PERSPECTIVES PSYCHOTHERAPIQUES DU CRI

THE PSYCHOTHERAPEUTIC PERSPECTIVES OF SCREAMING

Titre abrégé : Cris et psychothérapie

Frédéric BROSSARD

Docteur en psychopathologie et psychanalyse, Psychologue clinicien, Chercheur associé au CRPMS (Centre Recherche Psychanalyse, Médecine et Société)- Université Paris 7- EA 3522

5, rue Thomas-Mann, 75013 Paris, France

brossard.frederic@aol.fr

Tel: 06 74 27 94 16

Présenté au séminaire "Démence et soin psychique" (Autour du cri et de la stéréotypie vocale) le 8 novembre 2018 à Strasbourg

Résumé

Lorsque la parole s'absente, le cri constitue souvent une énigme pour celui qui y est confronté. Nous analyserons les moments **significatifs d'une psychothérapie** où le cri a pu révéler des états psychiques et tenterons de les identifier. L'accompagnement présenté se déroule sur plus de **140** entretiens auprès d'une dame souffrant d'une démence mixte. Dans un premier temps, différentes situations nous amèneront à nous interroger sur la fonction de la voix selon le référentiel psychanalytique. De quoi est-elle constituée et quelle pourrait-être son action ? **A partir de trois entretiens spécifiques, nous ferons** l'hypothèse que le cri porterait en lui la valeur d'un « affect-phrasé », du moins pour la situation étudiée. Comment ce dernier pourrait-il se mettre en place ? Enfin, en quoi notre hypothèse vient-elle réinterroger de précédentes conceptions théoriques ?

Mots-clés : Démence ; Alzheimer ; cri ; affect ; psychisme.

Summary

When words fail us, **screaming or shouting** can often **be a** mystery with which we are confronted. In the context of psychotherapy, we will analyze the crucial moments **when screaming or shouting revealed** certain psychological states, and we will attempt to identify these states. This accompaniment **presented includes** over **140 interviews with** a woman suffering from mixed dementia. **First**, various situations will lead us to investigate the **function of the voice** in relation to its psychoanalytic referent. What does the voice represent and what is its purpose? Then, **three** clinical vignettes will guide us towards the hypothesis that **screaming or shouting has** an "affect-**utterance**" value, at least for the case **under** study. How **is** this established? Finally, how **far** can our hypothesis lead to the reconsideration of previous theoretical concepts?

Keywords: Dementia; Alzheimer's; screaming; affect; psyche.

Si dans la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées, les cris sont bien connus des professionnels, ils ne cessent de questionner. Ont-ils un sens et quel serait ce dernier ? À première vue, le cri peut donner l'impression de n'avoir aucune signification dans la démence. Pourtant, la clinique peut venir éclairer et remettre en cause bien des intuitions. Ainsi, les entretiens avec Madame V., ayant pour but de l'accompagner dans ces épisodes, peuvent nous enseigner si ces manifestations sonores possèdent une origine spécifique et si un processus existant leur est propre. Rencontrée deux fois par semaine, sur une durée de quinze à vingt minutes, plus de 140 entretiens nous permettront peut-être de comprendre ces productions sonores. Dans quels cas ont-elles pu être rencontrées ? Quel est la place de l'affect et de la parole ? En quoi ces éléments demeurent-ils centraux ?

CAS CLINIQUE

Présentation de Madame V.

Arrivée depuis trois ans en maison de retraite médicalisée, Madame V., octogénaire, souffrant d'une démence mixte, avec une composante Alzheimer et vasculaire, émet des cris qui retentissent de façon continue. Je commence à la rencontrer à ce moment, deux fois par semaine, le but étant aussi de comprendre ce qu'elle peut vivre. Il est alors actuellement impossible de définir son profil cognitif tant les tests existants ne sont plus adaptés mais elle paraît s'inscrire dans la phase très sévère. Celle-ci est caractérisée par l'absence de mot clairement intelligible, l'incapacité de s'asseoir, de sourire, de maintenir sa tête, une incontinence urinaire et bien entendu une aide complète pour la toilette et les repas. Madame V. était assistante maternelle. Depuis 2012, elle connaît plusieurs épisodes de cris qui deviennent de plus en plus réguliers. Son médecin traitant lui programme une visite chez son neurologue qu'elle rencontre tous les deux ans. Ce dernier suppose qu'ils pourraient avoir, entre autres, pour origine des douleurs musculaires dues à sa pathologie parkinsonienne modérée, déclenchées lors des soins. Les neuroleptiques et anxiolytiques donnés, fréquemment modifiés, ajoutés et enlevés, ne semblent pas l'apaiser. Les soignants surveillent avec soin toute cause somatique pouvant être à l'origine de ces manifestations. Différentes fiches sont remplies concernant l'élimination urinaire ou fécale. On sait l'incidence que peut avoir une perturbation de ces fonctions. Les cris au moment de la toilette semblent accompagnés de grimaces. Ils s'avèrent s'apaiser depuis l'ajout d'antalgique. Mais ils se révèlent demeurer distincts d'autres cris se produisant en dehors des soins et sans faciès contracté. Nous proposons de nous cibler sur les entretiens qui nous semblent les plus instructifs concernant notre thème. En effet, sur la durée des 140 rencontres, ceux-ci caractérisent des moments clefs où la cause des cris a probablement pu être saisie et leur cours se modifier.

Trente-troisième entretien

Au début de notre rencontre, elle participe à une sortie dans le parc où les résidents prennent l'air. Je lui propose de la raccompagner dans sa chambre. Elle reçoit au passage, alors que la pluie s'apprête à tomber, quelques gouttes et fait savoir son mécontentement par des cris. Je me dépêche de l'accompagner à l'intérieur et la rassure. Elle semble maugréer et me regarde en disant « ahe... ahe... ahe » en le prononçant très fort, en hurlant, à plusieurs reprises. Je lui dis avoir l'impression qu'elle n'est pas contente, elle répond sur un ton plus calme « non ». Si cette production sonore semble avoir trouvé sa cause, d'autres continuant de se manifester laisseront notre investigation ouverte.

Soixante-et-onzième entretien

Alors que d'autres cris peuvent se poursuivre depuis environ six mois, une nouvelle rencontre permettra sans doute de porter un regard différent sur cette thématique. À un moment de cet entretien, la résidente énonce « ah... ah », puis, émet de forts cris stridents « ah... ah... ah ». Je lui répète que je les interprète comme une demande que je quitte sa chambre. Elle se calme ne dit mot puis au bout de deux minutes environ, elle reprend ses cris. Je lui dis « J'ai le sentiment que vous criez car cela vous est fortement pénible d'être malade. » Madame V. émet un cri « ah... uuuui ». Puis elle ne manifestera plus aucun hurlement, alors que je reste à ses côtés. J'ai l'impression d'avoir mis des mots sur ses sentiments. Elle n'aura pas poussé un cri de l'après-midi alors qu'elle criait les jours précédents. Cet apaisement se pérennisera pendant plusieurs semaines. À la 92ème séance, de manière continue, ils réapparaîtront comme à l'accoutumée alors que je lui souligne ne plus l'entendre. Pourrait-on y voir un effet de ma parole ou une simple coïncidence ?

Cent-vingt-et-unième entretien

Dans cette séance, Madame V. crie tout au long de l'entrevue. Je ne sais pas quoi en penser. Les cris sont de plus en plus importants. Je lui demande si elle est en colère. Ne sachant plus trop comment faire pour calmer ses hurlements, une proposition de regarder la télévision lui est énoncée. Après avoir formulé ma difficulté de la comprendre, je rallume le poste mais les cris continuent. Je descends à l'étage voir une autre personne et je repasse dans le couloir. Les cris se poursuivent. Je frappe à sa chambre et entre. Je l'interpelle « Mme V. ? » Elle répond « ouai » je poursuis « vous m'appeliez « ouai » ». Je suis un peu stupéfait de ces réponses. Ses yeux sont crispés. Je comprends que les rideaux sont ouverts et que l'intensité lumineuse est trop importante pour elle. Les rideaux sont alors repositionnés correctement apportant un éclairage plus adapté. Elle pousse deux cris très rapprochés puis s'apaise durablement. Je lui annonce que je viendrai la revoir, lors d'une prochaine séance. Je repasse une dizaine de minutes plus tard, je ne note toujours pas de cri.

Comme épilogue, nous pouvons préciser qu'à la suite d'une fausse route, provoquant une infection respiratoire, elle est admise en hospitalisation de longue durée ce qui viendra clore définitivement l'accompagnement psychothérapique.

ANALYSE

Premiers éléments de réflexion : qu'est-ce que la voix chez Madame V. ?

Lorsque l'on voit Madame V., à ce stade de la pathologie décrit par tant d'auteurs [1], la première idée qui peut nous traverser l'esprit semble se poser comme une évidence. Cette voix, par le biais du cri, ne serait-ce pas ce qui reste de la parole ? C'est-à-dire quasi-rien. Encore faut-il donner au terme « voix » une définition physiologique comme phénomène sonore résultant de l'activation des cordes vocales. Chez cette résidente, cette voix serait-elle idiopathique, c'est-à-dire une manifestation dont on ignore la cause voire n'ayant aucun sens ?

Pourtant si l'on revient à l'étymologie du terme voix, celle-ci nous porte au-delà de tout processus physique. Originaire du latin, « voix » se réfère au son de la voix, à l'accent, au vocable. *Accent* et *Vocable* peuvent retenir toute notre attention puisque vocable renvoie à un terme porteur d'une signification particulière. Pourrait-on comprendre qu'en toute absence d'une manifestation particulière une parole pourrait être entendue ? La voix est également une production qui par sa tonalité, son rythme, sa tessiture vient révéler un état affectif. Probablement, pouvons-nous y entendre l'accent dont parle le Dictionnaire Latin Français de Gaffiot [2]. En cela, il demeure précieux comme opérateur psychothérapique. Mais les cris de Madame V. s'éternisent pendant des heures, à tel point que l'on peut se demander comment elle parvient à retrouver son souffle.

En l'absence de toute manifestation sonore, de parole audible, articulée, on peut également s'interroger si la voix reste de mise et ne constitue pas seulement un son. Sans doute la clinique auprès des personnes sourdes peut nous mener vers la définition de la voix émise par la psychanalyse. Ne pouvant utiliser classiquement leur organe phonatoire, ces individus poursuivent un véritable dialogue montrant ainsi que la voix ne reste pas cloisonnée au larynx. Elle peut employer d'autres biais et reste vecteur d'une signification en dehors de toute articulation sonore. Probablement peut-on en déduire que « *la voix [...] est sans doute une fonction du signifiant- ou mieux, de la chaîne signifiante en tant que telle.* » « *Le point crucial de cette voix, c'est que la production de la chaîne signifiante [...] n'est pas liée à tel ou tel organe des sens, ou à tel ou tel registre sensoriel* » [3].

Un autre élément peut nous aider à penser ce concept de la voix et à approfondir cette idée d'une fonction. Il s'agit du phénomène hallucinatoire où aucune voix n'existe dans la réalité. Pourtant elle demeure bien perçue par le sujet.

Assoun [4] rapporte chez Freud, l'exemple des hallucinations auditives chez Madame P [5]. Ce dernier les interprète alors comme un retour du refoulé, qu'il nomme ainsi à l'époque, pour évoquer la psychose, désignant ce que le sujet méconnaît de lui. La voix vient alors faire entendre ce que le sujet ne peut reconnaître chez lui-même. Probablement, cette illustration peut nous aider à saisir cette fonction de la voix, baptisée objet, parmi d'autres, par Lacan [6]. Ainsi, la voix symbolise, elle est porteuse, en quelque sorte, d'un mot évoquant la

subjectivité, plus précisément un signifiant qu'il ne peut entendre et qui s'impose à lui. Certainement que les lapsus, rires et mots d'esprit, chez tout un chacun, mettent également en valeur ce trésor subjectif qu'est la voix.

Pour résumer notre réflexion, à ce stade de notre cheminement, la voix émerge comme déliée des organes sensoriels. Elle porte une fonction signifiante et elle pourrait mettre en lumière une dimension subjective. C'est certainement un des traits qui nous interpelle le plus avec celui d'un positionnement face au désir.

Si nous faisons retour vers Madame V., bien que la voix reste au-delà de toute signification, de tout mot, de l'ordre du dicible, certes l'hypothèse d'un message à entendre reste séduisante. Mais que peut-il rester lorsque plus aucun mot n'est prononcé pendant les cris ? À ce moment, y voir un fonctionnement purement physique reste la piste la plus plausible déniaut toute possibilité psychothérapique. Pourtant, la clinique va nous mener vers un autre chemin. À l'instar du silence, si nous suivons Dolto [7], ne pourrions-nous pas percevoir le cri comme une parole en attente d'être dite ?

Modalités psychothérapiques du cri

Lors des 33^e et 121^e entretiens, lorsqu'elle reçoit la pluie, ou alors qu'incommodée par le soleil, Madame V. émet un cri qui nous amène à penser qu'elle exprime un état affectif qui prend tout son sens lorsqu'il est relié au contexte. Réfléchissant à propos du cri, les suggestions lacaniennes semblent suivre notre questionnement, lorsqu'il est souligné « *il n'y a point une seule exclamation [...] qui ne soit un cri* » [8]. Encore faudrait-il, pour bien saisir la valeur de cette réflexion, redéfinir le terme d'exclamation. Selon le Larousse, elle demeure une forme d'état affectif [9].

A la base du cri, il y aurait sans conteste cet appel à un Autre secourable. Ici les différentes vignettes présentées amènent à une situation un peu plus complexe. En effet, nous pouvons même dire que le cri porte en lui la potentialité d'une phrase, du moins dans l'hypothèse actuelle que nous en faisons. Lorsque cet affect est relié aux autres éléments de son environnement, la phrase se déploie et sa clarté se révèle. Ce qui demeure compliqué c'est sans doute de pouvoir décrypter celle-ci alors que les facultés émettrices langagières paraissent enrayées. La diversité des cris vient ajouter matière à cette nébuleuse. Face à ce dernier cri, exprimé lors du 71^e entretien (mais réapparu à la 92^{ème} séance), d'autres mécanismes intéressants se révèlent. Déjà, il n'y a pas eu d'intervention dans la réalité pouvant la soulager puisque la douleur est psychique. Seule une parole dite par le psychologue, et semblant entendue à cet instant, a eu pour effet de provoquer un silence immédiat « J'ai l'impression que cela vous est fortement pénible d'être malade ». Dans les deux autres entretiens rapportés, la parole a toujours accompagné ou précédé l'intervention dans l'environnement. Mais cet affect n'est pas seulement l'attente d'une interprétation quelconque puisque face à ce cri, au fur et à mesure des rencontres, plusieurs hypothèses lui avaient été suggérées. Ce qui amène à penser qu'il est possible soit qu'elle ne les a pas entendues ou soit, justement, que ces interprétations ne correspondaient pas à ce qu'elle

vivait. L'affect n'était pas en adéquation avec la phrase traduisant son état. Lacan [8] perçoit le cri comme une interjection. Il explique que cette dernière est multiple et peut être autant situative, résultative et **supputative**. Certainement qu'ici ce cri, cette interjection, relève à la fois de ces différents registres. De plus, il précise que ce mécanisme du cri a pu être interprété chez certains comme une holophrase [8]. La notion d'une stéréotypie du cri transparait. En fait, le cri serait possiblement une phrase ultra-réduite voire une phrase monosyllabique. Mais réduire le cri à un pur son, dénié de toute signification, pourrait être un tort d'autant plus qu'il existe des cris où la parole s'invite. Probablement qu'avec Madame V. ce cri comme un signifié pur reste à rechercher. Il faut parfois alors faire preuve de persévérance pour y déceler ce qu'il exprime.

Le cri et l'affect comme persistance subjective

Le statut de l'affect dans l'expérience démentielle a déjà été souligné par d'autres recherches. Grosclaude [10] précise « *L'affect se manifeste dans la formalisation de la parole, connotée, modulée par les signes de l'affect,- intonation, soulignures vocales, voire geste, posture, de surprise, interrogation, amusement...,- et dans son objectif spécifique (l'objectif général demeure celui de la restitution subjective) »* ».

Ainsi, elle suppose que l'affect réalise le retour d'un certain état de parole comme notre réflexion précédente le suggère. Nommée parole affective, l'affect vient montrer en quelque sorte le rabattement de la psyché vers le soma [11]. La question se pose de savoir si cet affect échappe à Madame V. et si cette phrase lui permet de l'intégrer ou bien si elle voulait communiquer un ressenti.

À travers l'affect, il semble que nous pouvons nous en servir comme d'un média permettant d'accéder à ce qu'elle pourrait vivre. Différentes études ont mis en évidence que les cris chez les personnes connaissant une expérience démentielle seraient l'expression d'une sorte de dépression, de malaise, face à une certaine prise de conscience de ce que ces individus peuvent vivre [12]. Ici, chez Madame V., il reste probable que les cris viennent traduire cette sensation de mal-être. Quelles pistes thérapeutiques peuvent émerger du moins chez la résidente ? La première pourrait être de décharger l'affect afin d'arriver à vivre l'inconfort présent. Une seconde piste serait de provoquer un affect positif pour remplacer, compenser, un négatif. Mais ne courrons-nous pas le risque d'esquiver le problème crucial ? Quoi qu'il en soit, difficile chez cette personne d'opter pour une de ces options. Quel serait d'ailleurs le but de cette psychothérapie ? Faut-il absolument rechercher l'apaisement des cris ? Ce qui signifierait au regard de cette situation toute absence d'expression d'affect négatif voire positif. Alors que penser des cris lorsque la parole n'est plus clairement formulée ? Comment travailler avec ? Les mots « malade » « pénible » ont été entendus et semblent bien agir sur ses émotions. Ce qui montre en quelque sorte qu'il faut parfois faire attention à ne pas vouloir agir uniquement sur les sentiments exclusivement. En effet, il pourrait y avoir dans cette idée l'illusion que l'affect est déconnecté de tout, alors que chez cette dame, il semblerait relié à « pénible d'être malade ». Elle serait possiblement en capacité de ressentir **ce mal-être**, voire même de **le** penser, mais non de le formuler. L'affect régirait-il la vie psychique ? Ce dernier serait-il sous la dépendance de certains mots, plus précisément certains signifiants, qui d'une

certaine manière fonctionneraient comme des organisateurs psychiques ? Sans doute, la clef de l'énigme demeure dans cette parole qui pourrait permettre de relancer la chaîne associative, si possible via le corps.

Enfin, la question de la voix posée au début vient montrer sa légitimité à travers les éléments recueillis. Si la voix vient faire entendre ce que le sujet méconnaît de lui, via un signifiant, cette capacité de l'entendre par l'Autre ne pourrait-il pas lui permettre de cheminer avec un certain désir de vivre si possible dans ces conditions extrêmes ? Ma question ne pourrait-elle pas lui permettre de s'entendre voir confirmer comme malade ? Ne pourrait-elle pas lui permettre d'ébaucher un deuil l'amenant à quitter ses capacités d'antan pour tenter de se réorganiser, avec ses moyens sans doute limités par la démence, une identité plus en adéquation avec la réalité ? Ici, nous ne sommes pas face à une pulsion où le sens reste sans effet. Les différents éléments présentés viennent également introduire une réflexion sur le cadre épistémologique.

DISCUSSION

Au début, si nous avons pu évoquer certaines caractéristiques permettant d'identifier des étapes, des seuils, dans l'évolution de la pathologie, l'étude du cas de Madame V. permet de prendre de la distance avec ces propos. Ces derniers possèdent le mérite de nous guider dans notre cheminement théorico-clinique. En effet, si nous favorisons le terme d'étape, de seuil, nous nous plaçons dans une logique propre notamment à la psychologie du développement. Nous laissons entendre ainsi que des capacités demeurent détruites, perdues irrémédiablement. Il s'agit de la logique de la rétrogénése [1] où, s'opposant à l'évolution chez l'enfant, une involution permettrait à la personne en proie à la démence de se rabattre sur un palier inférieur. Ce qui permet d'en déduire que le précédent serait sans aucun doute détruit. Certains auteurs d'inspiration psychanalytique posent l'hypothèse d'une régression que nous pouvons qualifier de cognitivo-psychique [13-16]. Si nous faisons retour vers Freud [17], la notion de régression, contemporaine à l'élaboration de l'appareil psychique, implique que toute idée de régression serait notamment un retour à des stades antérieurs du développement. Toutefois, Lacan [18] écartera cette hypothèse. Dans le champ de la conception psychodynamique actuelle de la démence, la notion de *psycholyse* illustre la thèse d'une destruction par stades de la psyché [13-14]. Ne pourrait-on pas relever dans ce courant, l'influence de la psychologie génétique, comme Zenoni [19] le précise, venant réduire la question de la subjectivité à celle des capacités cognitives ? Cette vision de la maladie neurologique, sans voir la personne malade, toujours placée dans le langage, ainsi que nous le montre les effets de langage chez Madame V., ne pourrait-elle expliquer un certain malaise des soignants ? Sans parole ni langage, le malade court le risque d'être confondu à un possible stade pré-humain voire non-humain.

La place du corps peut également être interrogée notamment au travers de la notion de « pôle perceptivo-affectivo-moteur » défendue par Péruchon [15-16]. Son hypothèse soutient que lorsque « les représentations chez la personne démente se désagrègent, on enregistre à leur place des conduites où prédomine le pôle perceptivo-affectivo-moteur ». Au regard de la

situation de Madame V., nous pourrions bien être tentés de réduire le corps à ce pôle. Il pourrait sembler que ses comportements remplacent des représentations détruites. Mais certains entretiens mettent en lumière que les représentations persistent même si c'est lors d'éclairs de lucidité. C'est sans doute ce que signifient ces états de parole, décrits par Grosclaude [21]. Le corps ne s'inscrit pas seulement dans un ressenti physique détectant des sensations internes ou externes mais il paraît toujours en lien avec la parole, du moins dans la situation qui nous intéresse. Et tant que le sujet se raconte, nous pouvons évoquer un corps parlant. Ce pôle sensori-affectivo-moteur semble traduire une unité fonctionnelle résiduelle, autonome et à l'écart de toute parole. La psyché semble alors pétrie par la physiologie. Cette vision cognitive, donnée à la pulsion envers la réalité, ne la limiterait-elle pas à un mode primaire et donc quasi-animal comme le précise Zenoni [19]?

Pour en revenir à cette notion de stade, limitant le sujet à des capacités observables, à un moment précis, ne pourrait-on pas plutôt préférer la notion de structure pour comprendre le fonctionnement physiologique, psychique, de la personne ? À partir de l'exemple du bloc de cristal jeté à terre, ce dernier ne se brise que « suivant les directions de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée à l'avance par la structure de cristal » [22]. Sans doute cette idée de structure, d'éléments ne fonctionnant que dans un ensemble et ne pouvant être compris qu'à partir de ce dernier, vient offrir un cadre de réflexion plus souple. L'exigence est alors de faire une clinique au cas par cas ne permettant pas forcément de comparatif entre l'un et l'autre mais de comprendre ce qui est propre à chacun et de tenter de percevoir sa logique. Alors que préférer comme tournure « stade », « structure » ou « état » ? Ces deux derniers ne sont pas antinomiques. Au contraire, au regard de la situation de Madame V., nous parlons d'état de parole plutôt que de stade. Bien entendu, loin de nous l'idée d'affirmer que la maladie d'Alzheimer n'existe pas mais elle appartient au référentiel neurologique. La notion de structure semble transparaître de ces cris s'inscrivant dans l'environnement de la résidente mais surtout dans une logique qui lui est personnelle et que de nombreux entretiens nécessitent. Dans cette optique, malgré les faibles capacités cognitives observées, ce terme d'entretien paraît plutôt préférable que celui de séance puisque les états de parole demeurent comme d'autres travaux ont pu le mettre en évidence. Ces derniers ont mis à jour, par exemple, des gestes ou stéréotypies pouvant être signifiants [23-26] et avoir ainsi une logique dans le vécu actuel de la personne malade.

Conclusion

Au terme de notre questionnement, même s'il reste difficile de se faire une opinion à partir d'une parole clairement formulée, les effets d'une parole restent tangibles chez Madame V. En allant au-delà de cette notion de troubles du comportement, nous y percevons bien des mécanismes psychiques probables. Possiblement, cette hypothèse d'un affect-phrase, pouvant aller jusqu'à la stéréotypie, demeure intéressante, du moins chez cette résidente. Elle vient remettre en cause celle de *psycholyse*, voire même de paliers ou d'étapes ou cours de l'évolution de la maladie, et préférer la notion d'état surtout d'états de parole. Ce qui met en valeur que des ressources psychiques perdurent et peuvent être mobilisables. D'une manière

plus générale, quoi qu'il en soit, le choix du vocabulaire que nous faisons vient témoigner d'un positionnement épistémologique ainsi que le rappelle Herfray [27] « *nous n'avons pas le droit de mêler improprement différents discours : l'enfant de Piaget et l'enfant de Freud, par exemple, ne sont pas les mêmes. Il faut savoir quelle est la famille épistémologique à laquelle nous appartenons : toute appartenance fonde une identité en même temps qu'elle signe une limite et une rupture* ». Sans doute cette maladie et ces comportements parfois déroutants n'ont pas fini de nous interroger sur notre posture théorique.

Lien d'intérêt : aucun.

Références

- [1] Reisberg B, Franssen E, Souren L, et al. Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: management and treatment import. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2002 ; 17(4) : 202-12.
- [2] Gaffiot F. *Dictionnaire Latin Français*. Paris : Hachette, 1934.
- [3] Miller JA. Jacques Lacan et la voix. *Quarto* 1994 ; 1(54) : 30-4.
- [4] Assoun PL. *Leçons psychanalytiques sur le regard et la voix. Tome 2*. Paris : Economica, 1995.
- [5] Freud S. [1896] Nouvelles remarques sur les névroses de défense. In : Freud S, ed. *Œuvres complètes*. Vol. III, 1894-1899. Paris : PUF, 1989 : 121-46.
- [6] Lacan J. [1962-63]. *Le séminaire Livre X. L'angoisse*. Paris : Seuil, 2004.
- [7] Nobécourt S, Dreyfuss JP, Dolto F. Le psychanalyste à l'écoute du silence. *Débat*. In : Nasio JD, ed. *Le silence en psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2001 : 235-41.
- [8] Lacan J. [1964-65] *Problèmes cruciaux pour la psychanalyse*. La plaine Saint-Denis : ALI, 2000.
- [9] *Le petit Larousse illustré* 2019. Paris : Larousse, 2018
- [10] Grosclaude M. Le statut de l'affect dans la psychothérapie des démences. *Fondements psychopathologiques*. In : Grosclaude M, editors. *Psychothérapies des démences*. Paris : John Libbey Eurotext, 1997 : 24-31.
- [11] Grosclaude M. Démence et psychosomatique ? À propos des rapports Psyché/Soma dans la démence. *Psychol Med* 1991 ; 23(8) : 917-22.
- [12] Feher E, Mahurin R, Inbody S, et al. Anosognosia in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1991 ; 4(2) : 136-46.
- [13] Le Gouès G. *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris : PUF, 1991.
- [14] Le Gouès G. *L'âge et le principe de plaisir : introduction à la clinique tardive*. Paris : Dunod, 2000.
- [15] Péruchon M. *Le déclin de la vie psychique*. Paris : Dunod, 1994.
- [16] Péruchon M. *La maladie d'Alzheimer*. Paris : Hermann, 2011.
- [17] Freud S. [1900] *L'interprétation du rêve*. Paris : PUF, 2010.
- [18] Lacan J. [1954-55] *Le séminaire Livre II*. Paris : Seuil, 1978.
- [19] Zenoni A. *Le corps de l'être parlant*. Rennes : PUR, 2018.

- [21] Grosclaude M. Le dément : sujet extrême, sujet quand même. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2017 ; 17(99) : 166-72.
- [22] Freud S [1937] La décomposition de la personnalité psychique. In : Freud S, ed. *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Gallimard, 1984 : 80-110.
- [23] Brossard F, Caron R. Gestes signifiants, à travers l'imitation, dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère : vécus subjectifs. *Psychother* 2017 ; 4(37) : 211-23.
- [24] Brossard F., Caron R. Productions corporelles dans les derniers stades de la maladie d'Alzheimer comme expression subjective ? *Ann Med Psychol* 2018 ; 176(10) : 991-8.
- [25] Brossard F. La question du Sujet dans la maladie d'Alzheimer au stade ultime. In : Bergeret-Amselek C, ed. *Et si Alzheimer(s) et autisme(s) avaient un lien ?* Paris : Erès, 2018 : 183-94.
- [26] Brossard F, Caron R. De l'importance du maintien de la présence de l'Autre dans la maladie d'Alzheimer comme possible arrimage au monde : essai d'élaboration de la rencontre clinique. *Clin Mediterr* 2019 ; 1(99) : 153-66.
- [27] Herfray C. *La psychanalyse hors les murs*. Paris : Harmattan, 2006.