Figurabilité de l'objet et troubles du comportement dans la démence
The figurative potential of the object and disturbed behavior in dementia

Titre abrégé : Figurabilité de l'objet et troubles du comportement

C. Fourques

Psychologue clinicienne

Doctorante, laboratoire PCPP, Paris Descartes, Université Sorbonne Paris Cité

Adresse professionnelle :

Résidence Klarène

Bvd Isaac Pereire

77220 Tournan en Brie

Catherine Fourques

cat_morreel@yahoo.fr

Adresse personnelle :

6, rue d'Aquitaine 91850 Bouray sur Juine

Tel : 06.10.59.42.79

Résumé

Dans la démence, la détérioration cognitive et la désorganisation psychique sapent le travail des processus de liaison et de régulation des tensions. L'angoisse non liée est susceptible de s'exprimer au travers de comportements troublés. L'investissement objectal, fortement conservé malgré la maladie, et plus particulièrement les qualités concrètes et figuratives de l'objet viennent soutenir les processus de symbolisation et d'internalisation mis à mal eux-aussi. Adossée au référentiel psychanalytique, la réflexion de l'auteure s'enrichit de son expérience clinique sur le terrain et d'une démarche de recherche scientifique pour mettre en évidence le rôle étayant de l'objet réel dans la convocation défensive de l'objet interne.

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer ; symbolisation ; angoisse ; objet interne ; méthodes projectives.

Summary

In dementia, cognitive deterioration and psychic disorganization undermine the processes of binding and the regulation of tension. The unrelated anxiety can express itself through disturbed behaviors. Object investment, well preserved in spite of the illness, and particularly the concrete and figurative attributes of the object sustain the processes of symbolization and internalization that have also been damaged. With reference to psychoanalytic theory, the reflection of the author is based on her clinical experience and on a research approach aiming to highlight the supportive role of the real object in the defensive invocation of the internal object.

Keywords: Alzheimer's disease; symbolization; anxiety; internal object; projective methods.

Cet article est pour nous l'occasion de mettre en évidence le lien étroit entre la clinique et la recherche et de partager une préoccupation très actuelle qui est celle de défendre l'intérêt d'associer au modèle cognitif et médical, un regard porté par le référentiel psychanalytique dans la compréhension et la prise en charge des pathologies démentielles et notamment en institution. En effet, une démarche de recherche adossée à une clinique sur le terrain s'enrichit des expériences vécues qui alimentent et stimulent la réflexion théorico clinique. C'est ce double mouvement, ces allers et retours entre recherche de scientificité et expérience de terrain, qui nourrissent de manière féconde la réflexion et engendrent une dynamique productive dans la prise en charge de nos patients en institution.

Le travail en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), confronte régulièrement le personnel à la difficulté de prendre en charge les troubles du comportement manifestés par les personnes âgées souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Les équipes soignantes, bien souvent prises dans l'urgence des soins de nursing à prodiguer, manquent de distance suffisante pour penser ces comportements et y mettre du sens. Le référentiel psychanalytique apparaît comme une ressource précieuse en offrant une lecture porteuse de sens aux comportements troublés qui peuvent laisser parfois une impression d'étrangeté qui déstabilise les proches et les professionnels. Malgré l'atteinte organique avérée, la vie psychique et la pensée perdurent, masquées derrière un épais brouillard de déficits cognitifs et psychiques et susceptibles de se manifester. De plus, la complémentarité entre l'approche psychodynamique et l'approche cognitive et neurologique permet à la fois de rendre compte des effets déstructurants de la maladie sur le plan cognitif et psychique mais également de mettre en évidence les modifications psychiques dues au vécu même de la maladie.

La recherche que nous menons actuellement au sein de quatre institutions de type EHPAD, s'intéresse aux ressources potentielles que le psychisme a à sa disposition pour appréhender les nombreux bouleversements dus à la maladie démentielle et tenter de rassembler et préserver la cohérence identitaire malgré ce qui se délite tant sur le plan psychique que cognitif. A partir de l'observation sur le terrain de la conservation d'un investissement objectal fort, nous pensons que l'objet, et notamment ses qualités concrètes et figuratives, s'avère être un étayage précieux au processus de symbolisation très altéré par la maladie, participant, pour un temps, à la régulation des tensions et excitations chez la personne malade. La qualité du lien relationnel sous-tend cet étayage en soutenant la reprise du travail de liaison entravé par la maladie.

Nous allons présenter plusieurs vignettes cliniques montrant comment l'objet réel peut être employé comme support défensif à la tentative de contenir un éprouvé effractant, de l'ordre d'une angoisse qui peut survenir de façon soudaine chez une personne âgée souffrant de maladie démentielle. Cette angoisse peut être issue du monde réel (le départ en vacances des proches, un anniversaire...) ou bien sembler provenir du monde interne de la personne (sans élément déclencheur objectivable). Elle est en générale massive et coûteuse pour celui ou celle qui l'éprouve et s'exprime par des comportements troublés. Freud [1] considère au départ de ses travaux sur la théorie de l'angoisse que la première forme d'angoisse trouve son origine dans l'éprouvé de désaide initialement vécu lors d'un événement extérieur dont le prototype est une expérience sensorielle, la naissance, rejoignant alors la conception de Ferenczi [2]. Puis, par la suite, il nuance son propos et s'éloigne de sa conception initiale. Il propose que l'angoisse **soit** liée à la perte de l'objet (les formes primitives de l'angoisse

deviennent l'angoisse de perte de l'objet et l'angoisse de perte de l'amour de l'objet). L'éprouvé de désaide est ainsi ressenti lors de situations où l'objet primaire (l'objet maternel) fait défaut [1]. Dans le cadre de maladie démentielle, l'atteinte du processus de symbolisation et d'internalisation freine, voire entrave, le recours à des objets internes potentiellement rassurants. L'effraction de cette tension dans le Moi met ce dernier à l'épreuve et implique de trouver d'autres voies de dégagement. Le corps, les agirs en sont des exemples. En institution gériatrique, l'expression de cette angoisse se fait sous différentes formes.

La recherche anxieuse

Régulièrement, au moment du goûter, Mme E. se dirige vers la porte d'entrée de la résidence où elle est accueillie afin, dit-elle, « d'aller chercher ses enfants à l'école ». Devant l'évidente incompréhension des soignants qui se positionnent entre elle et la porte cherchant à lui faire faire demi-tour, elle ajoute : « ils sont trop jeunes pour rester seuls, j'ai personne pour aller les chercher, emmenez-moi les chercher ». Elle ponctue ses propos par des gestes saccadés, une agitation globale et une agressivité à peine contenue dans le ton de sa voix. Son attitude révèle une urgence à agir, d'autant que Mme E. regarde l'heure à la pendule de l'accueil et justifie cette urgence par les minutes qui passent et qui la séparent de ses enfants. Urgence à laquelle les soignants se heurtent, démunis face à l'incohérence du discours de Mme E.

Lors d'une communication présentée lors du colloque de la revue *Cliniques* sur le thème de la Peur en institution en mars 2017, Caleca [3] propose de comprendre dans « ces recherches anxieuses » chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, outre l'impact des atteintes neuronales supports des processus mnésiques, la mise en évidence de la « défaillance de la permanence de l'objet » au sens où Winnicott [4] l'entend lorsqu'il développe la notion d'aire transitionnelle. La capacité de l'enfant à jouer dans cet espace intermédiaire, entre-deux, entre interne et externe où l'objet est à la fois réel et imaginaire va paradoxalement permettre la distinction entre le monde interne et le monde externe et le déploiement d'un espace subjectif singulier. L'enfant acquerra la capacité à être seul par l'intériorisation du sentiment de continuité d'être et la possibilité de se re-présenter un objet en son absence. Sous l'effet de la démentalisation [5], le processus de symbolisation se fragilise et échoue dans sa fonction différenciatrice. Le réel et l'imaginaire se confondent entraînant chez la personne malade des éprouvés d'angoisse. Le sentiment de continuité d'exister est attaqué et il en est de même du processus d'internalisation. La convocation d'un objet interne possiblement rassurant est rendue difficile, voire inefficace. L'angoisse non liée envahit peu à peu l'espace psychique et des comportements troublés surgissent à l'instar des productions langagières qui peuvent paraître décousues et inadaptées.

Ces hallucinations mnésiques, ou « recherches anxieuses », évoquent cet état confus où se mêlent des souvenirs personnels et des éléments du réel, actuels. Si les hallucinations mnésiques dénoncent l'échec du sentiment de continuité d'exister, elles sont également le signe d'une dynamique défensive de la psyché. Une part de libido restante lutte pour tenter de lier l'angoisse suscitée par l'action de désintrication de la pulsion de mort. Pour Péruchon [6,7], elles constituent une production défensive issue d'une partie du Moi encore capable d'éprouver du désir et seraient le support d'une régression narcissique positive, prenant la place de l'objet interne défaillant. Nous pensons qu'elles rendent également compte de la tentative de la part de la personne malade de créer une aire intermédiaire afin de restaurer

les capacités de symbolisation et d'internalisation. Pour cela, l'étayage du clinicien s'avère nécessaire en renforçant les assises identitaires (dans cet exemple, la fonction maternelle de Mme E), c'est à dire en reliant Mme E à son histoire personnelle afin de soutenir le sentiment de continuité d'être. Ainsi, se présenter à elle en une attitude ouverte, contenant, lui proposer un échange verbal en s'intéressant à ses enfants, à la mère bonne et attentionnée qu'elle avait dû être, permet de reconnaître sans banaliser ses inquiétudes actuelles et de recueillir la vraie crainte d'être abandonnée.

L'attitude spontanée que nombre de proches et de soignants adoptent, consistant à redonner des repères cognitifs précis et de tenter d'apaiser Mme E en lui rappelant que ses enfants sont âgés, probablement à la retraite, apparaît non adaptée et est d'ailleurs le plus souvent inefficace. Cela revient à banaliser, si ce n'est à dénier sa souffrance et à alimenter son sentiment d'incompréhension, de solitude et d'abandon : elle est celle qui échoue à aller chercher ses enfants à l'école, qui les abandonne et celle qui est abandonnée par ses proches. Mme E s'est d'ailleurs saisie de ce lien dont l'effet rassurant, bien que temporaire, a pu lui permettre de s'apaiser suffisamment pour retourner prendre une collation auprès d'autres résidentes dans le salon. Le psychologue en référence au modèle psychanalytique en institution gériatrique, faisant le pari de la préservation d'une vie psychique, se maintient dans une position d'interlocuteur privilégié, susceptible de repérer, grâce à la mobilisation d'identifications souples et variées, au travers d'un énoncé au demeurant incohérent, des indices de souffrance psychique et les voies défensives utilisées par les personnes malades.

Chevance [8] définit l'hallucination mnésique comme étant une « mise en scène du passé » dont la fonction est « le soutien d'une identité que le réel lui dénie ». L'image de la mise en scène suggère la notion d'externalisation. Dans la maladie, le délitement de la pensée et la désinhibition pulsionnelle entraînent une érosion fonctionnelle du préconscient. Le travail de liaison altéré, la secondarisation échoue à traiter les éléments massifs du registre des processus primaires qui menacent de surgir sur le Moi. L'angoisse non liée va chercher une autre voie de dégagement. A la différence de la décharge ou de l'agir qui vise à nier le lien à l'objet [9], comme au sein de la clinique adolescente par exemple, nous pensons que la personne malade d'Alzheimer cherche à le restaurer par l'intermédiaire de ces hallucinations mnésiques. Ces dernières soutiennent la recherche d'accordage entre une situation déjà vécue et la situation actuelle : une représentation ancienne correspond à l'angoisse éprouvée de nouveau dans le présent et sert alors de contenant. Ainsi pour Mme E, la peur d'abandonner ses enfants se confond avec la peur d'être abandonnée par eux ou une figure maternelle défaillante. L'angoisse initiale, celle d'être abandonnée, massive, non mentalisée évoque les formes primitives de l'angoisse décrites par Freud [1] que sont l'angoisse de perte de l'objet et l'angoisse de perte de l'amour de l'objet. Elle va trouver appui sur un percept extérieur (l'heure du goûter) afin d'être suffisamment contenue pour s'exprimer de façon moins projective. L'angoisse manifeste (qui arrive dans un second temps), observée via les manifestations comportementales (agitation, agressivité...) est, elle, une angoisse qui rassemble. La tentative de circonscrire l'angoisse initiale dans un contenant-signifiant représentation est une modalité défensive de la part des personnes malades et doit être reconnue comme telle et acceptée par les équipes soignantes.

La défaillance des processus de symbolisation et d'internalisation dans la démence freine le recours aux objets internes et notamment aux objets internes structurants, salvateurs. L'investissement objectal apparaît alors comme une ressource précieuse. Malgré la désorganisation psychique profonde et la détérioration cognitive sévère, la personne malade

maintient un investissement relationnel fort, recherchant jusqu'à un stade avancé dans la maladie, un contact avec le soignant ou bien créant une relation privilégiée avec un autre résident. Dans l'exemple de Mme E, l'investissement de la relation à l'autre a eu une réelle valeur étayante. L'investissement du psychologue soutient l'investissement narcissique de Mme E, la restaure dans son contexte de vie, son histoire, son identité. L'affect, né de la relation, sert de liant des représentations [10] et soutient pour un temps le travail de liaison des éléments internes dans un registre plus secondarisé où les processus de régulation des excitations sont réactivés.

L'angoisse identitaire

La vignette suivante illustre cette externalisation, par l'utilisation de la mise en scène comme objet externe étayant au processus de symbolisation de la personne âgée malade.

Madame R. est âgée de 90 ans. Elle présente une déambulation et une fixation de sa pensée s'exprimant par un discours répétitif et des questions redondantes s'intéressant à l'heure qu'il est et demandant sans cesse aux personnes qu'elle croise leur taille en centimètre.

Un jour, sans que les équipes n'aient identifié un événement déclencheur, Mme R présente un brusque changement de comportement marqué par la présence d'une angoisse massive. Le premier jour, elle montre une opposition aux soins et une agitation nocturne plus importante qu'à son habitude. Le jour suivant, les mêmes difficultés sont rapportées par les équipes, augmentant crescendo et allant jusqu'au passage à l'acte agressif : la morsure d'une soignante. Enfin, le troisième jour, les troubles du comportement apparaissent brutalement après le repas du midi, associés à une angoisse importante, ce qui déclenche l'intervention du psychologue en urgence. Madame R. présente une agitation avec déambulation rapide et ritualisée de sa chambre au couloir, une agressivité (elle se tape la tête ainsi que les murs avec son poing), un discours en boucle qu'elle répète plus pour elle-même : « C'est un rêve ! Ce n'est pas possible ! Non mais, c'est un rêve ! » et des expirations bruyantes comme si elle crachait un air qui ne lui convenait pas « rhâ, rhâa ». Nous remarquons une attitude de recherche d'aide : Madame R. questionne les personnes qui la croisent sur son identité : « Depuis combien de temps suis-je ici ? Quel âge j'ai ? Quelle est la date d'aujourd'hui ? Vous me connaissez ? » mais qui ne semble pas apaiser Madame R.

Les soignants se heurtent à la massivité de l'angoisse éprouvée par la résidente. Leur capacité de penser est mise en défaut au profit de contre-attitudes visant une mise à distance de la patiente et de la situation. La morsure de l'une d'entre eux et la désorganisation soudaine et massive de Madame R. agissent telle une effraction sur leur appareil à penser, les figeant dans leur action. Ils n'arrivent plus à maintenir leur capacité contenante, ils ne mettent plus de sens sur les comportements de cette dernière et ils se retrouvent à subir la situation. Or, en institution, les soignants par leur attitude contenante et leur présence constante contribuent à lutter contre le sentiment de perte de continuité d'exister ressenti par les patients. L'intervention d'un tiers est alors tout à fait précieuse, elle permet à l'équipe de se recentrer afin de relancer leur appareil à penser.

Dans un premier temps, tout en accompagnant Madame R. dans sa déambulation, j'avais tenté de parler d'elle, de son histoire, mais si ma présence semblait lui convenir (elle me tenait le bras, s'y accrochant fermement), mes paroles ne paraissaient pas l'apaiser complètement. De même pour mes tentatives de lui montrer visuellement les informations la concernant sur son dossier personnel (Madame R. demandant des preuves objectives). Au mieux, la déambulation a pu cesser, nous permettant de rester dans sa chambre. La qualité du lien relationnel que nous avons créé plus que le

contenu des réponses participe de cet apaisement (lien apparemment non satisfaisant pour elle sur le plan des réponses mais un lien, malgré tout constant et contenant, supportant ses comportements troublés, expressions de ses angoisses liées à la perte de repères identitaires).

Madame R. se tient debout devant moi, les mains dans le dos, le visage levé vers moi, en attitude d'attente, ouverte, en demande. Cette position évoque clairement celle de l'enfant devant sa mère, attendant un geste affectueux. Je choisis de faire ce geste et je m'autorise à lui retirer une mèche de cheveux qui tombe devant ses yeux. Quelques temps après, elle s'allonge sur son lit en position fœtale et s'apaise rapidement.

Madame R. nous engage sur une nouvelle voie relationnelle. Une mise en scène, chorégraphiée par elle où elle incarne le rôle d'une petite fille en proie à une angoisse identitaire massive altérant son sentiment de continuité d'exister et où elle m'invite à endosser le rôle de la mère secourable dans une recherche apaisante de contenance, de pare excitation de ses angoisses primitives (de perte de repères identitaires). Je m'autoriserai à jouer ce rôle, me laissant guider par elle, mettant à son service mes capacités de symbolisation et ma fonction alpha [11] inspirée par ce jeu relationnel et l'écoute attentive de mon ressenti me dictant de répondre sur le même mode, celui de l'engagement corporel. Car je ressens vraiment cette nécessité du faire « comme si ». Mais la parole ne suffit pas, il faut alors jouer, mettre son corps au service du jeu. Cette vignette montre l'échec de la secondarisation malgré l'investissement du lien au psychologue. Les tentatives d'explication et de recontextualisation, via le langage (représentation de mot) n'ont pas réussi à apaiser Madame R. La « psycholyse » décrite par Le Gouès [12,13] désigne la régression psychique observée dans la démence. Il s'agit d'une déconstruction de l'appareil psychique, une désorganisation progressive des différents éléments internes qui forment l'appareil à penser, partant de la pensée réflexive et revenant progressivement aux représentations de mots, aux représentations de choses, à l'affect, à la pulsion et enfin au soma (Le Gouès et Péruchon [10] s'appuient sur le schéma freudien de l'activité psychique repris par Donnet et Green [14] : Soma > Excitation > Pulsion > Emotion > Affect > Représentation de chose > Représentation de mot > Pensée réflexive). Suivant la dynamique psychosomatique, la maladie d'Alzheimer affecte les étages les plus évolués pour revenir vers le pôle sensori-perceptif. Madame R. a dû recourir à l'expérience sensorielle en se mettant corporellement dans la situation de l'enfant devant sa mère pour soutenir le processus de symbolisation et convoquer l'objet interne salvateur (l'imgo maternelle). La mise en scène, le jeu du faire semblant permet de recréer une aire intermédiaire qui restaure pour un temps les capacités de symbolisation et les capacités de régulation des tensions.

L'objet médiateur

Le fort investissement objectal se constate également dans les comportements dits « aberrants » de certaines personnes malades vis-à-vis des objets concrets de leur environnement quotidien. Parfois, un objet va déclencher un souvenir ou une réflexion et pourra faire office de médiateur dans la rencontre avec la personne.

Madame B., 93 ans, se promène dans les couloirs de la résidence emportant avec elle un poupon emmaillotté dans des tissus. Lorsqu'un soignant l'interroge sur ce poupon, elle s'empresse de lui présenter son bébé. Madame B. est fière de ce bébé dont elle a accouché récemment et qui justifie à ses yeux ses maux de ventre persistants. Elle prend le temps de le dégrafer « voyez, il vient de naître, il a les yeux encore fermés, je suis sa mère, j'ai l'habitude, j'en ai eu des enfants ! ».

*Madame B. a effectivement eu plusieurs enfants. Un jour, sa fille nous confie que sa mère avait vécu un événement traumatique, durant la guerre au cours duquel son nourrisson était mort sous l'explosion d'un obus qui, elle, l'a blessée gravement. Madame B. ne nous en avait jamais parlé. S'en souvenait-elle ? Son langage, très appauvri, tourne en boucle autour de cet enfant nouveau-né. Parfois au cours de sa déambulation quotidienne, elle égare ce poupon, ce qui déclenche une anxiété importante qui se **meut**, si nous ne le retrouvons pas, en une véritable angoisse, majorant la douleur au niveau du ventre. Les maux de ventre ont d'ailleurs été explorés sans conclusion médicale satisfaisante. Lors des retrouvailles avec ce poupon, Madame B. s'apaise, nous rappelle qu'en tant que mère, elle a des responsabilités et nous présente de nouveau le visage du bébé, reprenant son discours redondant.*

Pour Madame B., l'objet poupon revêt les allures d'un objet médiateur au sens où il permet de transformer des éléments bêtas (le traumatisme de la perte de son enfant) en éléments alphas. Il offre un contenant perceptif pour « externaliser cette matière première psychique énigmatique parce que complexe pour la traiter, tenter de la "transférer" dans une matière perceptive, plus repérable, et plus facile à travailler » [15]. Mais pour cela, il semble devoir remplir certaines conditions.

Un jour où le poupon était perdu, une soignante devant la détresse de Mme B. qui évoque un vif éprouvé de désaide, lui propose une autre poupée aux cheveux longs. Madame B. la refusa, malgré la présence des tissus d'emmaillotage habituels. Ce n'était pas son enfant. Elle était mère d'un nouveau-né, elle ne voulait pas jouer à la poupée !

L'attachement au détail « *les yeux fermés* » (toujours présents dans son discours en boucle), la ressemblance nécessaire de l'objet avec un bébé réel illustre le rôle particulièrement étayant des détails concrets et notamment figuratifs de l'objet réel dans le soutien des représentations de chose, première étape du processus de symbolisation puis d'internalisation.

Nécessité d'un étayage figuratif

Dans le cadre de notre recherche, nous avons réalisé une étude longitudinale (avec un intervalle de 12 mois entre les deux temps de rencontre) constituée de deux groupes : un groupe cible composé de 9 personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et vivant en institution de type EHPAD, et un groupe contrôle de 6 personnes âgées ne présentant pas d'atteinte cognitive, vivant cependant en institution (également de type EHPAD). Nous avons associé les épreuves projectives à l'entretien de recherche dans le dispositif méthodologique. Ces outils, référés là à la théorie psychanalytique, apparaissent comme une proposition de rencontre et d'expression de ce monde interne rendu rarement accessible par la maladie, une autre voie pour appréhender la désorganisation profonde du fonctionnement psychique tout en soutenant un langage appauvri par la maladie et des capacités d'investissement de la pensée et de la subjectivité mises à mal elles aussi. Les tests projectifs ont été présentés suivant une logique progressive au niveau de la qualité figurative du matériel : nous avons tout d'abord proposé le test de Rorschach dont les dix planches présentent des taches d'encre reproduites fortuitement et symétriquement, conférant à l'image un aspect peu figuratif et fort énigmatique de fait, puis le TAT (Thematic Apperception Test) qui présente des images mettant en scène des personnages plongés dans des scènes de la vie quotidienne, identifiables pour la plupart selon leur sexe et leur âge, et

enfin le Scéno-Test, qui permet de manipuler, voire mettre en scène, dans un espace clos et délimité, des personnages, des animaux ou des éléments de construction en trois dimensions.

L'étude des protocoles recueillis au test de Rorschach et au TAT ainsi que les observations des séquences de construction du jeu au Scéno-test confirment l'étayage de l'objet.

L'analyse précise des réponses données au test de Rorschach comme au TAT révèle globalement une grande difficulté pour les sujets de donner des réponses lorsque la planche présentée ne comporte pas d'éléments figuratifs pouvant étayer la mobilisation des représentations de chose. C'est-à-dire que face à une planche dont l'image globale paraît énigmatique et ne renvoie pas de façon évidente à la représentation d'un objet, d'un animal ou d'une personne, le sujet va choisir de focaliser son attention sur des détails qui, eux, peuvent évoquer un tout ou une partie d'un objet, d'un animal... dont la représentation s'impose en bonne forme (principalement au test de Rorschach).

Au TAT, (dont la consigne est de raconter une histoire à partir des images présentées), plusieurs personnes rencontrent des difficultés pour développer un scénario si les éléments ne sont pas visibles, révélant là leur grande dépendance à la présence effective de l'objet dans l'environnement concret immédiat et la difficulté à mobiliser un objet interne palliatif.

Enfin, au Scéno-test, les premiers résultats confirment également l'étayage du figuratif. Au scéno-test plus qu'aux autres tests projectifs, l'évocation de souvenirs se fait spontanément. Nous observons alors un décalage entre la production scénique où souvent les personnes juxtaposent les personnages devant eux sans lien apparents entre eux et la production langagière : leur discours faisant l'écho d'un objet interne dynamique sans doute sous-tendu par le souvenir.

Nous mettons en évidence un véritable paradoxe : la qualité figurative de l'objet soutient effectivement la représentation de chose. En revanche, en l'absence de représentation formelle sur la planche, visuellement, la représentation n'existe pas. L'abrasion de l'imagination, de la vie fantasmatique causée par la désorganisation psychique due à la maladie ne permet pas, en l'absence de représentation de chose, l'évocation d'image, ou de représentation ou d'objet interne.

Conclusion

En institution, il n'est pas toujours facile de mettre du sens sur les comportements troublés des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, notamment dans l'immédiateté de la situation.

Le regard psychanalytique soutient cette recherche de sens. Il offre une vision plus globale de la personne, à la fois les faiblesses, les lacunes, (les souffrances) mais également les forces, les ressources, les tentatives de la psyché de lutter contre les défaillances. Elle amène une vision dynamique du fonctionnement psychique malgré la maladie et offre ainsi une possibilité de rencontre avec l'autre. L'objet et le maintien de l'investissement objectal des personnes malades nous paraît alors une des voies de soutien, d'étayage des processus internes extrêmement fragilisés par la démence, tels que les processus de symbolisation, d'internalisation nécessaires dans le travail de régulation des tensions et excitations. Nous souhaitons, néanmoins, insister sur un point : il ne s'agit pas d'une proposition d'utilisation systématique et arbitraire des objets externes pour contenir tout type d'angoisse. Dans les

trois exemples, ces femmes avaient « choisi » ou s'étaient saisies elles-mêmes d'un objet extérieur venant sans doute faire écho à un élément personnel de leur monde interne. Dans ces conditions et sous réserve de la présence d'un regard bienveillant sur ces tentatives défensives de lutter contre l'angoisse, l'investissement objectal nous paraît être une des voies de soutien, d'étayage possible dont les professionnels de la gériatrie peuvent se saisir.

Conflits d'intérêts : L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse (1926). Paris : Puf, 2016.
2. Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion (1933). In *Psychanalyse 4 Œuvres complètes*, t. IV : 1927-1933. Paris : Payot, 1982 :125-35.
3. Caleca C. Démences : des terreurs sans nom ? Peur sur l'institution, Colloque de la revue *Cliniques*, 29 mars 2018.
apspi.net%2Fuploads%2Fdocuments%2FavantPropos%2F201803095451AVANT%2520PROPOS%2520COLLOQUE%2520PEUR%2520SUR%2520L%2527INSTITUTION.pdf&usg=AOvVaw0CgjkANqa7ZiAsR6CFq-QV
4. Winnicott DW. Jeu et réalité (1971). Paris : Gallimard, 2000.
5. Montani C. La Maladie d'Alzheimer « Quand la Psyché s'égare ». Paris : L'Harmattan, 1994.
6. Péruchon M. Le déclin de la vie psychique. Paris : Dunod, 1994.
7. Péruchon M. Régression et/ou désorganisation au regard de la sénescence. *Psychiatr Fran* 1999 ; 2 : 126-33.
8. Chevance A. Regard du psychanalyste sur l'état de conscience du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer pour une prise en charge non médicamenteuse. *Revue de la Fédération Européenne de sophrologie Dynamique* 2008 ; Hors-Série (1) : 4-10.
sophro.net/congres2008/CHEVANCE.pdf
9. Jeammet P. Les assises narcissiques de la symbolisation. *Revue Française de Psychanalyse* 1989, LIII : 1763-74.
10. Le Gouès G, Péruchon M. Ultimes processus de pensée. *Revue Française de Psychanalyse* 1992 ; 1(56) : 135-48.
11. Bion W. R. Aux sources de l'expérience. (1962). Paris : PUF, 1979.
12. Le Gouès G. La Psycholyse. *Actualités Psychiatriques* 1987 ; 8 : 76-82.
13. Le Gouès G. L'âge et le principe de plaisir. Paris : Dunod, 2000.
14. Donnet JL, Green A. L'enfant de ça. Paris : Les éditions de Minuit, 1973.
15. Roussillon R. Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques. In : Brun A (dir.), *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse : Eres, 2014 : 23-35.