* tout au long de la vie du point de vue dynamique. La représentation de soi se trouve au carrefour d'un éprouvé narcissique et de la vie relationnelle. Le rapport *aux miroirs* est premier et primordial, au sens où il organise notre relation à autrui et, dans le même mouvement, notre individuation. L'observation du jeu de la bobine décrit et analysé par S. Freud montre la capacité de l'enfant (18 mois) de créer un jeu reliant la présence et l'absence de la mère à la mise en mots, à l'expression verbale. Cette entrée dans la fonction symbolique se fait grâce à la pensée et au langage. Ce jeu de la bobine concerne le jeu de l'enfant (neveu de S. Freud) inventé au moment du départ de sa mère. Il consiste à lancer une bobine en bois, rattachée par un fil, au-delà de son lit qui tient lieu d'écran. La disparition de la bobine est accompagnée par un « o-o-o » (Fort : parti) et la ré-apparition d'un « a-a-a » (Da : là, voilà). La bobine de fil ne représente pas la mère mais son absence, la possibilité de penser son absence.

Ce jeu suscite la question de la perte et de la retrouvaille avec l'autre, mais aussi avec soi-même. D'une manière plus générale, ce sont tous les jeux (se cacher les yeux, construction des cubes, jeter et ramasser un jouet) qui répètent la perte et la présence de l'objet ; ces jeux sont autant de miroirs possible pour acquérir la « capacité d'être seul en présence de l'autre » (présence d'un observateur pendant le jeu) et la possibilité de se représenter l'absence et l'absent.

L'angoisse de perte liée à ce moment organisateur permet à l'enfant de réaliser que le même objet est source de plaisir, mais aussi de déplaisir. En se confrontant à l'absence, les rapports aux différents miroirs vont être régis par l'amour et la haine ainsi que par l'acceptation ou le rejet de cette représentation d'absence.

La capacité de se voir, se sentir, s'entendre, et de se penser, c'est-à-dire aussi dans la vieillesse, de se transmettre (niveau narcissique de positionnement), dépend de la façon dont le miroir parlant a pu « être là ou pas là ». C'est ce qui correspond à l'idée de *détruit/troué* (cf. *mon hypothèse*) sur le mode winnicottien du trouvé/créé repris par R. Roussillon (1985) qui développe le concept de destructivité, en terme de détruit/troué.

Cette notion de double, liée dans la psychanalyse au mythe de Narcisse, relance dans la clinique de la démence la question de l'évolution de cette image spéculaire avec la structuration du sujet. Le double peut être entendu comme processus de duplication avec ses aspects identificatoires dont rend compte le travail de J. Lacan (1966), comme un stade dans le développement psychogénétique de l'enfant, sans prendre toute la mesure des conséquences des relations entre le sujet et son double. La fonction du double renvoie à la notion de double narcissique, et également avec la question du travail de la perte et du deuil. La question a déjà été fréquemment mise en évidence dans le rapport avec l'acte de création et les capacités de travailler l'absence (cf. chapitre 9).

14.2 Le Soi comme continuum de l'identité

La démence interroge sur la question identitaire dont rendent compte les différents troubles spéculaires et oblige à une mise en question de la reconnaissance de soi et de l'autre. Nous soulignons encore une fois cette dimension interactive, inter-relationnelle,

mise en évidence par les travaux issus de la pratique psychothérapeutique.

Dans le rapport *aux miroirs*, miroir plan ou miroir dans le regard de l'autre, la crise du vieillissement a pour conséquence, entre autres, de provoquer un appel à l'autre « là ou pas là ». Cela rejoint la définition même de S. Freud (1921) de l'identification comme « expression première d'un lien affectif à une autre personne », qui suit un chemin de retour dans le travail de vieillir et dans la démence en particulier. Ce chemin de retour, à proximité de la fin de vie, se présente aussi comme l'expérience de l'impossible permanence de son identité construite au fil des deuils et des identifications successives. Les réactions de l'environnement se présentent alors comme la répétition de différents modes de fonctionnement psychique. Le sujet dément, dans sa difficulté de raccordage entre le passé et le présent, témoigne de sa souffrance par ses conduites autant que par sa parole. Il *délègue* à l'autre, en quelque sorte, ce travail de raccordage qui ne manque pas de toucher l'autre, en le confrontant à ses propres deuils, à sa solitude et à l'angoisse de castration. C. Herfray (1996) nomme ce retour sur soi, « le retour du refoulé », où « la recherche d'une jouissance perdue envahit le psychisme des vieux, sur le mode de l'infans qu'ils étaient [...] le retour du refoulé implique le retour des passions sous tendues par les souvenirs inconscients dont nous sommes habités ».

La position de régression du sujet âgé dément coïncide avec la recherche d'une réparation narcissique. Dans ce sens, l'apparition du « compagnon tardif », selon J.M. Léger (1991), recouvre une position archaïque avec la « constitution d'une relation à un objet de plus en plus narcissique ».

Le sentiment d'incomplétude, voire le sentiment de destruction, renvoie à une blessure narcissique, ce qui ne peut manquer de raviver les deuils antérieurs sous l'angle de la répétition. Le travail de deuil en ce sens est toujours répétition, car c'est un processus qui parcourt toute notre existence. C'est une répétition également au sens où le deuil n'est pas seulement lié à la mort, mais aussi à toute perte ; dans la définition donnée par S. Freud en 1915, c'est bien la question de la perte, de l'intégration de la perte dans le travail de deuil qui est essentielle : « Le deuil est la réaction habituelle à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, un idéal, la liberté, etc. ». Le deuil représente également un des prototypes du traumatisme psychique. (M.F. Bacqué, M.S. Hanus, 2001).

Le temps de passage, nommé « crise de la vieillesse », comme stade, comporte inévitablement des remaniements identificatoires expliqués par la détérioration inéluctable des capacités de l'individu. Il ne s'agit pas de la vieillesse comme stade, mais plutôt de vieillissement comme processus qui nécessite la prise en compte des pertes et des deuils antérieurs.

La reconnaissance de soi passe par le regard de l'autre et cela signifie toute l'importance de l'identification pour la construction psychique. Ce processus d'identification, comme processus d'individualisation se construit tout au long de la vie, au sens où il n'est pas donné en soi d'emblée, mais sans cesse à construire, pose question dans l'abord psychothérapeutique du sujet âgé dément. Cette question rejoint la clinique psychopathologique générale de la personne âgée, que traite C. Balier (1979) par exemple, en portant sa réflexion sur le narcissisme. Dans cet axe, la question de la

solitude est une question centrale que D.W. Winnicott (1958) a nommé «la capacité d'être seul». Ce processus d'identification, à partir de l'image spéculaire, a pu subir des blocages, des carences, entraînant une fragilité, ou plutôt un mauvais raccordage, entre l'image (ce qui est donné à voir) et l'énoncé (ce qui est donné à entendre) prononcé par quelqu'un sur un autre, que le sujet va ensuite s'approprier ou non.

Nous nous référons ici essentiellement au concept de soi individuel tiré du modèle de L'Ecuyer (1975) qui rend compte d'une organisation du soi multidimensionnelle. Sa méthode consiste à demander au répondant de se décrire tel qu'il se perçoit, de façon auto-évaluative et auto-informative. Cet auteur définit le soi comme se référant à l'ensemble des perceptions que l'individu entretient avec lui-même et dont il est conscient.

14.3 Le Moi sans le Soi : un miroir démentifiant

Dans ce chapitre, l'idée de miroir démentifiant est avancée pour approcher la fonction *médiatrice* du miroir. En ce sens, l'échec de cette médiation produirait une véritable auto-destruction ; la démence de défense serait en quelque sorte un ultime bouclier contre la mort psychique.

J. Messy (1985) fait le lien entre le vieillissement et l'image de soi. Cet auteur parle de «miroir brisé» pour mettre en évidence les images négatives perçues à partir du rapport au miroir. Cette notion de «miroir brisé» serait-elle à l'image de la pensée brisée, pensée démantelée dans la démence ?

Sur un autre plan, la notion de «miroir effacement» nous est apportée par J. Maisondieu (1994) dans ses différents écrits sur la démence. En particulier, lorsqu'il nous montre que le dément se comporte «comme un mort vivant» et qui «s'exclut du réseau symbolique» Cette idée de « miroir effacement » correspond au trajet inverse d'un miroir développement observé chez l'enfant.

Ces deux auteurs font référence, implicitement, au «stade du miroir» (J. Lacan, 1966) qui établit «le rapport fondamentalement narcissique du Sujet à son moi». Ils soulignent, également, le rapport projectif entre la personne âgée et son interlocuteur, en mettant l'accent sur la nécessité d'interroger notre propre vieillissement, notre attitude face au vieillissement des autres, et sur la nécessité d'interroger nos propres réactions contre-transférentielles. Cette approche du vieillissement nous confronte à la *perception* et à la *projection*, un jeu de miroirs, qui renvoie à un regard porté sur soi-même (le soi, le même ?). Jeu de miroirs, au pluriel, qui renvoie également à la peur du négatif, du vide, de la mort, et du refus de s'identifier au sujet âgé dément qui « réverbère » notre propre haine destructrice, héritée de la pulsion de mort qui teinte la relation d'agressivité. Ce retour aux sources, à l'originaire projeté par le sujet âgé et perçu par nous, nous montre une certaine destruction du Moi et dénonce en quelque sorte la possibilité de faire de la prévention des « mauvais » vieillissements.

Nous pouvons oser la comparaison entre le soi et le moi avec l'ADN et l'ARN qui se dédouble et donne une image. L'image de «l'anté-miroir» correspondrait à l'échec de la représentation de soi, par absence d'une copie de soi en terme de représentation du fait de la perte de sens de l'expérience qui n'a pas pu s'intégrer, qui n'a pas pu se saisir.

14.4 Miroir démentifiant : *l'anté-miroir* ?

En travaillant sur la distance, sur le miroir et sur la peinture de son paysage intérieur, nous travaillons sur l'ombre du corps c'est-à-dire sur une projection de ce corps en dessinant les contours au préalable. Cette ombre est constituée de mémoires et d'affects et forme l'image de ce corps. Cette ombre véhicule l'identité de soi, l'image du corps aussi bien dans le groupe peinture que dans le groupe corps et esthétique pour reprendre sous la forme d'empreintes permettant une expérience de va et vient entre une activité centrée sur le tactile et un autre temps centré sur l'image d'ombre (cf. chapitre 9).

L'hypothèse de travail d'une *démence de défense* que l'on rencontre à nouveau dans les situations de fin de vie, d'accompagnement d'un travail psychique en référence à la notion d'objet clé (De M'Uzan, 1976), est une façon de montrer ce qui n'a pu être nommé de l'histoire intersubjective. Les différents rapports aux miroirs correspondent à ces interactions comportementales et aussi fantasmatiques et se construisent à la manière d'un échafaudage. La théorisation de l'étaillage par la mère, par le groupe donne également un rôle privilégié aux anticipations et à sa capacité de pare-excitation. Il y a là un lien avec la théorisation des contenants de pensée.

L'*Anté-miroir* serait-il l'équivalent (en terme d'image du corps) de la «pensée post-figurative» développée par G. Le Gouès et M. Perruchon, par rapport à la perte de la représentation ? S'agit-il d'une image du corps perdue/retrouvée qui revient grâce au travail de réintégration de l'image de soi dans le moi ? Est-ce une manière d'essayer de s'adapter à la réalité actuelle des trous de la pensée ?

L'anté-miroir nous évoque encore la tentative de renouer avec le support de la mémoire affective familiale et se présente-t-il comme l'étape nécessaire à la mise en forme des données sur soi ?

Nous pouvons nous figurer ce premier miroir comme le temps de passage de la fonction copie, imitation/perception à la représentation de soi-même qui définit un rôle et une place. Le parcours des groupes permet de travailler sur le modèle de la copie, de la trace perceptive et de le représenter grâce au plaisir échangé dans la rencontre. Le travail du groupe relance la question identitaire car le sujet peut se créer dans ses relations intersubjectives et par l'expérimentation grâce aux médiations. La fonction réflexive des différents miroirs proposés dans les groupes permet de se remettre en scène soi-même en présence des autres. L'autre me montre ce que je peux ou ne peux pas voir de moi grâce à des indices perceptifs.

Le groupe offre un cadre au travail du miroir avec les sujets déments. Il permet de redonner un contenu à l'enveloppe corporelle puis psychique. Il permet de sortir de l'ombre (n'être que l'ombre de soi-même) à l'image d'un patient qui me disait : «je m'appelle personne» et qui a pu se regarder à nouveau dans le miroir en compagnie d'un autre.

15. Considérations d'après-coup : les apports et les excès de ces apports

Le retournement de la perspective, après mon travail de D.E.A. (1996), a permis un travail de distance vis-à-vis de la position « militante » institutionnelle, et s'est trouvé inscrit dans le projet de cette thèse : « Il s'agit bien d'essayer de montrer que la démence peut enrichir la question du groupe comme objet de liens et, d'un point de vue métapsychologique, de re questionner la question des lieux psychiques pour penser des liens possibles entre l'organisation pathologique du manque à se représenter l'absence et les fonctions auxquelles les raccorder ».

Le terme de militance reflétait bien cette difficulté de différencier et d'articuler une position psychothérapique dans un cadre institutionnel, qui se positionne comme lieu de vie. Ma propre conduite « militante » dans l'institution signifiait, alors, mon engagement pour essayer de trouver des réponses, un sens, et de proposer un travail de prise en compte de la souffrance psychique. Le passage d'une modalité individuelle à une modalité groupale de soin psychothérapique rend compte de l'ordre d'exposition de ce cheminement. Cela signifie aussi le sens de ce travail « du groupal vers l'individuel » auquel nous incite le sujet dément par son *inquiétante familiarité*.

Le lien démence/institution se présente comme un rituel mort/naissance que viendraient signifier les ruptures et les séparations réelles. Le travail de séparation psychique, dans le sens de l'acceptation des changements, est laissé pour compte et vient faire écho à ce certains nomment un deuil dit « anticipé ». Dans une institution qui prend en charge les patients diagnostiqués déments, la relation soignant-soigné est différente des autres services de soins. Cette spécificité est liée entre autres, à mon sens, avec la perception d'un sujet qui perd son appareil à penser qui fait de lui un être humain unique. Comment est-il alors possible de comprendre la déconstruction de la vie psychique ? Comment s'identifier à cette femme qui, en présence de ses trois filles, jurait à la soignante à côté d'elle, qu'elle n'avait jamais mis au monde un enfant ? Cette identification impossible, cette terreur d'une identification possible, s'inscrit dans la *négation* même de l'intersubjectivité. Le passage par le groupe représente alors une voie intermédiaire, une transition qui relance l'activité de penser.

En interrogeant la question de l'identité et celle de l'identification, nous pouvons réintroduire la place du sujet occulté du fait de la démence.

Les domaines frontières entre les approches psychopathologiques et neuropsychologiques n'ont pas encore suffisamment exploré les différentes mises en tension de ces deux champs pour une meilleure cohérence. Là encore, il existe un problème de *raccordage* entre les différentes approches, en *écho* à ce que vit le patient. Depuis quelques années, les différents travaux remettent en cause l'idée (fausse) que tous les patients déments seraient peu ou prou anosognosiques ; cela correspond aussi à une forme de méconnaissance de la façon dont le sujet est susceptible de comprendre et

d'interpréter ses troubles et de leur donner une signification. Nous avons à prendre conscience individuellement et en groupe à la force du déni. Le patient « sait », sans le savoir, et l'exprime par différentes conduites. Une cohérence (et non une co-errance) d'approche des différentes disciplines concernées permettrait que se réduise l'écart entre la connaissance de la maladie et celle du patient et de sa famille.

La pratique en psychogérontologie clinique est centrée sur les questions de l'identité de soi en terme de couple d'opposés : permanence/changement. Comment accepter de changer tout en restant soi-même ? La crise de la vieillesse est une remise en question, un remaniement de la possibilité pour le sujet de se nommer, de se transmettre en se référant à cette image, en intégrant cet énoncé premier puis repris à son compte et articulé à son image. L'échec de ce travail de transmission de soi entraîne le sujet dans la démence de défense. L'importance de ce processus identificatoire, à travers le rapport *aux miroirs*, correspond à la place

comme maillon d'une chaîne nécessaire à la transmission de la génération et du lien de filiation.

Du point de vue d'une compréhension psychopathologique de la démence de type Alzheimer, les différents auteurs ont exploré la dynamique d'un sens possible conscients de l'existence de déficits cognitifs. La question de la non-conscience des troubles (anosognosie) et le déni des troubles (défense « adaptative » contre la dépression) continuent d'alimenter le débat sur l'articulation, nécessaire à mon sens, entre une approche neurobiologique et une approche psychodynamique. A titre d'exemple, les facteurs cognitifs n'expliquent pas pourquoi une anosognosie sévère peut être constatée chez certains patients présentant une démence légère, alors qu'une conscience conservée existe chez des patients ayant une démence à un stade avancé. Les mécanismes psychologiques n'expliquent pas les relations entre la maladie neurologique et les syndromes d'anosognosie. Cette approche psychodynamique, révélatrice d'une dynamique subjective et intersubjective, éclaire la dimension affective, adoptée également, spontanément par les soignants. Mais la réalité de l'aggravation des troubles, de façon progressive, malgré le constat de la persistance d'une vie psychique, maintient la question de la complexité de cette pathologie. Il existe donc de multiples niveaux de description et de compréhension de cette complexité, qui nécessite une *articulation et un travail de ré-intégration* entre l'approche de type neurobiologique et l'approche psychopathologique ; ces deux regards se placent en situation de *miroir* vis-à-vis de la démence, alors que la démence fait éclater ces différents clivages et nécessite une analyse de ces liens complexes.

La nécessité d'un travail d'*accordage*, en « défaut » dans l'approche du sujet âgé dément, dans l'état de la question souligné par des champs que nous avons nommé *symptomatiques* (cf. première partie), est en *réverbération* avec la question d'une *identification possible/impossible* de la part de l'interlocuteur. En ce qui concerne mon approche méthodologique et clinique de la démence de type Alzheimer, l'abord par la question du *contre-transfert* devient inéluctable du fait de ma question première centrée sur la notion de *réverbération*, et de la question spécifique du *rapport aux miroirs* dans la démence qui implique l'idée d'un *miroir en présence de quelqu'un*. *Cette hypothèse est formulée également en terme de capacité de mémoire qui revient en présence de*

quelqu'un. Cela touche également, sur un plan plus généralisable, la question du registre narcissique quant à la souffrance exprimée, en terme de blessure narcissique, par l'entourage familial et/ou soignant. Dans cet ordre d'idée, je pense après d'autres, que la relation psychothérapeutique, dans ce registre, renvoie à un mouvement destructeur lié à la pulsion de mort et révélé par la perte de l'appareil à penser. Au plan plus manifeste, je pense que nos conduites d'évitement vis-à-vis du patient âgé dément, face à ce que l'on nomme «l'apparente mort psychique», renvoient à une angoisse de castration, à une crainte en face de notre propre intégrité psychique. La conduite d'évitement de la part du soignant rend compte, à mon sens, d'une difficulté à trouver la bonne distance, et rend compte de la proximité entre l'image spéculaire et l'image du semblable qui peut induire une confusion entre « moi » et « l'autre », avec une indistinction partielle de deux espaces psychiques. L'utilisation assez fréquente de la notion de « relation en miroir » peut servir ici d'exemple (réverbération/réflexivité).

La problématique de la démence telle que je l'aie abordée, m'a amené à essayer de créer un dispositif dans le but de revivre/ré-élaborer en groupe cette problématique de la perte de soi. Ainsi, il y a une mise en *écho* avec le *modèle familial* et une mise en lien entre les approches dites symptomatiques (dépression/démence). La démence nous confronte à la question du lien humain en interrogeant le fondement même de ce lien du point de vue groupal/familial/interindividuel (socle narcissique familial), ainsi que du point de vue intra-individuel (les répercussions de la transmission de ce lien, comme *bobine de groupe*, comme *anté-miroir*).

Cela rejoint la question de la «capacité d'être seul» en présence de l'autre, du côté de la relation psychothérapeute/patient, qui est à interprétée dans un registre narcissique et régressif, car le sujet dément (me) fait vivre une mise en *écho* avec sa *problématique narcissique*, en terme de failles narcissiques, de «*détruit/troué*» par l'échec répété du «trouvé/crée». Ce travail de conceptualisation met en évidence l'importante question du narcissisme et du rapport *aux miroirs* chez le sujet âgé et chez le sujet dément.

Cela va dans le sens d'une extension du concept de narcissisme à la question du vieillissement, et cela présuppose une conception unitaire de la démence qui permettrait de faire une théorie applicable à « tous » les sujets souffrant de démence. Or, la démence se présente sous des angles multiples, avec des manifestations hétérogènes, d'un individu à l'autre, et avec des évolutions marquées par les éléments antérieurs de la personnalité.

Cet excès de « la démence au singulier » montre les limites de l'hypothèse d'une *démence de défense* qui n'est sans doute pas généralisable à l'ensemble des personnes démentes. Ce travail est cependant une manière de faire valoir la vie psychique du dément et de monter l'intérêt d'interpréter dans le bon registre ce qui se joue dans la relation avec le dément. Dans ce sens, l'abord par le contre-transfert, seul accès possible au mouvement transférentiel, est justifié par le niveau narcissique et régressif de la réalité telle qu'elle est vécue par le patient et surtout par l'idée théorique, démontrée par la clinique, que l'*anticipation* créatrice du thérapeute *relance l'investissement et la pensée* du sujet dément par *appropriation* « après-coup ».

La prise en compte de l'*intersubjectivité* aide à rétablir une continuité narcissique et spatio-temporelle. Dans ce sens, j'ai cherché ma propre cohérence méthodologique. La

recherche d'une cohérence d'approche entre les différents modèles est d'autant plus nécessaire, notamment en terme d'alliance autour de l'acte de parole à voix haute et en présence de quelqu'un. D'où l'importance de ne pas minimiser les capacités de communication des patients et de ne pas les réduire à de simples procédures automatiques ne demandant pas de *réflexion*. La prise en compte d'une certaine logique du sujet âgé dément, alliée à l'idée de réintroduire l'*intersubjectivité*, offrant ainsi les conditions *pour être au R.D.V. de la rencontre*, m'a orienté vers l'espace du groupe comme lieu et temps possibles pour retrouver un espace et un temps différenciés, le temps d'une rencontre. Ce temps du groupe permet d'introduire un *intermède* (nom donné à un groupe par un patient) et d'accéder à «un temps intermédiaire, entre la présence et l'absence, le temps singulier et le temps pluriel. C'est un temps de passage» (R. Kaës, 1992).

Le travail dans le groupe, les échanges en groupe ont également une fonction de lien par l'intermédiaire du *miroir métaphorisé*. Ce *pont* construit entre l'individuel et le groupal, je l'ai nommé *bobine de groupe* pour essayer de comprendre comment la symbolisation « circule » dans un cadre psychothérapique. Les points de repères qui changent et se transforment font partie d'un processus, mis en évidence par le *schéma du prisme* (annexes), qui mettent en lumière la qualité du narcissisme, de la représentation de soi.

Le cadre psychothérapeutique rend compte de la valeur fondamentale de la qualité de l'étayage du patient sur son interlocuteur (*vous pouvez vous appuyer sur moi, nous allons chercher ensemble*) et de la capacité à prêter non seulement ses mots, mais son fonctionnement psychique, voire sa propre pensée, en donnant au patient un support de représentations possibles et en permettant une relance du travail de la pensée. Cette qualité de la relation présuppose la *qualité de présence et d'écoute*, de disponibilité interne du psychothérapeute comme trait commun fondamental à tout travail de psychothérapie. La valeur fondamentale de cet *investissement* et de cet engagement, dans le travail de psychothérapie du sujet âgé dément, est déterminée par la *fonction d'écoute maternelle* qui devient une stratégie anti-traumatique et acquiert une valeur anti-dépressive.

Le travail de la pensée et du penser est au centre de la question du «travail du vieillir», c'est également une dimension essentielle d'un Moi vieillissant sollicité en permanence par le travail de deuils répétés, voire par un travail de «deuil permanent» (J. Gaucher, 1979).

Ce travail psychique passe par « un autre » *investi d'une fonction d'écoute maternelle*, dont le dispositif d'écoute s'inspire d'une écoute de type groupal/familial, davantage encore, à cette période de vie où le système de lien (dépendance/attachement) est largement sollicité. Le travail d'observation et d'écoute de la famille montre que la démence imprime un travail de séparation et de deuil spécifiques. La démence représente ainsi la mise en scène de la perte, de la mort par le processus au long cours de démentification au point que certains parlent de «deuil anticipé» (M. Hanus, 1994) au sens où le parent est considéré comme disparu. Les liens que dénouent la démence, interrogent inéluctablement les liens pré-existant et la nature affective de ces liens. En ce sens proposer au groupe familial, un travail de séparation psychique, de prévention générationnelle, peut permettre de prévenir les traumatismes et les deuils à

venir. C'est souligné, une fois encore l'importance d'un *environnement contenant (relation à l'autre intériorisé comme premier contenant ?)*, au sens d'un «holding psychique», pour les sujets déments et pour leur famille.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Les constats de la pratique clinique mettent en évidence :

- le rapport aux différents miroirs ; miroir plan et miroir dans le regard de l'autre et la constitution de soi
- l'appel aux parents de l'enfance, en particulier à la fonction maternelle et à la qualité de l'environnement (perception interne et externe)
- la clinique de la régression, du narcissisme, de l'identité de soi ; clinique en deçà de l'œdipe
- le travail du vieillir dans la démence pose la question de se souvenir ou d'oublier : pour soi comme pour l'autre, l'angoisse qui active notre oubli jusqu'à sa forme absolue qui est la mort.

Le «travail du vieillir» interroge la question de la mort, de la finitude et différents auteurs ont fait l'hypothèse d'un « déni de la mort individuelle » dans la problématique de la démence, la mort fondant de ce point de vue l'individualité. Le narcissisme (C. Balier, 1976) est un point d'articulation qui interroge la continuité de soi (estime de soi et confiance en soi). La démence éclaire encore le processus de construction/de structuration psychique quand elle est abordée sous l'angle de la « démentalisation », de la « démentification », ou encore de la « psycholyse » selon les différents auteurs. La déconstruction de l'appareil psychique dans la démence peut nous renseigner sur la construction de cet appareil, même si le processus d'involution n'est pas l'exact

symétrique de l'évolution.

Mon travail précédent (1996) a permis de montrer que la personne démente, dans un dispositif psychothérapeutique, est *sensible à la relation et à la qualité de la relation*, ce qui permet de dire, de ce point de vue, que le dément réagit comme les autres patients. Au sein d'une situation de groupe à visée psychothérapeutique, la dimension métaphorique et symbolique est recherchée dans ce qui s'associe de l'un vers l'autre et du groupe vers chacun : mais est limitée car quand on répond à un individu-groupe, ça répond pas toujours à l'individuel. L'identification, un niveau suffisant d'identification, est donc nécessaire pour la mise en place de ces groupes. Dans le travail de groupe, cela suppose une suffisante identification de chaque participant à la souffrance de l'autre. Dans chaque groupe à visée thérapeutique, cette nécessaire identification de l'un à l'ensemble et du groupe à chacun, n'est sans doute pas acquise une fois pour toute. Dans le groupe avec des personnes démentes, cette identification est toujours à conquérir, le *temps de la rencontre*, puisqu'elle porte sur les deux sens de la dynamique de l'attachement :

- la nécessité de se relier
- l'offre de s'individualiser

Le développement de mes propres questionnements, confrontés aux différents débats actuels et mis en tension dans le champ de la psychothérapie du sujet âgé dément, m'a conduit à m'investir dans la question que nous adresse le sujet dément : à savoir la demande de *rentrer chez soi*. Le *chez-soi* est la recherche d'une intériorité, d'un espace psychique, d'un *paysage intérieur* qui peut se re/trouver en présence de quelqu'un. Dans l'hypothèse d'une *démence de défense*, il s'agit d'une perte d'une partie de soi qui se traduit dans les différents temps de rencontre individuelle ou en groupe par le rapport *aux miroirs* et au *détruit/troué*, déterminant les trous de pensée. Cette perte de soi renvoie à l'idée d'une identité de soi insuffisamment constituée, évoquant l'effondrement au sens de D.W. Winnicott, c'est-à-dire un effondrement traumatique « qui a déjà eu lieu » laissant des trous dans la psyché. Cette voie (voix) passe par la compréhension du *mouvement transférentiel* qui consiste à contenir et à élaborer les effets (*réverbération, miroir, contre-transfert*) de la relation au sujet dément.

Le travail psychothérapeutique crée les conditions d'un chez soi retrouvable en passant par le groupe, par *une bobine de groupe*, pour passer d'un *détruit/troué* à un «détruit/trouvé», et retrouver une «capacité d'être seul» en présence de l'autre. Autrement dit, les failles dans l'intégration des rapports *aux miroirs*, dans la démence, et notamment au miroir maternel, se constituent sous forme inachevée de la représentation des liens entre l'objet maternel et l'objet/soi.

La démence enrichit la question du groupe en interrogeant les *fondements* mêmes de la création du lien subjectif et intersubjectif. La question du lien, en particulier du lien intersubjectif, est une idée fondamentale, articulée à la dialectique de la présence et de l'absence. Le travail en situation de groupe et/ou dans le cadre de la thérapie familiale représente le lieu où l'intersubjectivité est analysée dans sa dimension de structuration de la psyché et de création du lien. Les processus associatifs sont au centre du travail en

groupe, dans le groupe, ainsi que la question de la mémoire et de l'après-coup. La qualité de la présence du thérapeute et la qualité de la relation dans le cadre psychothérapeutique déterminent/anticipent la création du lien de communication, comme création de soi, et enrichit la question de la *capacité d'être seul en présence de quelqu'un*. Dans ce cadre j'ai fait l'hypothèse que *la mémoire revient en présence de quelqu'un*. Ce quelqu'un n'est pas un quelconque « un » mais *investi d'une fonction d'écoute maternelle, d'une capacité d'anticipation créatrice*. La pensée n'existe-t-elle que si, et seulement si, elle est adressée à quelqu'un ?

Je serai tenté de parler d'un retour du groupal vers l'individuel, et au fond le travail de thérapie familiale est un travail d'individuation au combien nécessaire au travail de « faire-famille ». L'image spéculaire, les différentes stratifications dans les rapports *aux miroirs* tout au long de l'existence d'un individu, constituent un point d'ancrage. C'est ce qui fait *voyage de retour*, ce qui revient au sujet, qui lui signifie « qui il est, dans sa place, et dans son positionnement familial ».

La question du double renvoie à la façon dont se constitue le rapport à la réalité et donc la rencontre avec l'autre externe et l'autre interne. La notion de double rappelle les objets à « double face » (T. Nathan, 1987), les travaux de G. Roheim (1943) pour qui culture et psyché sont jumeaux qui fonctionnent comme double spéculaire. Cette question dans la démence (couple imitation/identification) renvoie à la question de la représentation de soi comme *copie de soi*, comme premier *départage*. L'hypothèse de la démence de défense (avec ses effets de réverbération) implique l'idée d'une simple réplique, *duplication* de la représentation de soi (copie) et le sujet ne serait pas parvenue à une représentation de soi comme *création*. Une représentation de soi (auto représentation) née de la création de soi passe par la relation intersubjective et signifie la création de l'autre en même temps que la *création de soi*. L'étayage sur l'environnement dans la démence de défense est une tentative de répétition du processus de *copie de soi* vers une *création de soi* en présence de quelqu'un.

Mon engagement dans le travail groupal/familial actuel, (dans la continuité de ma formation de thérapeute familial), oriente mes interrogations vers les questions de la transmission psychique, en particulier la dimension narcissique de cette transmission. Le travail familial actuel dans un hôpital de jour me confronte au couple enfant/parent (fille-mère / fils-père, par exemple) et fait apparaître des questions relatives au lien fraternel, au lien générationnel, et aux questions concernant le lien de filiation (l'identité et la place de chacun). Le travail actuel de recherche mis en place à l'hôpital de jour permet de réfléchir sur la question d'un diagnostic relationnel en vue de travailler dans le cadre d'entretiens familiaux sur différents axes :

- L'axe de la souffrance et de la reconnaissance de cette souffrance individuelle et familiale
- Le débordement de la crise du vieillissement individuel vers une crise du couple touchant plus ou moins l'ensemble de la famille
- Les possibilités d'alliance thérapeutique à partir des aides mises en place par la famille (avec l'utilisation du questionnaire Zarit pour évaluer la charge affective ressentie par l'aidant principal qui est souvent constitué par un couple enfant/parent)

et proposer un travail familial.

La question de la transmission dans la démence est parcourue par un mouvement qui va de la transmission héréditaire (modèle de la dégénérescence) aux mécanismes psychiques impliqués dans cette question de la transmission des troubles d'une génération à l'autre. C'est un axe de recherche que je souhaite développer à l'avenir dans ce que R. Kaës (1993) a défini autour du concept de transmission, à savoir ce qui est transmis autant que ce qui est reçu et donc transformé. Cette définition implique, à mon sens de tenir compte de l'ensemble des éléments de l'équilibre entre l'équipement neurobiologique, les caractéristiques du milieu ainsi que les événements de l'histoire du sujet dément et de ses effets sur son entourage. C'est en particulier la notion de lien fraternel qui fait retour dans les effets de la démence du parent âgé, tant du point de vue des conflits réactivés, de la qualité de la relation du couple parent-enfant (G. Le Gouès, 1991), de la notion d'«enfant désigné» (J. Gaucher, 1996). L'interrogation sur le lien fraternel comme sentiment d'appartenance à un même groupe se retrouve également « rejoué » dans les groupes de patients déments (lien entre lien fraternel et lien social) et devient un objet d'investissement significatif et qui peut conduire à la ré appropriation de soi dans la reconnaissance de la différence. Le lien fraternel jouant l'écho au dehors de ce qui est insuffisamment intériorisé au dedans ? Les questions du lien fraternel observées dans la situation de crise du parent âgé dément présentent des aspects spéculaires avec les effets dans la structuration de l'appareil psychique. Ces questions rejoignent la thématique de l'intersubjectif et sont à élaborer dans un «rapport dialectique avec ce qui le constitue, il naît dans le parental, il ouvre sur la filiation (R. Kaës, in Journal des psychologues, 2001).

C'est également la question de l'entre deux crises : celle du milieu de vie et celle de la vieillesse que peut se mettre en place un travail sur la prévention ; comment trouver/créer une distance psychique, affective, suffisante au sein des relations avec son environnement familial ? La démence comme pathologie de la régression narcissique, au sens d'une perte de la continuité de soi, illustre la place fondamentale du concept de représentation. La construction de la *représentation de soi* (fonction auto), de son passé, pour soi-même au moment du travail de deuil qu'impose le travail du vieillir, est fondamentale pour rester en bonne santé mentale. Au moment où on a tendance à tout réduire au descriptif et aux symptômes et à une évaluation quantitative, et plus ou moins normative (la moyenne étant la norme), il me paraît important de favoriser les lectures psychopathologiques qui privilégient l'individu (ce qui est indivisible). En ce sens le retour à la connaissance et à l'évolution individuelle du patient est un outil de connaissance de cette thématique liaison/dé liaison comme objet de recherche. L'abord par la question du contre-transfert nécessite de s'interroger sur son propre vieillissement et cela modifie mon approche du vieillissement des patients âgés du fait de cette corrélation avec mes propres représentations. L'entrée dans la vieillesse est en rapport avec l'image de soi renvoyée par les différents miroirs de la vie : «cessons de tricher ; le sens de notre vie est en question dans l'avenir qui nous attend ; nous ne savons pas qui nous sommes, si nous ignorons qui nous serons : ce vieil homme, cette vieille femme, reconnaissons-nous en eux. Il le faut si nous voulons assumer dans sa totalité notre condition humaine » (S. De Beauvoir, La vieillesse).

Le sujet dément nous adresse cette question : y-a-t-il quelqu'un ? IL nous faut choisir en tant que clinicien entre une approche qui favorise la réalité du dehors (diagnostic et évaluations) et celle qui investit, et s'investit du même coup, la réalité psychique en acceptant de contenir, supporter, investir avec son propre psychisme la *re-création* possible du lien chez le sujet devenant dément. Au fond cet écart entre la connaissance de la maladie et celle du malade montre que le sujet dément n'est pas équivalent à sa maladie, même si celle-ci est définie objectivement. Ce regard centré sur la réalité du dedans permettra peut-être d'avancer du côté du traumatisme et de l'après-coup dans le diagnostic de démence. Le travail de psychothérapie avec le sujet dément interroge une psychologie des limites, et teste de notre capacité à repérer la mesure du négatif qui nécessite la reconnaissance de la place et de la fonction de la mort dans la relation et de prendre soins des *aspects auto-destructeurs* que porte en lui le patient. Cela suppose également une prise de distance par rapport à ce négatif pour maintenir son écoute, et sa capacité de penser.

Le présent travail fournit l'axe de mes recherches à venir et la base de ma position de futur chercheur.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM G. (1984) - Eros et Thanatos-Introduction à la psychogériatrie.
Lyon.Simep.p.26-34
- AGNIEL A., et EUSTACHE F. et al. (1995) - Neuropsychologie clinique des démences :
évaluations et prises en charge, collection neuropsychologie - Solal éditeur.
- ALBIN A., FAYOLLE C., BIDAUD C., GIRE P., SAGNE A (2000) - Les médiations
thérapeutiques en hôpital de jour psychogériatrique, in-revue soins Gériatrie,
n°25 : 40-42.
- ALBIN A., FAYOLLE C., BIDAUD C., GIRE P., SAGNE A. (2001) - Le rôle du soignant
dans les groupes à médiation pour personnes âgées démentes, in revue soins
Gériatrie, n°27, janvier/février : 23-27.
- ANDRE F. (1986) - L'enfant « insuffisamment bon » en thérapie familiale
psychanalytique- Presse Universelle, Lyon.
- ANZIEU D. (1975) - Le groupe et l'inconscient- L'imaginaire groupal Paris, Dunod
(1981).
- ANZIEU D (1985) - Le Moi-peau- Bordas, Paris, Dunod.
- ANZIEU D. (1987) - Les signifiants formels et le moi-peau, in Anzieu D. et Houzel D.,
Les enveloppes psychiques, Paris, Dunod.
- ANZIEU D., MARTIN J.Y. (1968)- La dynamique des groupes restreints- Paris, PUF. le
psychologue, 7^{ème} édition (1982).

- ANZIEU D. et collectif (1994) – Pour introduire au travail de la pensée, in Anzieu D. et al., *L'Activité de la Pensée- Emergences et troubles-* Paris, Dunod.
- AULAGNIER P. (1975) - La violence de l'interprétation, du pictogramme à l'énoncé, Paris, PUF.
- AKERLUND B., NORBERG A. (1986) - Group psychotherapy with demented patients, in *Gériatrics Nursing*, Avril : 83-84.
- ALDRIDGE D., ALDRIDGE G. (1992) - Two epistemologies, Music therapy and medicine the treatment of dementia, in *Arts psychotherapy*, 19 : 243-255.
- AUSTAD C.S. (1992) - The wisdom group, A psychotherapeutic model for elderly persons, in *Psychological Reports*, 70 : 356-358.
- AZORIN J.M (1991) - Pseudodémences, démences et dépression, in Signoret J.L, *Démence et maladie d'Alzheimer*, Librairie Maloine : 17-20.
- BACHMAN D.L., et al. (1993) - Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population, The Framingham study, in *Neurology*, 43 : 572-580.
- BACQUE MF., HANUS M. (2000) *Le Deuil*, Paris, PUF. (2001).
- BAHRO M., SILBER E., BOX P., SUNDERLAND T. (1995) - Giving up driving in Alzheimer's disease, An integrative therapeutic approach, in *International journal of geriatric psychiatry*, 10 : 871-874.
- BALIER C. (1974) - Problèmes psychologiques et psychopathologiques du troisième âge, in *Revue de l'infirmière*. Vol.3 : 239-243.
- BALIER C. (1979) - Pour une théorie narcissique du vieillissement, in *L'information psychiatrique*, Vol. 55. n°6 : 635-645.
- BALIER C. (1982) - Des changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement, in Guillaumin J., Reboul H, *Le temps et la vie* : 62-69.
- BAUGNET L. (1998) - *L'Identité Sociale*, Paris, Dunod.
- BENBOW S.M., MARIOTT A., MORLEY M., WALSH S. (1993) -Family therapy and dementia-review and clinical experience, in *International journal of geriatric psychiatry*, 8 : 717-725.
- BERGERET J. (1974) - La dépression et les états limites, Paris, Payot.
- BERGERET J. (1982) - La deuxième crise d'adolescence, in *Le temps et la vie*. Lyon. *Chronique sociale* : 71-78.
- BERGERET J. (1984) - La violence fondamentale, L'inépuisable Œdipe, Paris Dunod.
- BERGERET J. (1994) - La violence et la vie, Paris, Payot.
- BERGERET J. et al. (1972) - *Psychologie pathologie-(Abrégé de)*, Paris, Masson, (1979).
- BERGERET J. et al. (1996) - La pathologie narcissique-transfert, contre-transfert, technique de cure, Paris, Dunod.
- BERGERET J., REID W., et al. (1986) - Narcissisme et états-limites, Dunod, Presse de l'Université de Montréal.
- BIANCHI H. (1986) - La scène introuvable, Acte du 3^{ème} congrès de l'ARAGP. Les psychothérapies de la personne âgée, Lyon.

-
- BIANCHI H. (1987) - Le Moi et le temps, Psychanalyse du temps et du vieillissement, Paris, Dunod.
- BIANCHI H. (1989) - Vieillir ou les destins de l'attachement, in Bianchi H. et al., La question du vieillissement, Paris, Dunod.
- BION W.R. (1962) - Théorie de la pensée, trad. Fr., in Revue française de psychanalyse, XXVIII, 1, (1965).
- BION W.R. (1961) - Recherches sur les petits groupes trad. Fr., Paris, PUF., (1965).
- BION W.R. (1975) - Une mémoire du futur, trad. fr., Lyon, Césura.
- BION W.R. (1962) - Aux sources de l'expérience, trad. Fr., Paris, PUF. (1979).
- BION W.R. - Réflexion faite (1967), trad. fr. Paris, PUF. (1983).
- BIZZINI L., FAVRE C. (1996) - La pratique thérapeutique cognitive vue sous l'angle de certaines notions piagétienne, in Confrontations psychiatriques, 137, 241-265.
- BLEANDONU G. et al. (1992) - cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques- PUF, Lyon.
- BLEATHMAN C., MORTON I. (1988) - Validation therapy with the demented elderly, in Journal of Advanced Nursing, 17 : 658-666.
- BLEATHMAN C., MORTON I. (1992) - Validation therapy- Extracts from 20 groups with dementia sufferers, in journal of advanced nursing, 17 : 511-514.
- BLEGER J. (1966) - Psychanalyse du cadre psychanalytique, in Kaës R. et al. Crise, rupture et dépassement. Paris, Dunod (1979).
- BLEGER J. (1981) - Symbiose et ambiguïté-(1967)- Etude psychanalytique- Paris, PUF.
- BLEGER J. (1970) - Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions, in Kaës R. et al., L'institution et les institutions, Paris, Dunod (1988).
- BOIFFIN A. (1987) - Démence, mémoire, confusion, onirisme, in Actualités psychiatriques, 8 : 42-47.
- BONDER B. (1994) - psychotherapy for individuals with Alzheimer's disease and Associated Disorders, 8 : 75-81.
- BONNET C., GHIGLIONE R., RICHARD J. F. (1989) - traité de psychologie cognitive, 1 : Perception, action, langage, Paris, Dunod.
- BOUATI N. (1999) - Chronopsychologie des personnes âgées, Paris, L'Harmattan.
- BOURGUIGNON O., BYDLOWSKI M. (1995) - La recherche en psychopathologie, Perspectives critiques, Paris, PUF.
- BOUVET M. (1972) - La relation d'objet, Paris, Payot.
- BRUSSET B. (1988) - Psychanalyse du lien, La relation d'Objet, Paris, Edition du Centurion.
- BUCHANAN K., MIDDLETON D. (1994) - Reminiscence Reviewed, a discourse analytic perspective, In BORNAT J. (Ed) Reminiscence reviewed, perspectives, evaluations, achievements, in Open University Press.
- CAPPELIEZ P., LANDREVILLE P., VEZINA J. (sous la direction) (2000) Psychologie clinique de la personne âgée, Masson, Presses de l'Université d'Ottawa.
- CAPPELIEZ P., BLANCHET D. (1986) - Les stratégies d'adaptation des personnes

- âgées aux prises avec des sentiments dépressifs, in La revue canadienne du vieillissement/ vol. 5, n°2.
- CAPPELIEZ P., WATT L.M. (1996) - Efficacité de la rétrospective de vie intégrative et de la rétrospective de vie instrumentale en tant qu'interventions pour des personnes âgées dépressives, in Revue québécoise de psychologie, vol. 17, n°2 : 101-114.
- CAPPELIEZ P., WATT L.M. (1999) - L'apport de la rétrospective de vie à la thérapie cognitive de la dépression, in Bizinni L., Favre C. (sous la direction), Thérapies cognitives de la personne âgée : aspects psychothérapeutiques, psychogérontologiques et neuropsychologiques, Paris, Masson.
- CAPPELIEZ P., LATOUR D., GUIRGUIS M. (1997) - Relations entre certaines caractéristiques des sujets et la réponse à la thérapie cognitive de la dépression avec des personnes âgées, in Revue canadienne du vieillissement, n°16 : 71-77.
- CAREY B., HANSEN S. (1986) - Social work groups with institutionalised Alzheimer's disease victims, in Journal of Gerontological social work, 9 : 15-25.
- CHARAZAC P. (1984) - Quand le vieillard reconnaît ses parents- Revue de gériatrie. Tome 9. n°8 : 413-417.
- CHARAZAC P. (1990) - Fixation ou transfert ? Quand le vieillard fait revivre ses parents, Régressions et dépendances, in Actes de la 7^{ème} journée de l'ARAGP : 44-50.
- CHARAZAC P. (1996) - A la recherche des fondements du face à face psychothérapeutique avec le patient dément, in Grosclaude M., Actes du congrès de Strasbourg, psychothérapies des démences. Paris, John Libbey-Eurotext, 1997 : 133-137.
- CHARAZAC P. (1998) - Psychothérapie du sujet âgé et de sa famille, Paris, Dunod.
- CHESTON R. (1996) - Stories and metaphors- talking about the past in a psychotherapy group for people with dementia, in Ageing and society, 16 : 579-602.
- CHESTON R. (1998) - Psychotherapeutic work with people with dementia : a review of literature, British journal of medical psychology, 71 : 211-231.
- CICCONE A. (1998) - L'observation Clinique, Paris, Dunod.
- CLEMENT J.P. (1995) - Prolégomènes à une psychothérapie de la démence, psychothérapies des Démences, numéro double spécial, n°3-4, Psychologie Médicale.
- CLEMENT J.P. (1998) - Graphisme et démence, Intérêt du test du dessin du personnage, Thèse de doctorat des Universités (Paris VI).
- CLEMENT J.P., LEGER J.M. (1995) - Intérêt du test du personnage dans l'approche diagnostique des personnes âgées, in Nervure, 8,9 : 12-16.
- CLEMENT J.P., LEGER J.M. (1996) - Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé, in Les dépressions du sujet âgé, Paris, PRID, Acanthe Masson : 19-30.
- COLAS Y. (1984) - L'approche systémique des démences, thérapie familiale, 5, 1 : 22-38.
- COTRELL V., LEIN L. (1993) - Awareness and denial in the alzheimer's disease victim, Journal of gerontologic social work, 19 : 115-132.

- COX K. (1985) - Milieu therapy, geriatric nursing, May/june : 152-154.
- CRIP J. (1995) - Making sense of the stories that people with Alzheimer's tell, A journey with my mother- Nursing Inquiry, 2 : 133-140.
- CUMMING J.L, BENSON D.F. (1992) - Dementia-A clinical approach, Boston, MA, Butterworth-Heinemann.
- DARTIGUE J.F. et coll. (1992) - The Paquid epidemiological program on brain aging, Neuroepidemiology, 11(suppl.) : 14-18.
- DASSA L. LLORCA M. BOUKSON G. (1990) - Mémoire et démence, Psychogériatrie. N°7 : 21-25.
- DAZORD A. (1997) - Evaluation des effets des psychothérapies, Encycl. Méd. Chir., psychiatrie, 37.
- DAZORD A., GUERIN P. (1993) - Evaluation des psychothérapies, Méthodologies et résultats- l'information psychiatrique n°5 : 465-470.
- DEFLEUR J. (1987) - Résurgences affectives au cours d'une psychothérapie ambulatoire d'une démente, psychologie médicale, 19, 8 : 1277-1280.
- DE M'UZAN M. (1983) - De l'Art à la mort, Itinéraire psychanalytique, Paris, Gallimard.
- DEROUESNE C. (1991) - Mémoire, vieillissement et maladie d'Alzheimer, La revue du praticien, Troubles de la mémoire. N°10 : 880-886.
- DEROUESNE C. (1992) - Maladie d'Alzheimer, La presse médicale. Vol.21, n°1.
- DEWEER B. (1992) - Capacités mnésiques préservées dans les syndromes démentiels, Psychologica Belgica, 32 : 51-84.
- DIRKS E. (1990) - Mémoire et âge avancé : nature des processus d'encodage et de rappel, Thèse de doctorat, Université de Genève.
- DIRKS E. (1992) - Vieillesse et troubles de Mémoire, in Revue de psycho-gériatrie, n°11 : 5-9.
- DOLTO F. (1971) - Psychanalyse et Pédiatrie, Paris, Seuil, n° 69, (1976).
- DOLTO F. (1984) - L'image inconsciente du corps, Paris, Seuil (1992).
- DOLTO F. (1997) - Le sentiment de soi, Paris, Gallimard.
- EUSTACHE F. et al. (1996) - La mémoire : neuropsychologie clinique et modèles cognitifs. De Boeck.
- EUSTACHE F. et AGNIEL A. et al. (1995) - Neuropsychologie clinique des démences : Evaluations et prises en charges, collection neuropsychologie, in Société de Neuropsychologie de Langue Française, Solal Editeurs.
- EUSTACHE F. et al. (1995) - L'hétérogénéité des troubles cognitifs et des altérations métaboliques cérébrales dans les états démentiels, une nouvelle source d'interférences en neuropsychologie, in Revue de Neuropsychologie.
- FEIL N. (1967) - Group therapy in a home for the aged, in Gerontologist, 7 : 192-195.
- FEIL N. (1983) - Group work with disoriented nursing home residents, in S. Saul (Ed), social work with groups: group work with the frail elderly, New-York, Haworth.
- FEIL N. (1990) - Validation, The Feil Method, Cleveland, Ed. Feil productions.
- FEIL N. (1992) - Validation therapy, in Jones J., Miesen B., care giving in dementia,

LondonRoutledge.

FERREY G., LE GOUES G. (1989)- Psychopathologie du sujet âgé, Paris, Masson, ABREGES, 4^{ème} édition (1997).

FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E., McHUGH P.R. (1975) - Mini-mental-state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, Journal of Psychiatric Research, 12 : 189-198.

FREUD S. (1913) - Totem et Tabou, trad. Fr., Paris, Payot (1968).

FREUD S. (1914) - Pour introduire le narcissisme, in La vie sexuelle, trad. Fr., Paris, PUF., (1982).

FREUD S. (1915) – Le refoulement, in Métapsychologie, trad. Fr., Folio Essais, (1986).

FREUD S. (1919) – L'inquiétante étrangeté, trad. Fr., Paris, P.B. Payot (1984).

FREUD S. (1920) - Au delà du principe de plaisir, in Essais de psychanalyse, trad. Fr., Paris, Payot (1981).

FREUD S. (1921) – Psychologie des foules et analyses du Moi, in Essais de psychanalyse, Paris, Payot (1981).

FREUD S. (1923) - Le moi et le ça, in Essai de psychanalyse, Paris, PUF., (1985).

FREUD S. (1924) – La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose, in Névrose, psychose et perversion, Paris, PUF., (1973).

FREUD S. (1925) - La négation, in Résultats, idées, problèmes, II, Paris, PUF., (1985).

FREUD S. (1929) - Malaise dans la civilisation, trad. Fr., Paris, PUF. (1981)

FUSTIER P. (1999) - Le travail d'équipe en institution médico-sociale et psychiatrique, Paris, Dunod.

GADDINI E. (1988) - De l'imitation, trad. Fr., in Revue Française de Psychanalyse, LII, n°4.

GAUCHER J. (1982) - Les aspects psychologiques du vieillissement pathologique- 1^{ère} thèse de psychologie clinique en gérontologie, soutenue à Lyon.

GAUCHER J. (1982) - Le temps rompu par l'âge, in Guillaumin J. et Reboul H., le temps et la vie- Les dynamiques du vieillissement, sous la direction de Chronique sociale.

GAUCHER J. (1982) - Les défauts de la mémoire comme signes de l'a-historicité de soi- in le temps et la vie, in Guillaumin J. et Reboul H., le temps et l'âge, Les dynamiques du vieillissement, Chronique sociale.

GAUCHER J. (1982) - Les apports de la psychologie à l'étude du vieillissement- in Gérontologie et société, in Cahier de la Fondation Nationale de Gérontologie.

GAUCHER J. (1983) - Rôle du psychologue et place de la parole en Gériatrie- Entretiens de Ruel-Malmaison, Gérontologie et société, n° spécial.

GAUCHER J. (1993) - La vieillesse : le dernier stade de la vie. Approche du concept de stade en gérontologie et des conditions d'élaboration d'un tel stade, sous la direction de Broyer G., Habilitation à diriger les recherches, Lyon II.

GAUCHER J. (2001) - La prise en charge thérapeutique de la personne âgée, Ed. Chronique sociale Lyon. (A paraître)

- GAUCHER J. (2001) - Descriptif de la Maladie d'Alzheimer, l'Accompagnement médico-social de la maladie d'Alzheimer, sous la direction de MALO P.Y., Ed. Unasad-septembre 2001.
- GAUCHER J. (2001) - vulnérabilité et vulnérabilisation des aidants principaux auprès de personnes âgées démentes, Canadian journal on ageing- (A paraître)
- GAUCHER J., PLOTON L., CHAPUY P., VIGNAT J.P. AGNIEL.A. (1979) - De la participation des facteurs psychogènes de l'évolution des démences séniles- Lyon-Médical. 15, 242 : 215-217.
- GAUCHER J., CHAPUY R., AGNIEL A. (1979) - Une tentative d'approche de la psychopathologie des démences séniles, Lyon Méd., 16, 242 : 301-304.
- GAUCHER J., GILLET E., HAOND P., CHAPUY P. (1987) - Une expérience de soins pour des personnes âgées démentes en long séjour, Méd. Et Hyg. 45 : 1498-1502.
- GERIN P., DAZORD A. et SALI A. (1991) - Psychothérapies et changements : Méthodologie de leur évaluation. Paris, PUF.
- GERIN P., DAZORD A. (1992) - Recherche sur les psychothérapies- Méthodologie- Revue L'Encéphale, XVIII : 131-139.
- GIBEAULT A. (1989) – Destins de la Symbolisation, La Symbolisation, in Revue Française de Psychanalyse, LIII, 6 : 1517-1617.
- GIBELLO B. (1994) - Les contenants de pensée, in Anzieu D. et al., L'Activité de la Pensée- Emergences et troubles- Paris, Dunod.
- GIL R. (1996) - Neuropsychologie), Paris, Masson, (2000).
- GILEWSKI M.J. (1986) - Group therapy with cognitively impaired older adults- Clinical Gerontology, 5 : 281-296.
- GIRTANNER C., GONTHIER R., HUSSON F., SAGNE A. (1995) - A propos de l'impact de l'environnement familial sur le comportement d'une personne âgée présentant des troubles cognitifs, Actes du congrès des hôpitaux de jour.
- GIRTANNER C., SAGNE A. (1999) - L'hôpital de jour psychogériatrique : du diagnostic à la prise en soin des patients souffrant de syndrome démentiel- Alzheimer, in Revue des Unités Spécialisées.
- GOLWASSER A.N., AUERBACH S.M., HARKINS (1987) - Cognitive, affective and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly, in International Journal of Aging and Human Development, 25 : 209-222.
- GOUDIE F., STOKES G. (1989) - Dealing with confusion- Nursing Times, september, 38.
- GREEN A. (1972) - La dé liaison, Paris, Les belles lettres.
- GREEN A. (1983) - Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Paris.
- GREEN A. (1986) - Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante, in La pulsion de mort. Paris, PUF.
- GREEN A. (1995) - La causalité psychique, Entre nature et culture, Paris, Edition Odile Jacob.
- GREENE J.A., INGRAM T.A., JOHNSON W. (1993) - Group psychotherapy for patients with dementia- Southern medical journal, 86 : 1033-1035.

- GREER S., MOOREY S. (1987) - Adjuvant psychological therapy for patients with cancer-Europeen Journal of surgical Oncology, 13 : 511-516.
- GROSCLAUDE M. (1987) - Le dément sénile : un sujet perdu, un sujet (re)trouvable ?, in Psychologie médicale, 19, 8 : 1267-1269.
- GROSCLAUDE M. (1995) - Principes d'une psychothérapie des démences et question de la parole : pourquoi une psychothérapie est possible, in Psychologie médicale, 27 : 141-147.
- GROSCLAUDE M. (1995) - Le statut de l'affect dans la psychothérapie des démences, in Grosclaude M., Actes du congrès de Strasbourg, psychothérapies des démences, Paris, John Libbey-Eurotext : 24-31.
- GRUNBERGER B. (1975) - Le narcissisme, in Essais de psychanalyse, Paris, Payot.
- GRUNBERGER B. (1975) -Le narcissisme, in Essais de psychanalyse, Paris, Payot.
- GUILLAUMIN J. (1979) - Pour une méthodologie générale de recherche sur les crises, in Kaës R. et coll, Crise, Rupture et dépassement, Paris, Dunod : 232-255.
- GUILLAUMIN J. (1982) - Quinze études psychanalytiques sur le temps, in J. Guillaumin et al., traumatisme et après-coup, Toulouse, Privat.
- GUILLAUMIN J. (1982) – Le traumatisme et l'expérience des limites dans l'analyse, in Quinze études psychanalytiques sur le temps, in J. Guillaumin et al., traumatisme et après-coup, Toulouse, Privat.
- GUILLAUMIN J. (1987) - Entre Blessure et cicatrice, Le destin du négatif, Editions du Champ Vallon.
- GUILLAUMIN J. (1988) – Le devenir des identifications et des objets internes au cours de la vie, in Etudes psychothérapeutiques, Ed. Privas.
- GUILLAUMIN J. (1996) - L'Objet ou l'objet, l'absence et l'ombre, PUF., L'Esprit du temps.
- GUILLAUMIN J. ET REBOUL H. ET AL. (1982) - Le temps et la vie, Chronique sociale.
- GUYOTAT J. (1988) - Mémoire et psychopathologie, in Trillet M., Laurent B., Mémoire et amnésies, Paris, Masson : 241-254.
- GUYOTAT J. (1978) - Processus psychotique et filiation- in Confrontations psychiatriques. 16 : 191-217.
- GUYOTAT J. (1980) - Mort/naissance et filiation, Paris, Masson.
- HAGGERTY A.D. (1990) - Psychotherapy for patients with Alzheimer's disease, Advances, 7 : 55-60.
- HAUSMAN C. (1992) - Dynamic psychotherapy with ederly demented patients, in Jones G. and Miesen B., care giving in Dementia, London Routledge.
- HERFRAY C. (1988) - La Vieillesse, Une interprétation psychanalytique, EPI-Desclée de Brouwer.
- HUNTER A. J. G. (1989) - Reflections on psychotherapy with ageing people, individually and in groups, in British journal of psychiatry, 154 : 250-252.
- INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRICS- IPA (2000) - The official journal of the International Psychogériatric Association, « Dementia and depression in Ederly Medical Impatient», 12, n°1 : 67-75.

-
- JACQUES E. (1963) – Mort et crise du milieu de la vie, trad. Fr., in Anzieu D., Mathieu M. et al., *Psychanalyse du génie créateur*, Paris, Dunod (1974).
- JONES S.N. (1995) - An interpersonal approach to psychotherapy with older persons with dementia, *Professional Psychology, Research and practice*, 26 : 602-607.
- JOUBERT C. (1993) - Des ancêtres insuffisamment bons- Etude du mythe familial en thérapie familiale psychanalytique, thèse de doctorat, Université des sciences sociales, Grenoble.
- KAËS R. (1976) - L'appareil psychique groupal, *Constructions du groupe*, Paris, Dunod.
- KAËS R. (1979) - Introduction à l'analyse transitionnelle, in KAËS R. et coll., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.
- KAËS R. (1984) - Etayage et structuration du psychisme, *Connexions*, 44, 11 : 7-48.
- KAËS R. (1984) – Les temps du lien groupal, *Psychothérapies*, V, 1 : 5-11.
- KAËS R. (1987) - L'Institution et les Institutions, *Etudes psychanalytiques*, Kaës R. et coll., Paris, Dunod, (1996).
- KAËS R. (1987) - Le malaise du monde moderne et l'expérience transitionnelle du groupe, in *les groupes d'enfants*, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 7-8.
- KAËS R. (1987) - La troisième différence, in *Culture, psychanalyse, ethnologie*, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 9-10.
- KAËS R. (1989) - Ruptures catastrophiques et travail de la mémoire, in Puget J., Kaës R. et coll., *Violence d'Etat et psychanalyse*, Paris, Dunod.
- KAËS R. (1989) - Alliances inconscientes et pacte dénégatif dans les institutions, *Pratiques soignantes dans les institutions*, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 13.
- KAËS R. (1990) - Le contre-transfert e(s)t l'interprétation, in *contre-transfert et interprétation*, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 15.
- KAËS R. (1990) - Libre association ou effets de groupe, et, La question psychanalytique de la règle fondamentale et du processus associatif dans les groupes, in *Les processus associatifs dans les groupes*, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 17.
- KAËS R. (1990) - Groupes internes, relation d'objet et appareil psychique groupal, in *La relation d'objet- théorie et clinique des groupes*, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 20.
- KAËS R. (1993) - Le groupe et le sujet du groupe, *Eléments pour une théorie psychanalytique du groupe*, Paris, Dunod.
- KAËS R. (1994) - La parole et le lien, *Processus associatifs dans les groupes*- Paris, Dunod.
- KAËS R., ANZIEU D. (1976) - *Chronique d'un groupe*, Paris, Dunod.
- KAËS R. , MISSENARD A. (1982) - *Le travail psychanalytique dans les groupes*, t.2, : les voies de l'élaboration, Paris, Dunod.
- KAËS R., FAINBERG H. et al. (1993) - *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod.

- KAPLAN E.S. (1990)- Facing the loss of what makes us uniquely human- Working with dementia patients, in Genevay B., Katz R., Countertransference and older Adults, Newbury Park, CA:Sage.
- KERNBERG.O. (1988) - La personnalité narcissique, traduit par D. Marcelli, Privat.
- KITWOOD T. (1990) - Psychotherapy and dementia-Newsletter of the psychotherapy, in section of the British Psychological Society, 8 : 40-56.
- KITWOOD T. (1999) - The dialectics of dementia-with particular reference to Alzheimer's disease-Ageing and Society, 10 : 177-196.
- KITWOOD T., BENSON S. (1995) - The new culture of dementia care, London, Hawker.
- KREBS-ROUBICEK E.M. (1989) - Group therapy with demented elderly, in Alzheimer's disease and associated disorders : 12661-1272.
- KLEIN M. (1935) - Contributions à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs, trad. Fr., in Essais de Psychanalyse, Paris, Payot (1970).
- KLEIN M. (1935) - A propos de l'identification, trad. Fr., in Envie et gratitude et autres essais, Paris, Gallimard 1984).
- LABARGE E., TRTANJ F. (1995) - A support group for people in the early stages of dementia of the Alzheimer's type-Journal of Applied Gerontology, 14 : 289-301.
- LAPLANCHE J. (1987) - Nouveaux fondements pour la psychanalyse, Paris, PUF.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J. B. (1967) - Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, PUF., (1984).
- LEBOVICI S. (1961) - La relation objectale chez l'enfant, in La psychiatrie de l'enfant, vol. 3, fasc.1, Paris, PUF. : 147-226.
- LEBOVICI S. (1980) - Névrose infantile, névrose de transfert, in Revue Française de Psychanalyse, Paris, XLIV, n° 5-6 : 733-859.
- L'ECUYER R. (1975) - Génèse du concept de soi, Théories et recherches. Les transformations des perceptions de soi chez les enfants âgés de 3, 5 et 8 ans, Sherbrook, Ed. Naaman.
- L'ECUYER R. (1978) - Le concept de soi, Paris, PUF.
- LEGER J. M., TESSIER J. F., GAROUX R. (1983) - Rôle du compagnon imaginaire et de l'objet transitionnel dans la vie affective du dément sénile, in Psychologie Médicale, 15.
- LEGER J. M., CLEMENT J.P. (1987) - L' affectivité du dément, base de sa prise en charge. A propos du comportement de recherche du compagnon tardif- Actualités psychiatriques, 8 : 70-75.
- LEGER J. M., TESSIER J. F., MOUTY M. D. (1989) - Psychopathologie du vieillissement, Paris, Doin Editeur.
- LEGER J. M., CLEMENT J.P. (1991) - Démence et affectivité, Confrontations psychiatriques, 33 : 63-85.
- LEGER J. M., CLEMENT J.P. et al. (1997) – Alexithymie et dépression du sujet âgé, Ann Psychiat, 12,3 : 142-150.
- LE GOUES G. (1984) - Aspects de la vie mentale tardive, in Revue française de psychanalyse, 5 : 1259-1272.

-
- LE GOUES G. (1987) - La psycholyse, in *Actualités psychiatriques*, n°8.
- LE GOUES G. (1988) - Le soutien de l'appareil psychique du dément, in *Psychologie Médicale*, 20 : 948-950.
- LE GOUES G. (1988) - La réanimation mentale, in *Psychologie Médicale*, 20, 6 : 823-825.
- LE GOUES G. (1988) - De la démence à la psycholyse, in *L'Evolution psychiatrique*, LIII, Fasc 3 : 133-144.
- LE GOUES G. (1989) - Le Moi déformé, in *Psychologie Médicale*, 21, 8 : 1035-1038.
- LE GOUES G. (1989) - Naissance d'une pensée, in *Psychogériatrie*, n°6.
- LE GOUES G. (1991) - Le psychanalyste et le vieillard, Paris, PUF.
- LE GOUES G. (1991) - Psychothérapies du sujet âgé, in Ed. Techniques. *Encycl. Méd. Chir.* (Paris) 37541, A10.
- LYMAN K.A. (1989) - Bringing the social back in the critique of the biomedicalisation of dementia, in *Gerontologist*, 29 : 597-605.
- MAISONDIEU J. (1982) - La démence existe-t-elle ? Des démences aux thanatoses, in *Psychiatrie française*, 13, n°5 : 33-45.
- MAISONDIEU J. (1982) - Le crépuscule de la raison, Paris, Centurion.
- MAISONDIEU J. (1997) - La fabrique des exclus, Paris, Bayard Editions.
- MAISONNEUVE J. (1976) - La dynamique des Groupes, PUF. coll. *Que sais-je ?* 5^{ème} édition.
- MARCEL A.J. (1988) - Phenomenal experience and functionalism, in Marcel A.J. and Bisiach E., *Consciousness*, in *Contemporary Science* : 121-158.
- MARTY P. (1976) - Les mouvements individuels de vie et de mort, *Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot.
- MENECHAL J. (1997) – Introduction à la Psychopathologie, Paris, Dunod ;
- MERLEAU PONTY M. (1976) - *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.
- MIESEN B. (1992) - Attachment theory and dementia, In Jones G., Miesen B., *care giving in dementia*- London: Routledge.
- MILLER A.D. (1989) - Opportunities for psychotherapy in the management of dementia, in *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 2, : 11-17.
- MILLS M.A., COLEMAN P.G. (1994) - Nostalgic memories in dementia, A case study, in *International journal of aging and Human development*, 38 : 203-219.
- MILLS M.A., WALKER J.M. (1994) - Memory, mood and dementia, A case of study, in *Journal of aging studies*, 8 : 17-27.
- MISSENARD A. (1972) – Identification et processus groupal, in Anzieu R., Kaës R. et al., *Le travail psychanalytique dans les groupes*, 1, *Cadre et processus*, Paris, Dunod, (1982).
- MOLINARI V. (1991) - Mental health issues in the elderly, physical and occupational therapy with geriatrics, 9 : 23-30.
- MONTANI C. (1990) - Le dément et l'angoisse de vidage, in *Psychogériatrie*. N°6 : 6-8.

- MONTANI C. (1993) - L'affect et la représentation mentale, De la dépression à la démence, in *Gérontologie*, n°85, 1 : 50-56.
- MONTANI C. (1993) - La psyché égarée, suivi longitudinal de 27 sujets âgés, déments de type « Alzheimer », Thèse de doctorat de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Riffiot A., Université de Grenoble II.
- MONTANI C. BOUATI N. (1990) - Le test du cadran de l'horloge, *Psychologie Médicale*, Vol.22, n°7 : 625-626.
- MORTON I., BLEATHMAN C. (1991) - The effectiveness of validation therapy in dementia, A pilot study, in *International journal of Geriatric psychiatry*, 6 : 327-330.
- MYSLINSKI M. (1992) - Le suicide d'Eros, De la sénescence à la sénilité, Thèse de doctorat de Psychologie Clinique, Université de Lyon II.
- MYSLINSKI M. (1995) - L'écoute étayante ou la lutte contre la désobjectalisation, in *Psychologie Médicale*, 27 : 192-194.
- MYSLINSKI M. (1998) - L'attachement thérapeutique : une réponse « humaine » à la souffrance de l'abandon dans la démence, in *Psychothérapies des démences, De la démence à l'humain*, numéro spécial, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale de langue française*.
- MYSLINSKI M. (2000) - Traumatisme désorganisateur tardif et dépression, réflexion sur le potentiel psychique de la personne débutant un syndrome démentiel, in *Psychothérapies des démences, Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale de langue française*.
- NEARY D. et al. (1986) - Neuropsychological syndromes in presenile dementia due to cerebral atrophy, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 49 : 163-174.
- NERI C. (1997) - Le groupe, *Manuel de psychanalyse de groupe*, trad. fr., Paris, Dunod (préface de Kaës R).
- ORELL M., WOODS B. (1996) - Tacrine and psychological therapies in dementia- no contest ?, in *International journal of Geriatric psychiatry*, 11 : 189-192.
- PEACH E., DUFF G. (1991) - Mutual support groups, A response to the early and often forgotten stage of dementia, *Practice*, 6 : 147-157.
- PERRON R. et al. (1997) - La pratique de la psychologie clinique, Paris, Dunod.
- PERRUCHON M. (1987) - Destins de la relation d'objet dans la démence, in *Actualités psychiatriques*, 8, 5, 61 : 58-61.
- PERRUCHON M. (1988) - Le contre-transfert face aux états dépressifs du sujet âgé, in *Psychologie médicale*, Vol 20, n°6 : 813-815.
- PERRUCHON M. (1994) - Le déclin de la vie psychique, Paris, Dunod.
- PERRUCHON M. (1996) - Le trauma et ses relations avec la démence sénile de type Alzheimer, in Grosclaude M., *Actes du congrès de Strasbourg- Psychothérapies des démences*, Paris, John Libbey-Eurotext, 1997 : 54-57.
- PERRUCHON M., LE GOUES G. (1991) - Destins de la pensée au cours de la maladie d'Alzheimer, in *Psychanalyse à l'Université*, 16, 64 : 141-152.
- PERRUCHON M., THOME-RENAULT A. (1992) - Destins ultimes de la pulsion de mort, *Figures de la vieillesse*, Paris, Dunod.

-
- PIOLINO P. (2000) -La mémoire autobiographique, Théorie et pratique, Solal.
- POITRENAUD J. (1987) - L'évaluation neuropsychologique des déficits dans les états démentiels du sujet âgé, in La revue de Gériatrie, vol. 12, n°6 : 245-257.
- PONTALIS J.B. (1999)- Perdre de vue, Folio, Essais.
- PLOTON L. (1982) - La démence sénile, Diagnostic réactionnel ?, in Le temps et la vie, Lyon, Chronique sociale : 97-106.
- PLOTON L. (1983) - La démence sénile, Un piège intellectuel, in Revue de Gériatrie. 8,4 : 173-175.
- PLOTON L. (1990) - La sémiologie psychologique et relationnelle des démences séniles, Interdisciplinarité en gérontologie. Québec-Edisem-Paris, : 229-232.
- PLOTON L. (1991) - Le compromis démentiel, in Psychologie Médicale, Vol. 23.
- PLOTON L. (1995) - Hypothèses de la persistance d'un appareil relationnel pertinent chez les déments séniles, in Psychothérapies des démences, Psychologie Médicale, double numéro spécial, n° 3-4.
- PLOTON L. (1998) - La personne âgée, Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence, Lyon, Chronique sociale.
- PLOTON L. (1999) - Les points d'appui du psychothérapeute, in La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, n° 27 : 104-107.
- PLOTON L., GAUCHER J., BLANCHARD F., (1996) - Les psychologues en institution, une hiérarchie des priorités, in Gérontologie et société, n°68 : 78-82.
- QUAYAGEN M.P., QUAYAGEN M., CORBEIL et al. (1995) - A dyadic remediation program for care recipients with dementia, in Nursing research, 44 : 153-159.
- RIVIERE B., SAILLON A. (1996)- Les thérapies cognitives et comportementales chez les personnes âgées, Journal de thérapie comportementale et cognitive, 6,4 : 122-125.
- ROBB S.S., STEGMAN C. E., WOLANIN M. D. (1986) - No research versus with compromised results, A study of validation therapy, in Nursing research, 35 : 113-118.
- ROHEIM G. (1943) - Origine et fonctionnement de la culture. Paris, Gallimard, (1972).
- ROUSSILLON R. (1977) – Paradoxe et continuité chez Winnicott, in Bulletin de Psychologie, XXXIV, 350.
- ROUSSILLON R. (1985) - Le paradoxe de la destructivité ou l'utilisation de l'objet selon Winnicott, in Revue Entrevue, 13 : 72-79.
- ROUSSILLON R. (1987) - Espaces et pratiques institutionnelles, Le débarras et l'interstice, in Kaës R. et al., L'Institution et les Institutions, Paris, Dunod.
- ROUSSILLON R. (1995) - Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique, Paris, PUF.
- ROUSSILLON R. (1999) - La capacité d'être seul en face du groupe, Groupes, in Revue Française de Psychanalyse, Paris, PUF., LXIII, 3 : 785-800.
- RUFFIOT A. (1981) - L'appareil psychique familial, in La thérapie familiale psychanalytique, Paris, Dunod (1983).

- SABAT S. R., HARRE R. (1992) - The construction and deconstruction of self, in Alzheimer's disease, Ageing and society, 12 : 443-461.
- SAFOUANE A., PELLERIN J. (1997) - Rôles et paroles dans la démence, in Grosclaude M., in Actes du congrès de Strasbourg, Psychothérapie des démences, Paris, John Libbey-Eurotext : 65-70.
- SAGNE A. (1996) - Les espaces de cohérence dans la prise en soins de personnes atteintes de démence, Objet de la recherche : réflexions méthodologiques à partir de groupes thérapeutiques, D.E.A., sous la direction de J. Gaucher, Université de Lyon II.
- SAGNE A. (1998) - De la dépendance à l'autonomie dans la relation thérapeutique, in Actes du Congrès des hôpitaux de jour pour personnes âgées.
- SAGNE A. (1998) - La parole, le groupe de parole, in Actes du Conservatoire francophone des journaux d'établissements pour personnes âgées, de la parole à l'écriture.
- SAGNE A. (1999) - Mémoire et famille, in Actes du Congrès des hôpitaux de jour- actes du congrès.
- SAGNE A. (2001) - Folie sécuritaire et évaluation du risque en institution, in Revue Soins Gérontologie n°29.
- SAGNE A. (2001) - L'expérience d'un groupe de soutien aux familles en hôpital gériatrique, in Revue soins Gérontologie (à paraître).
- SAGNE A. (2001) - Evaluation et projet de soins, L'évaluation et après, in Actes du Congrès des hôpitaux de jour.
- SAGNE A. (2001) - Les conduites suicidaires de la personne âgée, prise de risque, in Actes de la Journée régionale de Gérontologie : 49-52.
- SAGNE A., HUSSON F. (1994) - Le travail de restauration d'un espace mental autour des personnes âgées dépendantes, Une lecture psychologique, in La revue du Généraliste et de la Gérontologie, numéro spécial, 27 : 125-127.
- SAGNE A., SAGNE I. (2000) - Se sentir protéger de l'intérieur, Peindre son paysage intérieur, in Revue des Informations gérontologiques départementales, n°32.
- SASSOLAS M. (sous la direction) et al. (1997) - Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social, Editions Erès.
- SCHILDER P. (1966) – L'image du corps, Paris, Gallimard.
- SCHMID A. H. (1995)- Dementia, related disorders and old age: Psychodynamic dimension in diagnosis and treatment, in American journal of psychoanalysis, 50 : 253-262.
- SHOHAM H., NEUSCHATZ S. (1985) - Group therapy with senile patients- Social work : 69-72.
- SIGNORET J.L., HAUW J.J. et al. (1999) - Maladie d'Alzheimer et autres démences, Paris, Flammarion.
- SIMEONE I. (1989) - Aspects psychodynamiques du vieillissement, in Gérontologie et société, n°46 : 10-19.
- SIMEONE I., PLOTON L. (1989) - Psychogériatrie, in Gérontologie et société, n°46.

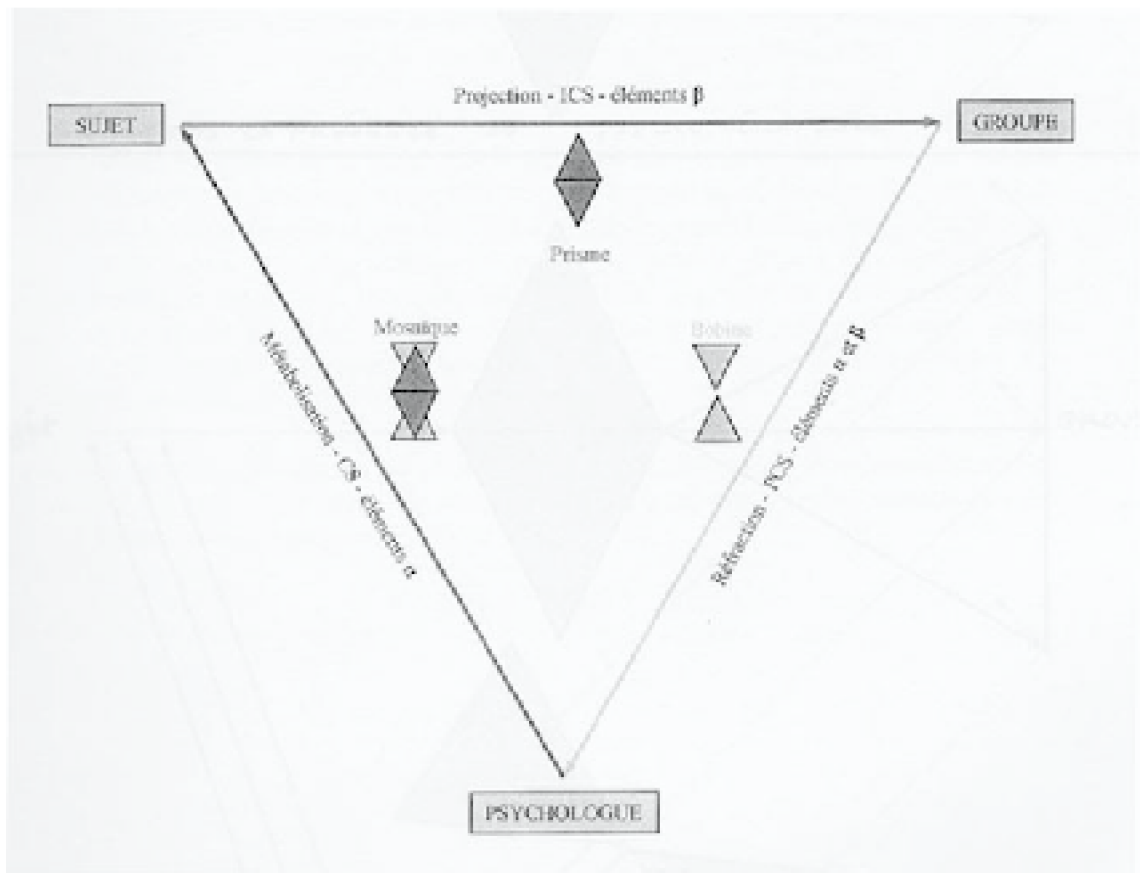
-
- SINASON V. (1992) - Mental handicap and the human condition, London, Free association.
- SNYDER L., QUAYHAGEN M., SHERPERD S., BOWER D. (1995) - Supportive seminar group- an intervention for early stage dementia patients, in *Gerontologist*, 35 : 691-695.
- SOLOMON K., SZWABO P. (1992) - Psychotherapy for patients with dementia, in Morley J.E., Coe M.R., et al., *Memory function and Aging related disorders*, New-York, Springer publishing.
- STERN D. (1983) – Le but et la structure du jeu mere-nourisson, in *La Psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 1 : 193-216.
- STILES W. B., SHAPIRO D. A., et al., (1995) - Therapist contribution to psychotherapeutics assimilation, An alternative to the drug metaphor, *British Journal of Medical Psychology*, 68 : 1-13.
- STOKES G., GOUDIE F. (1999) - Counseling confused elderly people, in Stokes G., Goudie F. et al., *Works with dementia*, Bicester, Oxon, Winslow.
- SUTTON L., CHESTON R. (1997) - Rewriting the story of dementia, A narrative approach to psychothapy with people with dementia, in Marschall M., *The cutting edge of dementia care*, London, Centre policy on Ageing.
- TALPIN JM. (1996) - Cadre institutionnel et cadre théorique dans le travail avec les déments, in *Evolution psychiatrique*, n°2.
- TALPIN JM. (1997) - Non-verbal et métapsychologie dans le travail psychothérapique avec les déments, in *Psychothérapies des démences*, Paris-John Libbey-Eurotxt.
- TALPIN JM. (1998) - Ethique et humanité imposée dans la prise en charge des déments, in *Psychothérapies des démences*, numéro spécial, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale de Langue Française*.
- TERI L., GALLAGER-THOMSON D. (1991) - Cognitive-behavioural intervention for treatment of depressive, in *Alzheimer's patients*, *Gerontologist*, 31 : 413-416.
- THOMAS-ANTERION C., GIRTANNER C., VASSAL P., HUSSON F., SAGNE A., LAURENT B., GONTHIER R. (1996) - Evaluation des troubles mnésiques dans la maladie d'alzheimer par le patient, sa famille et les soignants avant et après trois mois de prise en charge en hôpital de jour, in *l'Année gérontologique*, vol.3, supplément.
- THORNTON S., BROTCHE J. (1987) – Reminiscence, A critical review of the literature, in *British Journal of Clinical Psychology*, 26 : 93-111.
- TRILLET M., LAURENT B. (1988)- *Mémoire et amnésies*, Paris, Masson.
- VACHERET C. (1985) - photolangage et thérapie, in *Psychologie médicale*, 17, 9 : 1353-1355.
- VACHERET C. (1995) - Photolangage ou comment utiliser la photo en formation et en thérapie, in *Art thérapie*, 52 : 88-89.
- VACHERET C. (1999) - Le psychanalyste et le groupe à médiation- in *Groupes*, *Revue Française de Psychanalyse*, 3, tome LXIII, Paris, PUF.
- VAN DER LINDEN M. (1995) - Prise en charge des troubles de la mémoire dans la

- maladie d'Alzheimer, in Neuropsychologie clinique des démences, Evaluation et prise en charge, Marseille, Solal, 267-282.
- VAN DER LINDEN M. et HUPET M. et al. (1999) - Le vieillissement cognitif, Paris, PUF.
- VAN DER LINDEN M. et HUPET M. et al. (1994) - L'optimalisation du fonctionnement cognitif de la personne âgée, Les interventions cognitives, in Le vieillissement cognitif, Paris, PUF, 329-362.
- VAN DER LINDEN M. et HUPET M. et al. (1994) - Mémoire à long terme et vieillissement, in Le vieillissement cognitif, Paris, PUF., 87-140.
- VAN DER LINDEN et JUILLERAT A.C. (1998) - Prise en charge des déficits cognitifs chez les patients alzheimer, in Revue neurologique, 154 (suppl. 2), :137-143.
- VARELA F. (1988) - Invitation aux sciences cognitives, Paris, Points Seuil.
- VARELA F. (1989) - Autonomie et connaissance, Paris, Seuil.
- VELLAS B., FITTEN L.J., ALBAREDE J.L., (1994) - Maladie d'Alzheimer, in L'année gériatologique, 8, Paris, Serdi.
- VERHEY F., ROZENDALL N., PONDS R., JOLLES J. (1993) - Dementia, awareness and depression, in International Journal of Geriatric Psychiatry, 8 : 851-856.
- VERWOERDT A. (1976) - Clinical Gereopsychiatry, Baltimore, Williams and Wilkins.
- VERWOERDT A. (1988) - Individual psychotherapy in senile dementia, In Miller N., Cohen G., Clinical Aspects of Alzheimer's Disease and Senile dementia, New-York, Raven.
- WEISS L., LAZARUS L. W. (1993) - Psychosocial treatment of the gereopsychiatric patient, in International Journal of Geriatric Psychiatry, 8 : 95-100.
- WALLON H. (1942) - Les origines de la pensée chez l'enfant, Paris, PUF., (1975).
- WELDEN S., YESAVAGE J. (1982) - Behavioural improvement with relaxation training in senile dementia, in Clinical Gerontologist, 1 : 45-49.
- WHITEHEAD A. (1991) - Twenty years a-growing- Some current issues in behavioural psychotherapy with elderly people, in Behavioural psychotherapy, 19 : 92-99.
- WERTHEIMER J. (1989) - Troubles des conduites chez l'âgé, in Psychologie Médicale, Vol. 21, n°8.
- WERTHEIMER J. (1994) - Le sens du non sens dans les démences, A propos de la communication, in Revue médicale de la Suisse romande, 114 : 281-285.
- WERTHEIMER J. (1995) - Psychothérapies des démences, Mythe ou réalité ? in Psychologie Médicale, 27 : 127-131.
- WIDLOCHER D. (1974) - Quel usage faisons nous du concept de pulsion ? in Les pulsions pour quoi faire ? Paris, APF.
- VIGNAT J. P. (1985) - Evénements, circonstances, et décompensations psychopathologiques chez la personne âgée, in Psychologie Médicale, 17, 8 : 841-843.
- WINNICOTT D.W. (1974)- La crainte de l'effondrement, in Nouvelle Revue de Psychanalyse, 11 : 35-44 (1975).
- WINNICOTT D.W. (1958) - La capacité d'être seul, trad. Fr., De la Pédiatrie à la

-
- Psychanalyse, Paris, Payot (1969).
- WINNICOTT D.W. (1960) - Le contre-transfert, trad. Fr., De la Pédiatrie à la Psychanalyse, Paris, Payot (1969).
- WINNICOTT D.W. (1947) - La haine dans le contre-transfert, trad. Fr., De la Pédiatrie à la Psychanalyse, Paris, Payot (1969).
- WINNICOTT D.W. (1959) - Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, Etude de la première possession non-moi, trad. Fr., Jeu et Réalité, Paris, Gallimard (1975).
- WINNICOTT D.W. (1968) - L'utilisation de l'objet le mode de relation à l'objet au travers des identifications, trad. Fr., Jeu et Réalité, Paris, Gallimard (1975).
- WINNICOTT D.W. (1971) - Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, trad. Fr., Jeu et Réalité, Paris, Gallimard (1975).
- YALE R. (1994) - A guide to facilitating support groups for newly diagnosed Alzheimer's patients, Greater Francisco bay area, in The Alzheimer's Association.
- YALE R. (1995) - Developing support groups for individuals with Early-stage Alzheimer's disease, Planing Implementation and Evaluation, Baltimore, Health professions press.
- ZAZZO R. (1973) – La genèse de la connaissance de soi dans le miroir (la reconnaissance de soi dans l'image du miroir, film de l'auteur), in Angelergues R. et al., Psychologie de la connaissance de soi, Paris, PUF. (1975).

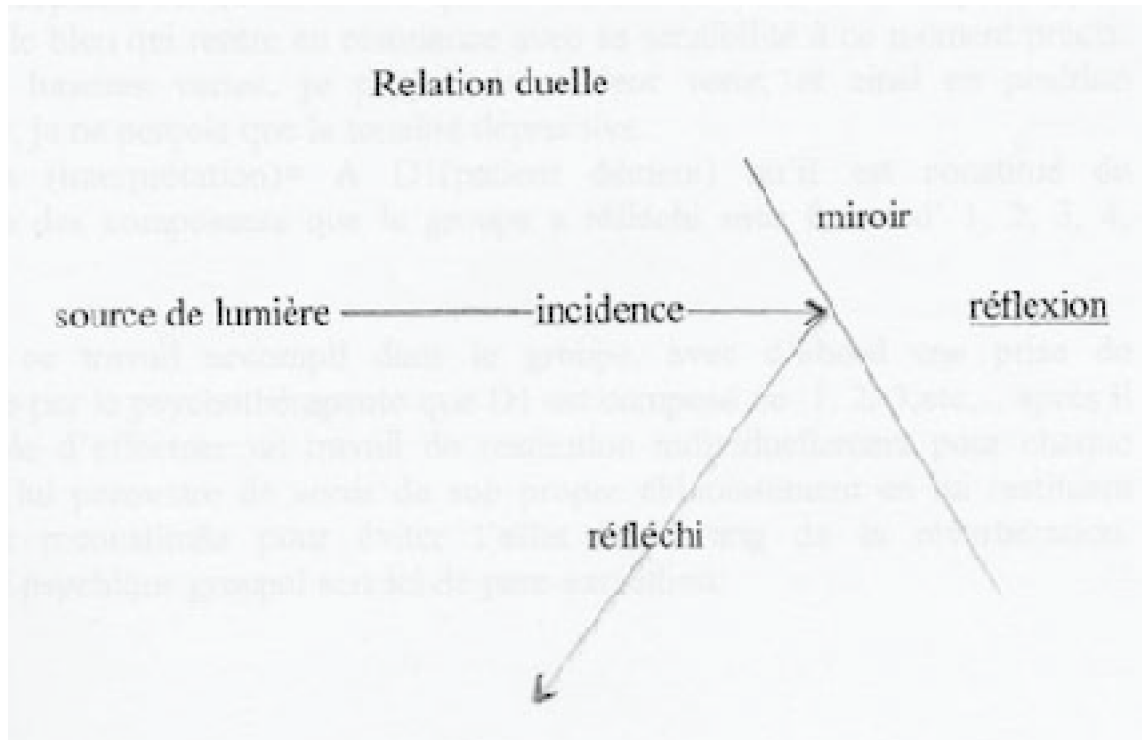
ANNEXES

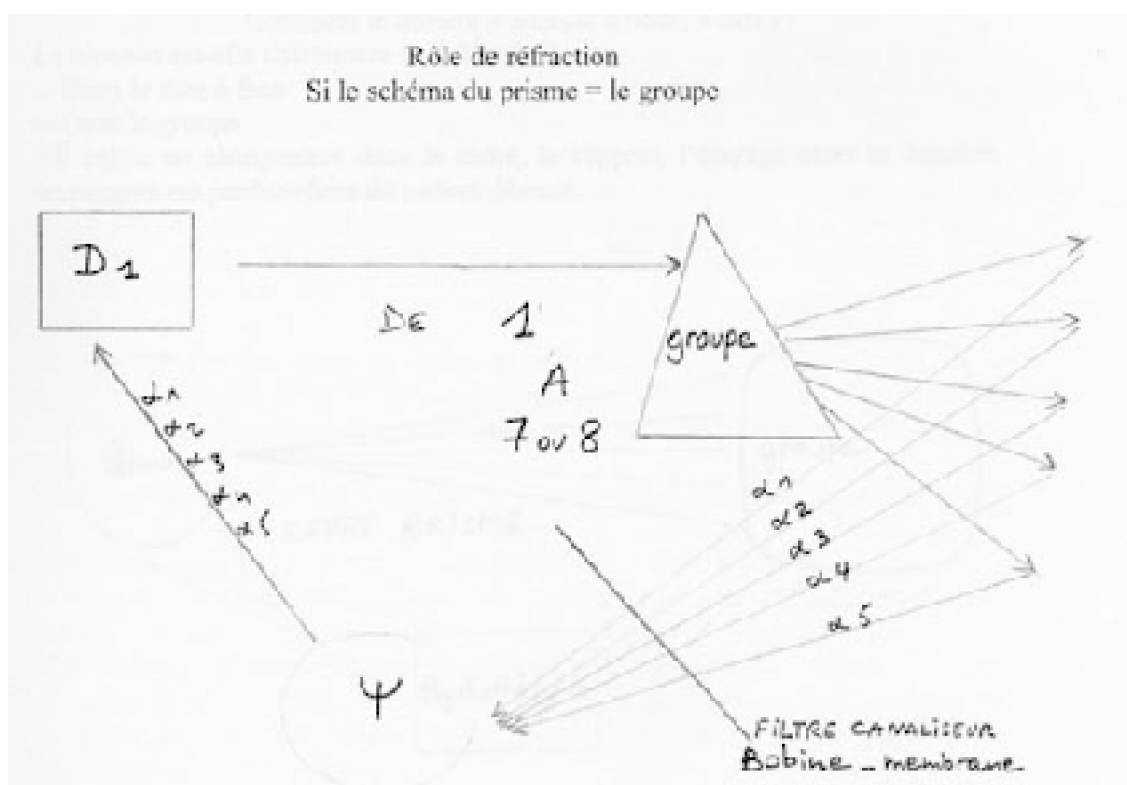
Schéma du prisme



souffrance et il rend compte de l'approche théorique et des possibilités de créativité et d'exploration des différents champs.

Le groupe « Nommons les choses » montre que le groupe fonctionne comme un prisme avec l'utilisation du support d'un tableau mural source d'attraction des éléments projetés par le prisme.





Avantage= disperser la lumière en fonction de la gamme d'ondes.

Chaque individu va percevoir ce que l'autre dépose en lui, en fonction de sa propre perception, tel qu'un miroir qui va refléter la couleur bleue parce qu'il n'y a que le bleu qui rentre en résonance avec sa sensibilité à ce moment précis. Avec des lunettes vertes, je perçois la couleur verte, et ainsi en position dépressive, je ne perçois que la tonalité dépressive.

Restitution (interprétation)= A D1(patient dément) qu'il est constitué de l'ensemble des composants que le groupe a réfléchi sous forme d' 1, 2, 3, 4, etc....

Une fois ce travail accompli dans le groupe, avec d'abord une prise de conscience par le psychothérapeute que D1 est composé de 1, 2, 3, etc... après il est possible d'effectuer un travail de restitution individuellement pour chaque patient et lui permettre de sortir de son propre éblouissement en lui restituant cette part reconstituée pour éviter l'effet boom-rang de la réverbération. L'appareil psychique groupal sert ici de pare-excitation.

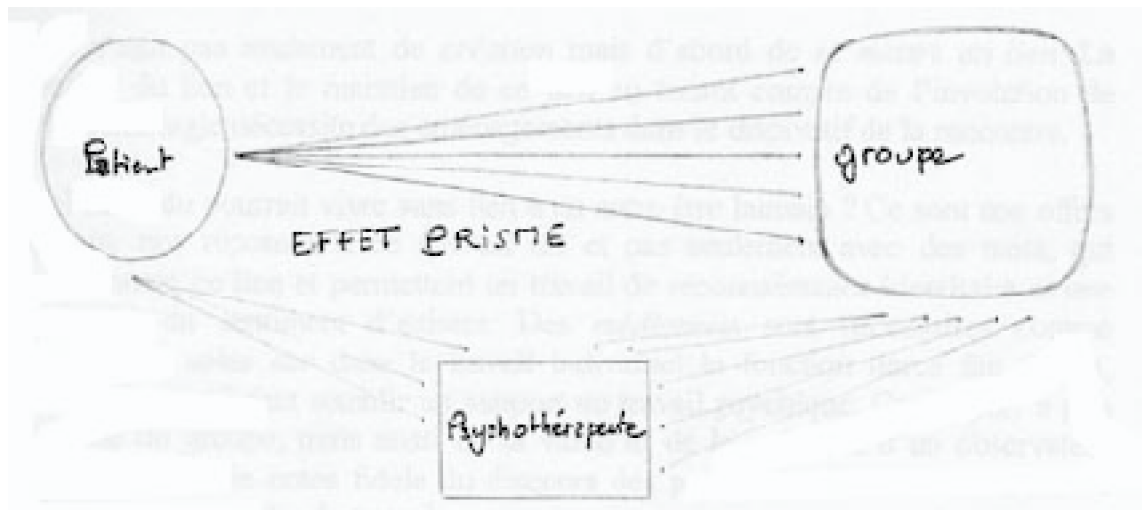
Comment le dément s'adresse à nous, à moi ?

La réponse est-elle strictement individuelle ?

---Dans le face à face

---Dans le groupe

s'il existe un changement dans le cadre, le support, l'étayage alors la fonction contenante est perdue=fuite du patient dément.



S'il y a un trop pleins d'émotions et d'affects alors le conteneur=la bobine groupale va transformer ces éléments en éléments alpha. Fonction de recueil et de transformation. Pour sortir du modèle de l'imitation, les autres patients renvoient que je ne peux pas être son modèle (exprimé par le comportement et par la parole) car le groupe fait paravent à cette tentation d'imitation du modèle (fonction copie) et oblige à une attitude d'individualisation pour redevenir quelqu'un de différencier parce que nous sommes plusieurs à lui parler et en retour je me sens mieux entendu par plusieurs « oreilles »=témoin que quelque chose se passe.

Dans le groupe centré sur le mode imitatif (cf. éléments cliniques), le patient qui se retrouve seul face à sa feuille blanche pour peindre reste sans capacité d'expression et l'imitation du sujet « sain » ne fonctionne pas car le patient reste indifférencié. Pour que cela fonctionne, je dois me diriger vers l'autre, me rattacher à lui, me raccrocher d'abord pour me sentir exister. Je vais exister si je répond à la consigne d'imitation mais cette consigne n'a pas de sens en soi, alors je me met à imiter n'importe quoi et je reste dans l'immédiateté. Dans un cadre ça donne un sens du fait des résonances et de la capacité de restitution et de transformation.

L'accompagnement dans la durée des sujets âgés déments nous confronte à une psychologie des limites qui correspond à une clinique de la régression. La notion d'un *chez-soi* dans la démence correspond à la recherche d'une *intérieurité* pour garder ou retrouver le *contact avec soi-même*. Cette clinique est basée sur la présence de quelqu'un doté d'une fonction d'écoute maternelle. En ce sens la clinique de la démence confirme que l'appareil psychique se construit dans la rencontre et dans l'intersubjectif. L'idée d'une *bobine de groupe* à l'image de la bobine freudienne est à l'image de la *création d'un lien* et de l'instauration d'un jeu relationnel.

Il ne s'agit pas seulement de *création* mais d'abord de *se mettre en lien*. La création du lien et le maintien de ce lien en tenant compte de l'involution de cette pathologie nécessite des aménagements dans le dispositif de la rencontre.

Quel individu pourrait vivre sans lien à un autre être humain ? Ce sont nos offres de soin, nos réponses à ce qui est dit et pas seulement avec des mots, qui maintiennent ce lien et permettent un travail de reconnaissance identitaire et une continuité du sentiment

d'exister. Des *médiations* sont nécessaires comme activités de soins car dans le travail individuel la fonction tierce fait défaut, c'est-à-dire qu'il faut rétablir un support au travail psychique. Ce support a pris la forme du groupe, mais aussi de la vidéo et de la présence d'un observateur avec une prise de notes fidèle du discours des patients en interaction. C'est ce qui constitue un cadre de travail.

Les groupes à médiation permettent d'ouvrir à nouveau sur l'imaginaire qui est une façon de se projeter dans l'avenir et d'être à nouveau quelqu'un. C'est aussi un dispositif pour pouvoir continuer d'accompagner les personnes démentes dans l'évolution de leur pathologie le plus longtemps possible et se donner un dispositif pour pouvoir penser et en particulier la fonction de *méconnaissance* liée à la notion de *réverbération*. C'est aussi un lieu et un temps pour faire exister nos représentations au sein du groupe pour permettre un « dégel » de la pensée. Le groupe permet de garder une proximité sans que l'autre ne se sente menacé. Le cadre de ces groupes s'est d'ailleurs construit au fur et à mesure des rencontres. Ainsi a pu apparaître peu à peu les différents niveaux de complexité de ce que l'expérience de travail en groupe a pu mettre en évidence.

L'idée du *prisme* développée dans la troisième partie devient un outil de représentation qui passe par l'auto représentation de soi pour se sentir, se voir, s'entendre en présence de quelqu'un. Cette auto-représentation se constitue au fil des rencontres et permet de penser et d'agir à sa manière en se différenciant peu à peu d'une simple copie de modèles pour aller vers une figuration de soi c'est-à-dire un certain travail de symbolisation. Pour que chacun puisse donner du sens à l'expérience actuelle et réintégrer ce travail commun dans une histoire.

Si la démence se présente comme la maladie du lien, l'approche psychothérapeutique, ici en questionnement, concerne la problématique du sujet dément. C'est ce qu'indique le titre de ce travail **«subjectivation et intersubjectivité recrées dans la démence : Contribution à l'étude des psychothérapies du sujet âgé dément»**.

L'intersubjectivité est la prise en compte de la souffrance du sujet âgé qui se divise en se démentifiant, en perdant son espace psychique entre son être et son double spéculaire. La démence signe la perte par «dé» privatif, et «mens» esprit ; perte de la raison.

L'approche par la groupalité est une manière de restituer au patient une place et un temps pour se réapproprier ce qu'il ne peut nommer et penser et ce à voix haute.

La clinique, telle que je peux essayer d'en rendre compte pour moi-même et pour les autres montre que la capacité de se mettre à l'écoute relance la capacité de s'investir en tant que sujet désirant. Ce travail passe par le plaisir à penser, à échanger, à produire et à s'intéresser à soi par le détour de quelqu'un, un quelqu'un qui a une fonction d'écoute maternelle. Le travail de création se situe dans la création d'un lien dont le point nodal est ce qui nous organise comme être humain.

La méthodologie est celle de l'observation clinique, c'est la dynamique d'une recherche exploratoire et théorique, plutôt que démonstrative et statistique. Dans la perspective psychothérapeutique qui est la mienne, mettre l'accent sur la détérioration cognitive, de la mémoire en particulier serait un peu à l'image de l'arbre qui cache la forêt.

Les plaintes, les souffrances exprimées et par le patient et par son environnement familial interrogent du côté de la blessure narcissique individuelle et familiale tant l'événement démence fait traumatisme. Ce fil rouge, dénoué par la démence est difficile à suivre tellement il nous pose des questions du côté de la perte, de la séparation, du manque et tellement il me pose la question de voir son semblable s'absenter de lui-même. C'est ce qui justifie, à mon sens, une approche par la voie du contre-transfert en regard d'un sujet en situation non plus de dégénérescence mais de dégénération.

Car la démence vient dénouer les fils qui ont été tissés par le lien familial.

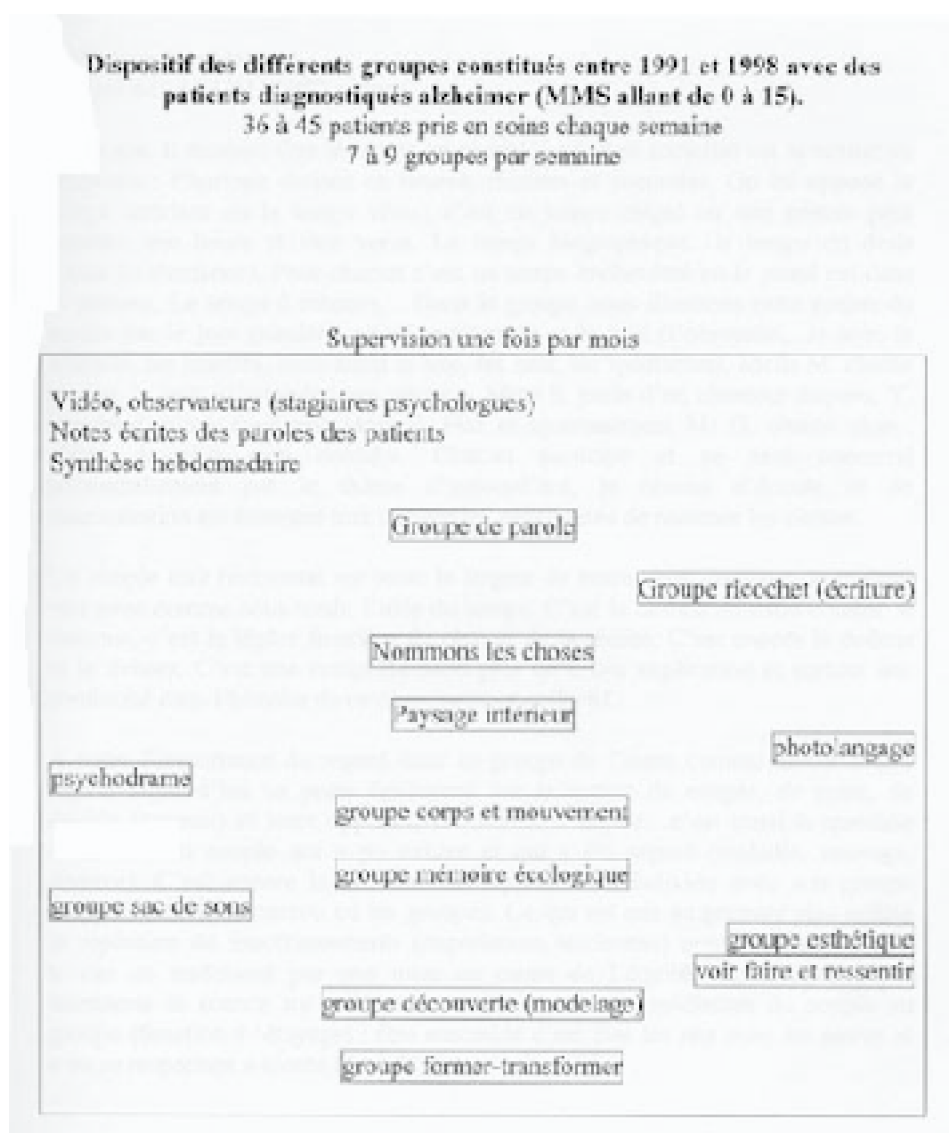
Un mouvement transférentiel intense s'instaure alors.

Le sujet dément nous invite à être au R.D.V. de la rencontre. Un travail de co-lecture s'engage : cela signifie une *lecture* de la rétrospective de vie, de l'histoire de vie ; comment ce lien a été noué et construit ? et d'autre part un travail de *reliure* de ce qui fait retour auto-destructeur car la confrontation entre soi et son double est mortelle. Ce qui fait retour est peut-être aussi cette non reconnaissance par l'autre figurée par l'échec de la sénescence.

J'ai supposé que «*la mémoire re-vient en présence de quelqu'un*» en m'appuyant sur l'idée que la mémoire se constitue aussi en présence de quelqu'un. C'est souligné fortement l'importance de la qualité de l'investissement du thérapeute qui anticipe sur la qualité de la relation à venir. L'investissement détermine la capacité à être en lien, dans le jeu, dans le symbolique.

Dans le cadre psychothérapique, j'ai fait l'hypothèse également de la capacité d'être seul dans le groupe sur le mode de la capacité d'être seul qui comme vous le savez est la capacité d'être seul en présence de quelqu'un. Il s'agit là de la figuration d'un sentiment de solitude positivement vécu, et j'ajouterai d'un narcissisme suffisamment positif et investi.

La démence se présente de l'autre côté du rapport au miroir que j'appelle l'anté-miroir. L'anté-miroir représente-t-il l'antémémoire c'est-à-dire la mémoire groupale-familiale ?



Nommons les choses

Séance du 14/11/91 (19^{ème} séance)

Le temps. Il faudrait dire le temps au pluriel. Le temps socialisé est la norme de référence : l'horloge divisée en heures, minutes et secondes. On lui oppose le temps intérieur ou le temps vécu ; c'est un temps inégal où une minute peut paraître une heure et vice versa. Le temps biographique... le temps du désir (celui de l'enfance). Pour chacun c'est un temps enchevêtré où le passé est dans le présent. Le temps à rebours... Dans le groupe nous illustrons cette notion du temps par le jour (lumière, clarté, ouverture) et la nuit (l'obscurité, le soir, la solitude, les lunettes, mais aussi la fête, les bals, les spectacles). Melle M. chante le jour, la nuit « j'attendrai ton retour ». Mme S. parle d'un chanteur disparu, Y. Montand. Nous évoquons alors E. Piaf et spontanément Mr G. chante alors : « non, je n'ai rien oublié ». Chacun participe et se sent concerné personnellement par le thème d'aujourd'hui, le niveau d'écoute et de concentration est étonnant tout comme les possibilités de nommer les choses.

Un simple trait horizontal sur toute la largeur de notre objet commun, le tableau vert avec comme sous-tendu l'idée du temps. C'est le dessus terrestre comme le dessous, c'est la légère frontière du rêve et de la réalité. C'est encore le dedans et le dehors. C'est une compréhension plus qu'à une explication et surtout une continuité dans l'histoire de ce cheminement collectif.

A noter l'importance du regard dans ce groupe de l'autre comme miroir. Notre regard aujourd'hui se porte également sur la notion de couple, de paire, de double (jumeau) et leurs opposés, la solitude, l'impair...c'est aussi la question centrale d'un couple qui a pu exister et qui a été séparé (maladie, veuvage, divorce). C'est encore la question du rapport d'un individu avec son groupe d'appartenance, le canton ou les groupes. Ce qui est mis au premier plan reflète la répétition de fonctionnements (expériences anciennes) nouveaux qui suivant le cas se traduisent par une mise en cause de l'équilibre personnel. Nous terminons la séance sur « l'être ensemble » passage, médiation du couple au groupe (fonction d'étayage) : être ensemble c'est être les uns avec les autres et « en se respectant » ajoute Mme V.

Nommons les choses

Séance du 18/07/91 (9^{ème} séance)

C'est la première fois, en l'absence de trois personnes dans le groupe, qu'une participante demande « de faire un album souvenir ». A la fin de la première séance de ce groupe cette même patiente avait demandé une photo du tableau. Cette demande entraîne la question des multiples séparations ainsi que le thème de la vie, de l'amour et de la mort. Comment chacun peut affronter son existence ? Nous avons relié et verbalisé l'idée d'effacer le tableau à la question de la séparation en fin de chaque séance et c'est aussi accepter de perdre quelque chose pour gagner autre chose.

La séance de ce jour tourne autour de la question : « faire un groupe ». « Que faut-il faire ou il n'y a rien à faire ? » demande Mr. G. et Mr. B. tente alors de prendre la place de leader en proposant aux autres de faire un groupe. Schématiquement le déroulement de la séance se fait par période de silence et par période de prise de paroles à plusieurs. Melle A. souligne son impatience par cette expression « qu'est-ce-qu'on peut faire ? »

Peu à peu le groupe Nommons les choses prend tout sens par la constitution et l'aménagement d'un espace à la fois intérieur et commun partagé dans le remaniement d'une parole maintenant nommée et adressée à quelqu'un. Nous sommes plus de deux pour le dire.

Nommons les choses

Séance du 13/02/1992 (29^{ème} séance)

Voir, un seul mot qui a mobilisé l'attention d'une assemblée pendant une heure. Et on découvre la richesse des associations de tout un groupe autour de la notion de vision-regard mais surtout sur la notion vision-relation. Plusieurs personnes peuvent témoigner individuellement de cette importance vitale à l'égard des autres, c'est-à-dire une façon d'être en contact (parole, écoute). ON peut voir avec les yeux autant qu'avec les mains ou les sentiments. Par la mémoire :»une petite boîte, on peut enregistrer des informations et s'en servir le moment voulu» nous dit madame B. On peut parler avec

quelqu'un mais aussi de quelqu'un en son absence. La mémoire nous permet de rendre l'autre présent. L'expression « être dans le brouillard » de monsieur R. en dit long sur la façon d'entendre le mot voir. Ce qui amène le groupe à la notion de peur de vivre et non celle de mourir. Il y a un ensemble de paroles qui reflètent la peur de la peur et qui plonge la personne dans le flou. Cela « ouvre des voix (es) » conclut mademoiselle M.

Nommons les choses

Séance du 02/04/1992 (36^{ème} séance)

L'évolution de ce groupe montre le désir d'avoir un projet différent d'un projet de rééducation. Les participants de cet atelier ne sont pas de simples consommateurs d'animation, voir d'apprentissage du langage ou de la mémoire. Au contraire, il y a comme un retournement (consommateur-acteur) qui « m'oblige » dès le début de la séance à modifier le thème prévu. Plus encore ce n'est plus le thème comme support mais le lien entre les personnes qui devient support. Les membres du groupe deviennent ceux qui savent (les professeurs) car il y a un renversement des rôles. Le groupe ainsi s'est (re) approprié ce qui lui appartient ici et maintenant en faisant revivre son histoire. Le thème est utilisé alors comme support de l'histoire des individus avec des évocations précises des faits marquants du passé, accompagnées d'une émotion. En cela l'atelier devient lieu de soins puisque lieu de parole dans la dynamique de groupe. Le thème, la main et sa symbolique se transforme en récolte collective ou chacun peut laisser la trace de son empreinte sur le tableau. A partir de l'association de mots et d'idées sur la main (communiquer, toucher, agir, caresses) mademoiselle V. évoque le drapeau porté par la main de son père mort en 1916 pour la France. Ce qui nous permet de resituer son père, Pierre avec tous les honneurs et une certaine jubilation de cette patiente applaudie par les participants. Personne n'a posé sa main au hasard sur le tableau, «la main gauche celle du cœur» dit mademoiselle V. Chacun fait son commentaire, pas de désorientation spatiale, pas de comportement dément. Madame C. arrive au tableau et désigne une main, elle pose sa main à côté et dit : «ma main à côté de celle d'Henri» et d'ajouter «c'est la main de mon mari» (la main du patient qui porte le même prénom que le mari de madame C. Ce qui nous donne à penser que lorsque la vie affective, émotionnelle, réapparaît, les personnes dites démentes redeviennent, l'espace d'une séance, cohérentes et dans une certaine altérité. J'existe par rapport à un autre et la présence de cet autre absent peut exister à nouveau ; elle est figurée dans le groupe à partir de l'image globale de la main des 8.

Séance proche d'un groupe de parole dans la richesse du vocabulaire et l'expression des idées et des sentiments.

Des événements sont revécus dans ce nouvel environnement (le groupe) mais en référence à des lieux et à des personnes autres. L'intensité affective reste forte malgré les années d'écart et une patiente ajoutera «le résultat est le même». Notre projet est bien dans ce fil là puisqu'il s'agit de mobiliser ce qui est à l'intérieur, c'est aussi accorder du sens à la parole.

Ce groupe a fonctionné pendant 68 séances jusqu'au 26 juin 1992.

Groupe de parole

Séance du 17/09/1992

Entrer dans le cercle du groupe ; un patient qui déambule, un autre qui refuse de s'asseoir. Monsieur C. demande s'il s'agit d'une maladie contagieuse ? et de nous dire encore «la longueur de la vie nous est raccourcie». La vie relationnelle est raccourcie, mais c'est aussi une plainte «j'ai les mains qui tremblent» ou encore la difficulté de s'écouter : «on peut aller bien à condition de ne pas s'écouter» dit madame B. Est-ce la maladie de ne pas s'écouter ?

Puis un dialogue s'instaure entre monsieur C. et madame R. qui se transforme peu à peu en jeu de rôle mettant en scène deux personnages qui racontent leur histoire. «Personnellement je ne lâcherai pas la partie» (Mr ; C.), «non, vous ne sentez pas que vous perdez la vie, vous la maintenez. Avec votre façon de faire, de vivre, vous la conserver et vous irez jusqu'au bout. Je vais vous y conduire». Les deux participants se retrouvent face aux autres membres du groupe, puis une autre personne se lève à son tour, sourit, nous regarde et dit «j'ai besoin d'aller quelque part...» et le dialogue reprend : «Il est dans une autre vie... vous nous surprenez c'est dur de vous suivre» ce à quoi madame R. répond «il est difficile de se voir dans sa vie» puis se tourne vers monsieur C. et dit «revenez vers votre vie», «je ne suis pas complètement mort... c'est pas par hasard que vous vous trouvez sur notre route».

«Ce sont de belles paroles, veuillez vous asseoir sur votre chaise» (Mme R.)

«merci madame, Dieu peut faire beaucoup»

«de quoi avez-vous envie ?»

«j'ai peur...quand on meurt, on se bat, il faut se révolter»

«J'ai peur de mourir (en écho), je fais la démente, ah un dément c'est pas si dément que ça !».

La séance se termine par des pleurs de cette patiente qui exprime sa recherche «d'un récipient accueillant».

Groupe de parole

Séance du 31/10/92

Petit à petit et suivant le rythme respecté du tempo du groupe, chaque participant s'engage peu à peu pour parler de soi. Madame H. compare le groupe à un théâtre, c'est la vision de deux peintures murales dans la pièce qui lui fait évoquer cette comparaison. Ensuite elle peut définir ce temps de groupe : «c'est un lieu pour parler et dire ce qu'on veut, c'est bien pratique...». A ce moment un patient nous dit que «l'horloge va trop vite...»je suis (sais ?) ou on veut en venir, le cœur bat fort après ça devrait reprendre son allure habituelle, c'est le cœur d'après le docteur». Chacun est invité à s'exprimer sur sa perception des peintures exposées dans la pièce pendant qu'une patiente nous affirme qu'il n'y a rien à voir. Madame P. pense au temps où elle était encore une enfant. Cette patiente nous dit aussi qu'elle n'admet pas que ses enfants volent de leur propres ailes et ajoute après un long temps de silence «rendez-moi à ma vie idiote...» surtout ne pas rompre le fil et chercher une cohérence pour lutter contre la co-errance. Une patiente sait bien mais quand même : «pour continuer d'aimer, il faut garder ses parents vivants.»

Groupe de parole

Séance du 24/09/1992

Le thème de la séance tourne autour de la dépendance et de l'enfermement à partir de l'évocation des vacances, des séparations. Une patiente a changé de coiffure ce qui est remarqué par certains : «ça vous rajeunit» ...»j'ai opté pour ici». «dans ma cervelle, je me pose des questions, comment ça se passe». Cette patiente a la coiffure changée a peur de «se faire mal valoir par le groupe». Madame P. dit alors qu'elle me reconnaît «vous êtes le fils de la maison». La séance se continue sur le thème de la perte, avec des «voiles moyenâgeux» qui apparaissent comme le terme «galimatia» puis cette patiente qui en fin de séance fait le tour du cercle en touchant chaque personne et nous dit «je veux quitter le cercle qui est un carré».

Groupe de parole

Séance du 28/02/93

Nous avons depuis plusieurs séances proposer d'adresser à chaque membre du groupe une invitation écrite chaque semaine pour rappeler l'heure et le jour de rencontre. Madame M. se plaint de n'avoir pas été prévenue suffisamment tôt pur sa participation. Elle parle d'événements. Madame S. Nous parle ce jour des soins qu'elle a apporté à son papa mort des suites d'un cancer des poumons, elle situe cette période 40 ans en arrière vers 1954 et se demande comment elle aurait pu sauver son papa. Le travail associatif est lancé et en même temps la patiente est interrompue par sa voisine «moi, c'est l'Algérie qui me hante, l'Algérie mon enfance, ma jeunesse, et entre les deux guerres ; mes grands-parents avaient des postes importants et moi petite...» Madame C. prend ensuite la parole «maintenant je peux continuer...la dernière de 8 enfants, à l'école vers 9/10 ans. C'est drôle, il me manque une lettre pour faire une phrase, je suis plutôt un peu dure, pas souple, y a que eizeinover (alzheimer ?) qui fait pas souffrir...j'ai du mal à regarder...en dedans, oui ça fait comme une enflure c'est incurable».

Groupe de parole

Séance du 20/03/1992

57^{ème} séance

Qui l'aurait cru ? A cette question restée sans réponse madame C. répond qu'elle a versé de l'argent ici (dans le groupe) et qu'elle est sans le sous : «c'est un groupe sans parole» nous dit-elle. Puis monsieur R. se lève et (lui) demande : «pour vous qu'est-ce qui ne va pas ?» «c'est la santé» répond madame C. , «je suis tombée 2 fois sans le savoir euh... sans avoir pourquoi». «Qu'est-ce qui ne va pas chez vous madame BOSS dans votre famille ?» «c'était un enfant atteint de la maladie d'ezheinover ; chaque fois qu'il cherche un mot, il ne le trouve pas en disant :je sais, je sais». «chez-moi aussi rien ne va», «ah, je ne suis pa sà mo,n aise ici» moi, «je suis malheureuse parce que mes enfants sont partis, je suis en dehors de toute ma vie». «j'ai honte d'en arriver là, je suis une vieille femme... c'est monstrueux» ; «ah oui, nous sommes dans le brouillard , et tout est mélangé en moi». «c'est plus facile de se dérober... de soi-même».

«continuer si vous voulez mais moi je m'en vais ou donner une page de guérison».

Les groupes médiatisés représentent un étayage à la verbalisation et à la symbolisation (projet écrit par Alain Sagne en janvier 1991).

En préliminaire nous dirons que plus l'autonomisation psychologique est faible et plus il nous faut être attentif au cadre et à l'environnement.

Les soignants de l'institution gardent en tête le souci de répondre aux capacités et aux demandes de chaque personne. Comment peut-on faire ou faire dire indirectement au lieu de parler, lorsque la parole devient défaillante ? C'est pour cela que nous voulons mettre à la disposition des patients différentes médiations.

Des sous groupes sont créés et nécessitent la multiplicité des dispositifs. La toile de fond de ces groupes est relationnelle.

Quels sont les différents groupes ? (nature de la médiation) (cf. Page 10 des annexes).

Cadre de référence de ces groupes :

L'évolution de la réflexion autour des modalités de prise en charge des patients a permis de penser un dispositif de groupe à médiations comme outil plus adapté à la capacité des patients et pour les accompagner dans la durée.

La création de ces groupes médiatisés *dépend de l'organisation psychique actuelle de chaque personne* :

Quel médium choisir pour telle personne ?

Pourquoi en groupe ?

Nature de la médiation ?

Nous pouvons situer ces médiations à partir des possibilités d'utiliser ou non le langage verbal, pour *transmettre quelque chose de soi*.

Certaines personnes peuvent exprimer leur réalité interne avec des mots sans le support d'autre chose. La médiation est le langage, c'est-à-dire la capacité de jouer avec les mots. Par exemple ; j'ai mal au cœur, j'ai le cœur gros signifie je suis triste (*groupe de parole, gardons le contact*).

D'autres personnes n'ont pas une capacité suffisante de transférer dans le langage quelque chose de leur réalité intérieure et de leur capacité psychique. Il faut un support matériel de choses pour que la réalité intérieure s'exprime par la présence concrète d'objets. Ces personnes gardent la capacité de donner vie à l'objet, de le transformer et d'en faire un objet de relation (donner/recevoir) (*groupe nommons les choses et groupe peinture/paysage intérieur*). Il s'agit de passer de la représentation de choses à la représentation de mots. C'est aussi travailler sur la notion de figuration, d'images visuelles pour favoriser la mise en représentation.

D'autres personnes ont perdu la capacité d'utiliser le langage verbal et ces patients ont des difficultés pour animer les objets. Le soignant se prête alors comme objet de relation, et devient objet de médiation. Il prête à autrui en quelque sorte sa capacité à représenter les choses/objets (*groupe découverte, mouvement*). Une mise en groupe qui permet d'aider à retrouver les sensations à travers le mouvement du corps et une partie

de son identité. Il s'agit de favoriser le vécu, l'estime de soi, la confiance en soi. C'est aussi apprendre à utiliser le matériau terre pour passer d'une activité répétitive, compulsive voire d'absorber la terre ou boire l'eau de la peinture au sens donné par le regard et la parole. C'est un mouvement de transformation contre un mouvement de destruction.

Les photos des pages suivantes illustrent le cheminement et l'évolution des groupes *corps* et peinture *paysage intérieur* qui montrent l'évolution des productions individuelles et de groupe qui passent par un temps d'imitation (fonction copie) de l'animateur du groupe, avec des séances de dessin centré sur la connaissance du schéma corporel puis les productions en groupe progressent vers l'image de soi, l'image de son corps à la découverte de son paysage intérieur.

