



HAL
open science

Clinique d'un état de dépression pseudo-démentielle. Entre la démence et la psychosomatique

Marleine El Haddad

► **To cite this version:**

Marleine El Haddad. Clinique d'un état de dépression pseudo-démentielle. Entre la démence et la psychosomatique. Annales de psychologie Psycho-Echo , 2016, 31. hal-01333689

HAL Id: hal-01333689

<https://hal.science/hal-01333689>

Submitted on 18 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Clinique d'un état de dépression pseudo-démentielle. Entre la démence et la psychosomatique.

Marleine El HADDAD

Annales de psychologie « Psycho-Echo » de la Faculté des lettres et des sciences humaines – Université Saint-Joseph de Beyrouth, Liban (2016), Vol. 31.

« Que philosopher, c'est apprendre à mourir. »

MONTAIGNE

« Qu'est-ce que craindre la mort sinon s'attribuer un savoir qu'on n'a point? »

PLATON

Avant de foncer au cœur de la psychopathologie clinique et de la neuropsychologie clinique de la personne vieillissante, il est nécessaire de tracer le cadre théorique, support de toutes les problématiques émergentes. En effet, le vieillissement est un processus ambivalent qui renvoie à la fois à la décroissance aussi bien qu'à la croissance. Cet équivoque est source de problématiques diverses. Le vieillissement sollicite souvent des angoisses qui, pour longtemps, pourraient être restées enterrées lorsqu'il bute contre la conscience du passage du temps, du rétrécissement de l'avenir, annonçant la mort comme l'ultime réalité. Celle-ci reste l'horizon indépassable de toute existence humaine, qui donne du sens à cette existence. Mais cette conscience de l'aspect éphémère du temps et de l'existence physique n'est pas anodine ; elle apporte des modifications au fonctionnement psychologique, beaucoup de fois des régressions morbides. La capacité du corps diminue, sa séduction s'altère, l'image de soi renvoyée par les autres provoque une décadence, la productivité du sujet se réduit – à la limite s'annule, sa sphère sociale se rétrécit, ses capacités cognitives fléchissent, sa capacité à contrôler son environnement et à résoudre des problèmes est mise en question et la capacité à trouver du plaisir en soi diminue. Le plus important c'est que les mécanismes de défense habituels

permettent moins de faire face aux diverses pertes rencontrées (les pertes de rôles, les angoisses multiples, la maladie, la fatigue, la baisse des fonctions cognitives, etc.). Beaucoup de fois, une situation de perte actuelle provoque des altérations identitaires dans un narcissisme qui s'est fragilisé avec l'âge, en ravivant des troubles anciens au niveau des assises narcissiques et de ce fait compromettre la santé mentale de la personne âgée.

LE VIEILLISSEMENT RÉUSSI

Vu sous l'angle de l'économie individuelle, le vieillissement met à l'épreuve les capacités de l'être humain à s'auto-conserver. Une problématique narcissique se pose. Le travail psychique que le sujet a à effectuer afin de garantir un bon vieillissement, devrait le garder à distance de deux défaillances psychiques : « d'un côté la dépression qui conduit au décrochage d'avec les investissements vivifiants, et de l'autre la suractivité défensive qui expose à des ruptures somatiques et psychiques dès que cette suractivité est alimentée par le déni de la castration » (FERRE et LE GOUES, 2008, 14). Ce travail psychique tient compte du processus du vieillissement, processus marqué par une suite de pertes et d'acquisitions.

Qui sont alors les personnes âgées qui ont réussi psychiquement leur vieillesse ?

Les personnes âgées qui conservent une bonne santé mentale sont celles qui ont réussi leur adaptation avec un Moi plutôt solide, qui continuent à conserver leur intégrité, leurs valeurs personnelles et demeurent relativement actives. Ce sont ceux qui ont conservé au cours des années et malgré les situations de défi et d'effraction, un narcissisme plutôt sain. Dans les termes de Pierre FÉDIDA (2009), il s'agit de « la capacité dépressive » qu'a le sujet dans des situations de changement et de perte; le moment dépressif étant un moment charnière avant d'aboutir à l'adaptation à la nouvelle situation sociale, au nouvel état de santé et au nouvel état cognitif qui s'impose. En effet, il s'agit d'adaptations progressives reliées à un processus évolutif de deuils et de séparations qui fait perdre le sujet en pouvoir physique mais pourrait lui permettre de gagner en sagesse, une forme différente de penser l'existence et de la gérer avec le sens du risque et de l'incertitude. Je dirai encore que la personne âgée acquerra une capacité

à intégrer les pertes d'une façon créative qui lui permettra de résister à l'éphémère en développant une philosophie réaliste de la vie.

Selon SOCRATE, l'homme sage est celui qui sait qu'il ne sait rien, que des choses lui échappent et qu'il est physiquement mortel. La conscience de ce manque déclenche chez PLATON le désir de le combler d'une façon différente, de le convertir vers les idéaux, vers la contemplation de la vérité qui pacifie l'Homme tout entier (*Sophia*- sagesse théorique), tout en apprenant à se connaître dans les termes de l'inscription gravée sur le fronton du temple de Delphes : «Connais-toi toi-même». Sur le plan psychanalytique, FERREY, G. et LE GOUES, G. (2008, 21) parlent d'un « fantasme d'éternité » d'où la personne âgée puise son énergie créatrice. Réussir sa vieillesse en termes philosophiques, consiste à ramener le désir à la sagesse, qui n'est rien d'autre, pour PLATON, que s'exercer à mourir dans les sens et à accomplir son désir de sagesse dans l'immortalité de l'âme, d'une part, mais aussi, d'autre part, savoir être heureux, savoir vivre, avoir une sagesse quotidienne comme l'a prônée MONTAIGNE, qui consiste à se réconcilier avec le réel, à cultiver activement la philosophie en action, et développer une sagesse pratique, une *Phronèsis*, une prudence, dans les termes d'ARISTOTE ; cette sagesse pratique étant la vertu de ceux qui savent adapter la norme pratique aux situations singulières. La *Phronèsis* est l'excellence en termes de savoir pratique permettant de tenir ensemble la généralité de la règle et la singularité du cas.

Le processus d'intégration de la perte permettra alors à la personne âgée d'accepter ses limites personnelles, d'accepter le caractère imprévisible de l'existence, de continuer à faire de nouvelles activités et d'en tirer plaisir, de continuer à résoudre des problèmes de la vie quotidienne et familiale, de comprendre profondément la vie et ses aspects intra et interpersonnels, d'accepter de ne plus être comme avant indispensable pour ses enfants et pour les personnes qui dépendaient de lui, de transcender la subjectivité et de diminuer son égocentrisme, de développer l'autocritique, et surtout de rester en contact avec la réalité sociale et être éveillé à ce qui se passe autour d'elle. En d'autres termes maintenir une orientation dans l'espace et dans le temps ; ceux-ci constituent les fondements du monde dans lequel nous vivons et contiennent toutes nos expériences subjectives et affectives qui donnent

à notre existence sa dimension psychique et humaine. Ces repères se trouvent atteints dans les maladies neuro-dégénératives, notamment dans la maladie d'Alzheimer.

VIEILLISSEMENT ET NARCISSISME

Le narcissisme en question pendant la vieillesse est le « narcissisme secondaire » de FREUD, élaboré dans la relation à l'autre depuis les premiers jours de la vie du sujet. C'est l'amour porté à l'image de soi grâce à l'intériorisation d'un ensemble de représentations qui reviennent au sujet de l'Objet lorsqu'il l'investit, surtout celles qui lui viennent de sa mère en premier et par suite de l'Idéal du Moi auquel il va se mesurer et tenter de se conformer. Celui-ci est formé par l'identification à des idéaux parentaux et culturels projetés à l'extérieur. Le Moi s'enrichit alors des relations de l'enfant avec l'extérieur. Les infinies marques d'attachement propre à chaque relation affective vont constituer les assises narcissiques d'un sujet plutôt comblé. Traverser adéquatement les étapes de la constitution du narcissisme permet au sujet d'acquérir estime de soi, autonomie, assurance, capacité d'entreprendre et possibilité d'investir en confiance de nouveaux objets. Pendant la vieillesse, en cas d'arrêt brutal des échanges avec l'Objet (perte relationnelle, perte professionnelle, changement de l'état de santé, etc.), le sujet est exposé au risque d'une déstabilisation narcissique. Tout dépend de sa capacité à réussir le deuil. A la corrosion que le passage du temps fait subir au narcissisme par des pertes accidentelles, s'ajoutent le vieillissement cognitif¹ dont il ne faut jamais banaliser l'effet sur la psyché.

A l'arrière-plan de l'adaptation psychologique à la situation de déchéance, il y a toute la qualité de la première relation introjectée avec une « mère suffisamment bonne »² (WINNICOTT, 1969, 69), qui par sa rythmicité (EL HADDAD, 2014) enrichit le contenu du Préconscient de représentations, détermine son épaisseur et de ce fait sa malléabilité ; celui-ci conduisant les personnes âgées à intégrer la rupture, à dénouer les liens avec la santé et le pouvoir « absolus » et à intégrer la mort et la finitude comme dimension de la réalité. Il

¹ J'en reparlerai par la suite.

² Un concept que WINNICOTT avait corrigé dans une conférence orale à la fin de sa vie, en parlant plutôt d'une « mère suffisamment concernée par son enfant ».

détermine leur capacité de mentalisation dans les situations difficiles. Les mécanismes anti-dépresseurs ou la capacité à faire le deuil tiennent à la solidité de la relation à la mère qui fonde le narcissisme, et permet au sujet, à l'âge adulte, d'affronter les difficultés de la vie.

Par ailleurs, des différentes formes de pertes peuvent en résulter un être en voie d'isolement, recroquevillé sur lui-même, un repli de la Libido sur soi prenant cliniquement la forme d'une dépression. Toutefois, chez les vieux, il faut toujours tenir compte de la possibilité d'un déficit cognitif qui, la majorité des fois, s'accompagne de manifestations dépressives. Cliniquement, il existe des similitudes entre démence et dépression dans les trois sphères : comportementale (apragmatisme, ralentissement psychomoteur), cognitive (difficultés de concentration, troubles de mémoire) et affective (troubles émotionnels, désinvestissement des activités habituelles, perte des intérêts) qui rendent difficile le diagnostic différentiel entre les deux maladies. Cette similitude fait que le diagnostic de démence est souvent abusif tandis que le diagnostic de dépression est plutôt sous-estimé, comme il est le cas dans la « dépression pseudo-démentielle » (encore appelée « pseudo-démence dépressive »³). Là, il faut se demander si les campagnes de sensibilisation à la maladie d'Alzheimer en Occident et celles sollicitant à participer à des ateliers-mémoire, ne contribuent-elles pas à des diagnostics précipités.

MME SALAM ET LA CONNECTIVITE MIXTE

Mme Salam, femme âgée de 69 ans, a été admise en février 2014, après rémission, dans un centre gériatrique privé, où j'exerce la profession de psychologue clinicienne, psychothérapeute et intervenante en évaluation et en rééducation neuropsychologique. Elle a été admise dans l'Unité de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (USSRG)⁴, suite à son séjour à l'hôpital pour traiter son anémie hémolytique auto-immune à agglutinines froides causée par une connectivite mixte, diagnostiquée en 2011. Son admission avait pour objectifs:

³ FERRE et LE GOUES, 2008, 202-4

⁴ L'USSRG vise à la rééducation fonctionnelle adaptée au patient âgé suite à une affection médicale aiguë ou une intervention chirurgicale, afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle et de permettre au patient le retour dans son lieu de vie.

- une rééducation à la marche, vu l’atrophie musculaire, due à la corticothérapie et à l’immobilisation ;
- une rééducation à l’indépendance sur le plan des activités de la vie quotidienne ;
- une rééducation de la sphère anale et urinaire (port de couches) ;
- une prise en charge psychologique ;
- une réévaluation cognitive et une prise en charge correspondant aux résultats obtenus ;
- une rééducation de la déglutition (fausses routes) ;
- un réajustement du rythme sommeil-veille.

Il faut commencer par comprendre la nature de sa maladie organique afin de pouvoir appréhender son fonctionnement psychologique. En effet, la connectivite mixte (ou Syndrome de Sharp) est une maladie auto-immune⁵, habituellement bénigne (elle ne menace pas d'organe de façon vitale), qui fait partie des maladies de système, se caractérisant essentiellement par une atteinte diffuse, inflammatoire et chronique, des fibres de collagène du tissu conjonctif. La connectivite mixte progresse par poussées inflammatoires entrecoupées de périodes de rémission sans symptômes qui peuvent parfois durer plusieurs années avec un traitement léger, parfois même sans traitement. Les femmes sont plus fréquemment atteintes.

Alors que l’anémie hémolytique auto-immune est une maladie du sang traduite par la destruction anormale des globules rouges, avant la fin de leur cycle de vie, qui a une durée de 120 jours, par des anticorps fabriqués par le système immunitaire, dont normalement la fonction essentielle est d’assurer la défense de l’organisme vis-à-vis des agressions extérieures (bactéries, virus, etc.), mais qui se dérègle en produisant de façon anormale des anticorps dirigés contre les propres globules rouges du patient.

⁵ Les maladies auto-immunes sont des maladies dans lesquelles les lésions observées sont dues à la mise en jeu d’une réaction immunitaire vis à vis des constituants du soi. Ces maladies peuvent être schématiquement divisées en maladies auto-immunes spécifiques d’organes ou de tissus (comme les thyroïdites auto-immunes, le diabète insulino-dépendant et la sclérose en plaques) et maladies auto-immunes non spécifiques d’organes encore appelées maladies systémiques (comme la connectivite mixte et la polyarthrite rhumatoïde) (DESPLAT-JEGO, S., GRANDEL, B. et SERRATRICE, J., 2008-2009)

Un jour, alors que j'animais un groupe de parole sur mon lieu de travail, je vis arriver en ambulance une femme, avancée en âge, gémissante sur un brancard, recroquevillée sur elle-même, avec des douleurs au niveau de tout le corps et une incapacité à ouvrir les yeux. Je passais le lendemain dans sa chambre pour une première rencontre introductive et elle me surprit par son ralentissement idéo-verbal, exprimant sa douleur avec un langage plutôt non-verbal et des cris. Deux jours après, je demandai à une aide-soignante de la faire descendre sur un fauteuil roulant dans mon bureau pour un entretien préliminaire. La patiente n'a pas pu supporter plus que 15 minutes d'entretien durant lesquelles il me semblait qu'il y avait des éléments de confusion dans son discours (desquels je me suis assurée par la suite de ses filles) et d'oubli. Elle n'a plus voulu descendre depuis. Cette attitude dura deux semaines, avec une persévérance de ma part à rentrer la saluer dans sa chambre, assurer une qualité de présence plutôt qu'une approche d'interrogatoire et surtout tenter de détecter indirectement des signes cliniques qui me permettaient de proposer des hypothèses de diagnostic psychopathologique et cognitif en vue d'orienter l'équipe soignante à une prise en charge psycho-comportementale optimale et afin de pouvoir préciser les objectifs de mon travail ultérieur. Il fallait m'assurer du profil démentiel avec lequel elle est rentrée au centre parce que la prise en charge diffère selon que la patiente est démente ou qu'elle a uniquement des troubles psychopathologiques. Mme Salam manifestait un ralentissement important, tant au niveau moteur qu'au niveau idéique et verbal. Elle sollicitait continuellement le repos au lit et me suppliait pour me taire puisqu'elle était incapable de parler. Je ne pouvais pas d'emblée faire passer mes évaluations cognitives standardisées afin que l'approche psychologique n'apparaisse pas comme une épreuve infantilisante et conflictuelle par rapport à ses douleurs somatiques. J'ai commencé alors par des entretiens libres, non guidés donnant libre court à sa pensée presque aplatée et résistante. L'examen clinique a apprécié alors l'existence de ses déficits cognitifs de façon indirecte, jusqu'à ce que j'aie pu réussir au bout de deux semaines à gagner sa confiance⁶, ce qui m'aida à

⁶ Il ne faut pas omettre la résistance liée aux représentations qu'ont les patients âgés, bien qu'éduqués, de la fonction du psychologue, surtout avec la différence d'âge entre eux, lorsque, grandir en âge apporte en sagesse, mais aussi puisque la fonction de psychologue rime avec la folie.

la faire sortir de sa coquille⁷ et soudainement à exprimer la relation entre ses maux et le décès de son mari ; seule représentation qu'elle était capable de me communiquer dans sa profondeur symbolique. Je ne pus réussir à la faire descendre par la suite dans mon bureau au rez-de-chaussée que deux fois tout au long de sa prise en charge qui a duré un an avant le changement de son plan de séjour et des objectifs de la prise en charge. Elle préférait qu'on se rencontrait dans sa chambre, dans sa sphère sécurisante, en particulier dans son lit qui, lui rappelant sa maladie, lui assurait un équilibre identitaire. Je suis arrivée à cette conclusion une fois que j'ai situé sa maladie dans un cadre psychosomatique. Le cours de ce texte va me servir d'étayage pour mes hypothèses de diagnostic et pour la prise en charge psychologique et cognitive de la patiente.

Avant d'aborder cette question, je ne pouvais pas passer outre ses troubles de mémoire, ses difficultés à exprimer ses émotions alors que nous avons dépassé l'étape de la résistance et que nous sommes dans la phase de transfert positif. Mon entretien clinique avec ses deux filles confirma une entrée en démence⁸, aussi bien que la Batterie d'Evaluation Cognitive (B.E.C.96) et le Test de l'Horloge auxquels j'ai eu recours.

Mme Salam présentait des troubles de mémoire et d'autres fonctions cognitives objectivées par des performances déficitaires à la B.E.C.96. En effet, les épreuves de la B.E.C.96 mettaient en relief un déficit cognitif moyen, notamment:

- des difficultés au niveau de la fixation à long terme ;
- des capacités limites au niveau de la mémoire de travail⁹ (apprentissage) ;
- des performances attentionnelles déficitaires sauf lorsque je sollicitais vivement son attention¹⁰ ;
- une désorientation dans le temps ;

⁷ Sa coquille était composée d'elle en fusion avec sa bonne dans un espace noir. D'ailleurs, sa bonne lui collait comme son ombre durant les premières semaines au centre, malgré nos recommandations de l'indispensabilité de son retour à domicile en vue d'une autonomisation optimale.

⁸ Marquée par des troubles de la mémoire épisodique qui constituent généralement le symptôme inaugural de la démence.

⁹ La première mémoire atteinte dans la maladie d'Alzheimer.

¹⁰ Il n'y a amélioration que dans le cas d'une dépression et non dans le cas d'une démence installée.

- des capacités plutôt bonnes au niveau des fonctions exécutives du cerveau en rapport avec l'abstraction et l'inhibition;
- un déficit au niveau de la mémoire sémantique (dénomination)¹⁰;
- un déficit au niveau de l'activité visuo-constructive¹¹.

Le test de l'Horloge marque des troubles au niveau des fonctions exécutives (planification, organisation) et au niveau de l'orientation dans le temps, typique d'une personne démente (*Figure 1*).

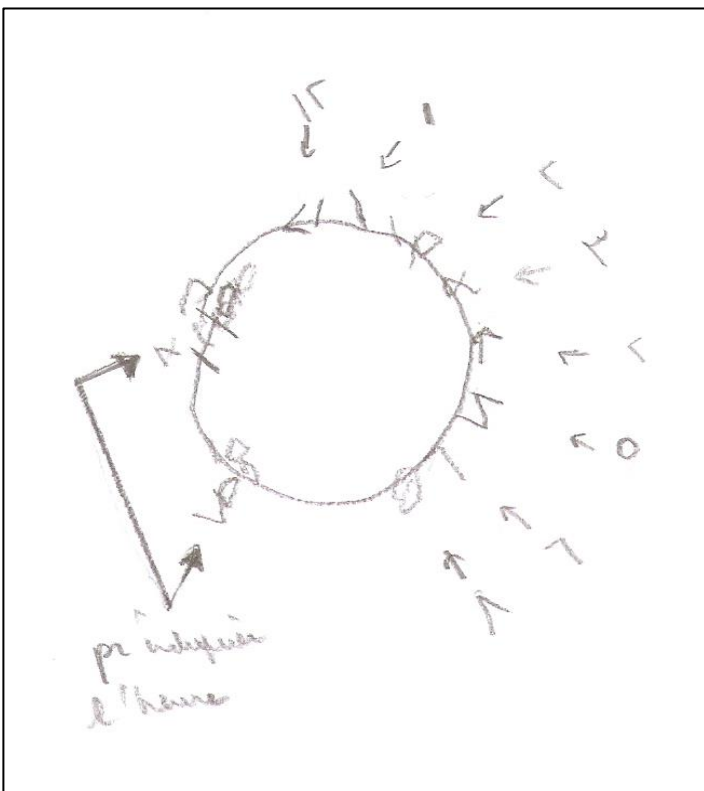


Figure 2 Test de l'Horloge (14/03/2014)

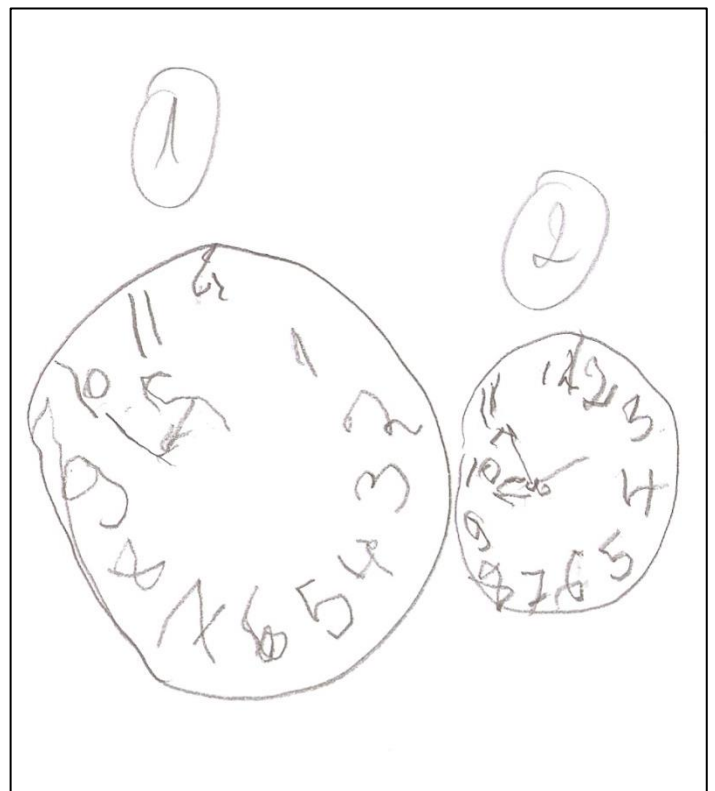


Figure 1 Test de l'Horloge (25/04/2014)

¹¹ Expliqué probablement par ses troubles visuels non corrigés que j'avais découverts beaucoup plus tard lors de la rééducation cognitive et dont elle n'avait pas parlé auparavant.

Malgré les résultats obtenus à l'évaluation cognitive je ne pouvais voir en filigrane, durant les séances de psychothérapie, qu'un retour d'éléments mnésiques, une réorientation dans le temps et par rapport aux événements desquels elle s'est détachée progressivement depuis la mort de son mari, il y a 10 ans de la prise en charge, alors qu'elle était une femme très intelligente, éduquée, intéressée par la politique, l'économie et les sciences humaines. J'étais confuse entre une proposition de psychothérapie de soutien ou de psychothérapie psychosomatique. Je me suis aventurée avec cette patiente au profil démentiel pour le médecin traitant. Les ressources psychiques disponibles¹² que j'ai pu détecter, relevant du domaine de la sublimation intellectuelle, des points de fixation aux stades phallique, anal et oral, malgré la pauvreté apparente de son discours, m'ont permis de proposer une psychothérapie psychosomatique. Progressivement, elle reprenait plaisir à allumer la télévision dans sa chambre et à suivre les émissions politiques qui traitaient des conflits au Moyen-Orient. Cette action, désinvestie par les malades Alzheimer¹³, sollicite des capacités cognitives attentionnelles et mnésiques importantes, mais surtout des capacités au niveau des fonctions exécutives. En effet, pour analyser la situation socio-politique, la patiente intégrait dans son discours les informations retenues, les organisaient les unes par rapport aux autres, retenait les plus importantes pour elle et inhibait celles dont elle n'avait pas besoin, initiait une

¹² La capacité symbolique du langage est atteinte dans la maladie d'Alzheimer, c'est pourquoi nous ne pouvons pas proposer une psychothérapie psychosomatique ou une psychothérapie d'inspiration analytique que vraiment au tout début de la maladie, et dans des cas particuliers.

¹³ **Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR :**

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;

2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

a. aphasie (perturbation du langage)

b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

Le plus souvent, ces troubles cognitifs sont accompagnés de troubles du comportement déficitaires ou perturbateurs et dangereux pour le patient ou pour autrui: apathie, dépression, opposition, agitation, agressivité, comportements moteurs aberrants, désinhibition, cris, idées délirantes, hallucinations et troubles du rythme sommeil/veille.

conversation logiquement structurée, etc. Elle reprenait aussi plaisir aux activités sociales proposées par le centre et aux sorties aux restaurants et aux hôtels avec ses filles, que j'ai moi-même encouragées. La réversibilité des troubles cognitifs¹⁴ (*Figure 2*) a écarté le diagnostic d'une démence. L'approche psychanalytique-psychosomatique que j'ai proposée comme construction du sens a banni le diagnostic médical qui était resté au niveau du manifeste. Je constatai que je suis plutôt devant une dépression avec des troubles cognitifs et somatiques, dite pseudo-démentielle, qui pose le problème de l'intrication des démences et des dépressions. Les plaintes somatiques qui dominaient le tableau clinique, ont masqué les symptômes dépressifs, laissant le diagnostic virer à un diagnostic démentiel. De ce fait, les tests psychométriques ont été altérés par la diminution de l'attention, de la concentration, par l'anxiété et par la fatigabilité dépressive de la patiente.

La maladie d'Alzheimer est souvent accompagnée à son début par une dépression. La normalisation des troubles cognitifs après traitement antidépresseur efficace fait plutôt porter le diagnostic de dépression pseudo-démentielle que celui de démence. La dépression de la personne âgée peut présenter des profils symptomatiques différents de ceux observés chez les adultes jeunes, mais toujours dans un même continuum. Les différences symptomatiques présentent des sous-types de troubles liés souvent au vieillissement du cerveau. « En général, la dépression affecte en premier lieu l'attention, l'encodage, la récupération et les fonctions de mémoire explicite¹⁵, alors que les fonctions de mémoire implicite¹⁶ sont préservées. Le malade dépressif se plaint de perdre sa mémoire, d'une sensation de baisse intellectuelle et de trouble de la concentration, alors que le malade d'Alzheimer est souvent anosognosique » (*Tableau 1*) (LIESHI, V. et BIZZOZZERO, T., 2009, 1787). C'est pourquoi, le diagnostic de démence doit être porté avec prudence en gériatrie.

¹⁴ Réévaluation des fonctions cognitives par les mêmes outils psychométriques, soient la B.E.C.96 et le test de l'Horloge.

¹⁵ Fonctions de mémoire explicite : empan verbal et non verbal, rappel libre et indicé, reconnaissance.

¹⁶ Fonctions de mémoire implicite : amorçage, conditionnement classique, apprentissage implicite d'habiletés perceptives, motrices, etc.

Dépression	Maladie d'Alzheimer
Installation assez rapide	Installation progressive
Symptômes cognitifs transitoires et fluctuants	Symptômes cognitifs permanents
Progression rapide	Progression lente, insidieuse
Absence d'apraxie et d'agnosie	Présence d'apraxie et d'agnosie
Orientation intacte	Trouble de l'orientation
Troubles mnésiques améliorés par l'indiçage	Troubles mnésiques non améliorés par l'indiçage
Fréquent sentiment de culpabilité	Absence de sentiment de culpabilité
Plaintes centrées sur les troubles cognitifs	Absence de plaintes cognitives
Faible investissement dans les tâches cognitives	Application à effectuer des tâches cognitives proposées
Humeur dépressive prédominante	Humeur labile
Aucune envie de répondre aux questions	Désir de répondre mais réponse pouvant n'avoir aucun sens
Antécédents récents et anciens de troubles mnésiques identiques	Troubles amnésiques des faits récents > faits anciens
Réponse de type « je ne sais pas »	Réponse de type « manqué de peu »
Antécédents dépressifs	Antécédents dépressifs au cours de la vie moins fréquents ou inexistant

Tableau 1 © 2009. LIESHI, V. et BIZZOZZERO, T. Diagnostics différentiels entre dépression et maladie d'Alzheimer

À l'USSRG, le rôle du psychologue le situe au carrefour¹⁷ de la neuropsychologie¹⁸, de la psychanalyse et de la psychosomatique. L'intervention psychologique participe de prime abord d'une évaluation clinique et d'un entretien avec la famille du patient ou la personne de référence, précédant tant un bilan psychologique qu'une proposition de soutien, de

¹⁷ Il y a du côté des neurosciences les chercheurs qui réduisent le fonctionnement psychique à la circulation des médiateurs chimiques dans le cerveau, comme il existe d'autre part des réductionnistes parmi ceux qui travaillent en psychanalyse, des psychanalystes se réfugiant dans un psychisme désincarné, spirituel. Aujourd'hui, la neuropsychanalyse tente de mettre la biologie et la psychanalyse, l'une au service de l'autre. FREUD, lui-même, qui était neurologue de formation, avait marqué à plusieurs reprises, dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* (1895), son désir d'inscrire la psychanalyse dans une perspective scientifique. L'idée de base de FREUD était de représenter les phénomènes psychiques sous forme de phénomènes neurologiques, mais il n'avait pas les théories d'étayage pour effectuer le rapport entre le biologique et le psychologique. Le cerveau était encore peu connu pour la science.

¹⁸ La neuropsychologie a pour objet d'étude les perturbations cognitives, émotionnelles et du comportement, provoquées par des lésions cérébrales.

psychothérapie ou de réhabilitation cognitive. Cependant, l'évaluation neuropsychologique et psychopathologique du patient accueilli s'impose, bien souvent dans l'urgence pour orienter le travail de l'équipe soignante et du médecin traitant. Dans ce cas, le bilan, qui vient soutenir son projet thérapeutique personnalisé, ne doit pas remplacer la démarche de compréhension globale du patient, non réduit à ses déficits, à ses plaintes et à ses symptômes. L'approche du psychologue doit s'allier à une authentique écoute clinique de la dynamique du bilan psychologique, des problématiques potentiellement complexes du patient, qui le dépassent et souvent progressent avec la psychothérapie, prenant des formes symptomatiques variables avant qu'il ne retrouve son équilibre psychosomatique soutenu par un narcissisme moins précaire, aménageant la position défensive la plus confortable pour s'adapter à la réalité extérieure, n'empêche avec des béquilles somatiques.

Le diagnostic d'une maladie auto-immune m'a laissé attentive devant une possibilité de retrouver une corrélation entre le fonctionnement psychologique antérieur de la patiente et l'altération organique. En effet, l'apport des neurosciences à la psychanalyse et à la psychosomatique post-freudiennes est sans doute la plus importante révolution de ce siècle. Toute forme de « stress¹⁹ » impliquant un changement significatif du cours de la vie du sujet, peut activer l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et produire les corticoïdes²⁰ qui court-circuiteront le système immunitaire de surveillance. « Ces mécanismes neuro-hormonaux sont destinés à sauvegarder l'homéostasie, mais la permanence de la somatisation sans retour à la résolution des conflits dans la vie mentale est de mauvais pronostic vital à long terme. Le concept de « stress » renferme dans sa définition l'ensemble des modifications physiologiques et biologiques survenant dans l'organisme, en réponse à une situation où il se trouve soumis à une pression continue, sans qu'il puisse ni la modifier, ni la quitter. La fuite et l'attaque étant neutralisées, au point que le conflit dure indéfiniment, le stress paraît déjà comme une forme

¹⁹ Terme de la psychologie de la santé (née en Amérique), qui trouve son équivalent dans la notion d'« angoisse » en psychanalyse, et, à l'extrême, dans la notion de « situation d'impasse » chez SAMI-ALI (psychosomaticien).

²⁰ Les corticoïdes sont des hormones produites par les glandes corticosurrénales. Ils ont des effets sur les réactions métaboliques de l'organisme, une action anti-inflammatoire luttant contre les processus d'inflammations, et aussi une activité immunosuppressive, c'est-à-dire diminuant les réactions de défense de l'organisme, recherchées parfois dans certaines maladies auto-immunes, comme il est le cas dans la connectivité mixte.

d'impasse où les deux issues possibles sont par définition bloquées. Ainsi, l'anxiété, la fatigue moïque ou à l'extrême, une dépression, sont reliés à une sous activité du système immunitaire et ont pour conséquence l'altération de l'unité psychosomatique. L'approche bio-psycho-sociale (américaine) aussi bien que la psychosomatique intégrative de STORA (française), au-delà de la psychanalyse freudienne, de la médecine classique et de la psychosomatique de MARTY (française), supposent que plusieurs facteurs interagissent pour conditionner la réactivité organique ; soient des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Il s'agit bien d'une malade psychosomatique, dont la connectivite mixte, et en conséquent toutes les plaintes somatiques qui en ont résulté (anémie, douleurs diffuses au niveau de tout le corps, douleurs articulaires, faiblesse musculaire, etc.), sont la réponse de l'organisme à un état de stress accru, notamment la mort de son mari en 2003, perçu par le système nerveux central. Son corps a aussi développé, un an avant sa rentrée au centre, un zona traité et guéri, dont les séquelles cutanées sont maintenues au niveau du dos et qui lui servaient de tremplin relationnel avec le personnel soignant pour bénéficier d'un massage à la main qui calmait ses douleurs. Le risque psychosomatique et la possibilité de rechute dépendaient de plusieurs facteurs dont il fallait tenir compte dans sa psychothérapie pour maintenir la période de rémission et prévenir les rechutes:

- Un fonctionnement psychologique précaire (trouble de la relation mère-fille, dépréciation de la mère perçue comme faible et illettrée et recherche de l'affection auprès du père sur un mode hystérique frustré par celui-ci; une tendance à solliciter l'affection des autres par ses douleurs organiques et ses ruminations continues).
- La dépendance de son mari jouant en partie la fonction maternelle (sollicitations affectives, demande de compréhension, réduction de sa vie sociale à sa compagnie, etc.), absence d'amis proches pour tempérer l'impact du traumatisme de la mort de son mari.
- Des événements marquants (elle a manqué d'affection maternelle durant sa petite enfance ; elle n'a pas pardonné à sa mère le fait qu'elle l'a mariée très jeune, à l'âge de 14 ans, et lui a interrompu ses études ; son divorce de son premier mari ; le rejet de la

famille de son 2^{ème} mari dont elle continue à en parler en dépit du passage du temps ; leur vécu pendant la guerre sur une ligne de démarcation ; la crainte de perdre son mari qui travaillait dans la gendarmerie ; le décès de son mari en 2003).

Corrélativement à sa faiblesse musculaire, les atteintes cognitives et psychologiques de ma patiente mettaient à mal son autonomie au quotidien. Elle était devenue complètement dépendante de sa bonne, sur le plan physique et psychologique, comme sa dépendance de l'obscurité de sa chambre à coucher. La bonne remplaçait son mari dans le lit conjugal depuis 7 mois, prenait sa place de gestionnaire du foyer dans les travaux ménagers et dans la cuisine depuis plusieurs mois, et assumait les soins corporels : bain, habillage, changement de couches. C'est pourquoi je proposai une approche à 3 objectifs :

- Une psychothérapie psychosomatique qui rejoint la patiente dans sa vie intérieure, au-delà de la matérialité des incapacités installées par le vieillissement et par la maladie qui ont toujours occupé le premier plan du tableau clinique. Je voulais profiter de la période de rémission pour aider la patiente à repérer l'unité psychosomatique afin de diminuer le risque de rechute, comme la connectivité mixte progresse par poussées inflammatoires, s'opposer à l'évolutivité des atteintes viscérales et permettre de nouveau son insertion sociale, parallèlement à la kinésithérapie qui va lui donner une dose importante narcissique en lui permettant de marcher de nouveau d'une façon autonome. De ce fait, ma thérapie avait pour objectifs de l'aider à prendre conscience de la relation entre les événements de vie traumatisants et les troubles somatiques ; de re-mentaliser ses pertes pour l'aider à avoir de nouveau confiance en sa vie psychique ; d'accompagner sa dépression et de lui permettre de la dépasser en restaurant son narcissisme en vue de reconstruire sa subjectivité. En d'autres termes, il s'agit de renforcer son Moi, permettre la réorganisation du noyau masochiste primaire afin qu'il lui soit possible de réinvestir la vie objectale, et qu'elle puisse mieux affronter les tensions auxquelles elle est inévitablement soumise lors du vieillissement, surtout du fait qu'elle continuera sa vie seule, sans son mari. Pour cette raison, j'ai dû rechercher dans sa vie et dans son passé des facteurs psychologiques (sublimation comme

mécanisme de défense, points de fixation aux stades phallique et oral et un narcissisme secondaire enrichi par les appréciations de la société pour son intelligence et ses connaissances) sur lesquels s'appuyer pour entreprendre le travail psychothérapique. A tout cela, s'est ajoutée l'approche contenante de l'équipe soignante au centre qui, symboliquement, remplit le rôle d'une bonne mère pour les malades psychosomatiques.

- Une rééducation cognitive personnalisée et la participation aux ateliers-mémoire en groupe dont le but était de renforcer les fonctions cognitives préservées, de compenser les déficits observés par le biais de capacités opérantes et enfin de favoriser la réappropriation de certaines stratégies cognitives qui faisaient défaut à cause de la dépression et qui pouvaient s'améliorer.
- L'accompagnement de ses deux filles en vue d'améliorer les facteurs environnementaux ayant facilité l'installation de la dépression pseudo-démentielle et favorisé son maintien.

La perte de l'Objet introjecté a imposé un travail de deuil à l'activité psychique qu'elle devait mobiliser pour se séparer de l'Objet perdu. C'est un travail d'enterrement du mort en elle qui est beaucoup plus difficile pour une personne âgée, dont la baisse de la qualité des liaisons mentales, associée à la profondeur de l'inscription dans le Moi de l'image du conjoint, avec lequel elle a partagé au moins 40 ans de son existence, joue beaucoup. Le degré d'investissement de l'Objet l'emportait dans son cas largement sur sa capacité de sublimation intellectuelle. La baisse de la capacité de liaison a faussé le diagnostic médical. En plus d'une « négligence » de la part de ses filles, selon la patiente, qui a réduit la libération de l'énergie par la voie mentale pour lui trouver la voie organique comme issue, à laquelle la patiente a depuis longtemps eu recours et qui, depuis 2011 est une effraction réelle dans le corps, non hystérique. Éventuellement, la dépression essentielle a donné le relais à une dépression pseudo-démentielle, lorsqu'avec les années, aucune intervention psychologique ou relation objectale ne sont venues aider la patiente à réinvestir la vie mentale et rétablir l'unité psychosoma.

Dans une conception psychanalytique de l'économie psychosomatique, nous considérons le recours à la voie somatique comme l'une des voies possibles dont dispose le sujet à un moment donné de son existence pour faire front aux conflits de tout ordre qu'il a à traiter. La première voie est certainement celle de l'élaboration mentale. Lorsque l'appareil psychique se trouve débordé ou dans un état d'incapacité à élaborer des excitations pulsionnelles selon le principe de plaisir-déplaisir, il est fréquent que la voie somatique soit préférentiellement utilisée. Lorsque nous parlons de somatisation non hystérique dans le langage de l'IPSO (Institut de Psychosomatique Pierre-Marty) et de la psychosomatique intégrative de J.-B. STORA, il s'agit d'un désinvestissement de la vie mentale traduit par une régression de l'énergie libidinale à l'état d'instinct pour investir un organe ou un système faible dans une situation d'impasse. Suite à un « processus de dénarcissisation » (SMADJA, 1998, 1438) dans lequel le Moi est désinvesti en tant qu'objet du Ça, une réponse de type « dépression essentielle » (MARTY, 1980) témoigne de la perte du Moi de sa qualité objectale. En effet, celle-ci est définie comme étant l'abaissement général du niveau du tonus vital, sans contrepartie économique. Il s'agit d'une dépression sans objet qui prend la forme ordinaire d'une dépression habituelle, mais reliée à la perte d'un Moi tellement fragilisé et non à la perte d'un Objet. On la qualifie d'essentielle en ce qu'elle traduit la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements instinctuels non maîtrisés parce que non élaborables. La dépression essentielle annonce une désorganisation progressive de l'appareil mental qui culmine dans le « fonctionnement opératoire » (SMADJA, 1998), une forme d'aplatissement libidinal ; le sujet perdant ses qualités vitales, la mentalisation laissant la place à une somatisation. Tout se passe comme si le corps était le point d'impact direct des phénomènes pulsionnels déchaînés, comme si les pulsions privées de la possibilité d'être métabolisées dans une expression mentale, empruntent la voie souterraine des organes. Dans le cas de notre patiente, la connectivite mixte, maladie auto-immune a été une échappatoire organique à une situation d'impasse psychique.

Au début de la prise en charge psychothérapique, alors que Mme Salam redonnait confiance à son appareil psychique, ma présence est venue valider une approche réminiscence ; la patiente a osé reprendre confiance en ses idées paranoïaques. Des idées, à la limite

« délirantes », centrées sur les thèmes de la persécution émergèrent envers le médecin et certains membres de l'équipe soignante. Je sus durant l'entretien clinique avec ses filles, que leur mère avait depuis toujours (1) un sentiment de supériorité par rapport à son entourage moins éduqué et à son milieu musulman « arriéré » "متخلف" comme elle le qualifie, et une certitude qu'elle a toujours raison et que ses filles doivent prendre en considération son avis de leurs fréquentations ; (2) une attitude méfiante à l'égard d'autrui, étant convaincue d'être victime de la famille de son mari et de la négligence de ses filles, par exemple, laissant transparaître une certaine hostilité marquée par une distance avec la famille et le voisinage "الماما ما عندا أصحاب"; et (3) une hypersensibilité face aux critiques. Cette composante paranoïaque qui fait partie de son tableau clinique actuel, lui a toujours servi de mécanisme de défense afin de maintenir son équilibre psychologique. En avançant dans sa psychothérapie, ces idées délirantes ont laissé la place à une personnalité plutôt paranoïaque, marquée par un Moi hypertrophié, une fausseté du jugement et une méfiance à l'égard d'autrui manifestée par un choix méticuleux de ses termes face à la personne objet de sa haine, qui laisse des fois transparaître un comportement taquin, qui se plaît à agacer un membre du personnel soignant en valorisant quelqu'un d'autre, à tel point qu'elle pouvait créer des conflits au sein de l'équipe. Les autres n'étaient que des « objets poubelles », sensés recevoir les projections de ses mauvaises parties sans « contester ». Mon intervention était un labeur ardu avec l'équipe soignante qui n'était pas sans failles.

Bien plus, Mme Salam n'était pas un cas clinique « pur », mais un mélange de traits et de symptômes appartenant à différentes structures. On la trouvait aussi anxieuse de son état de santé, lorsque réapparut l'élaboration psychique, sollicitant des examens de sang continus. La peur d'un cancer revenait dans son discours à chaque fois qu'elle avait mal quelque part : thorax, tête, etc. Son angoisse n'était pas anodine. C'était une identification au cancer de son mari qui avait mis fin à sa vie. Les plaintes hypochondriaques se fondaient sur le narcissisme, sur le retrait des investissements sur le corps propre puisqu'il n'y avait plus possibilité de satisfaction au niveau de l'Objet, notamment le mari qui la défendait face à ses filles et leur demandait toujours de comprendre leur mère. Ses douleurs, dans leur dimension subjective, avaient aussi une valeur manipulatrice, hystérique. Elles marquaient sa victoire sur sa fille

cadette, toujours choisie par le père : "كان ينقي الأهين وهي تعطي الأهين، تجي معو"; à la limite un sentiment extrême de victoire lorsque le médecin approuvait ses angoisses et lui prescrivait un transfert à l'hôpital, contrariant l'avis de sa fille. Pour calmer ses douleurs, elle avait une fois par jour droit à un placebo qu'elle appelait "الحبة السوداء والحمرا", «la pilule noire et rouge», acceptant de ne pas connaître son nom, alors qu'elle a toujours maintenu une relation à la limite paranoïaque avec la médication et ses effets; genre de complicité défensive avec le monde imaginaire des enfants qui n'ont pas encore intégré le sens du réel, et qui attribuent à certains objets extérieurs des représentations grandioses, fantastiques. Dans ce sens, cette « pilule noire et rouge » avait un pouvoir magique, genre de locus de contrôle externe.

Son transfert narcissique m'attribuait tantôt la fonction d'une bonne mère toute-puissante qui nourrit son Moi Idéal, tantôt, elle projetait sur moi ce qu'elle a vécu avec son père et me faisait vêtir la cape d'un Idéal du Moi avec des qualités intellectuelles²¹ qui nourrissaient la re-mentalisation et son engagement dans les séances de rééducation cognitive. La « tendresse » est une qualité qui a toujours existé chez son mari²². En progressant dans sa thérapie, elle ne s'abstenait pas de me dire "يا عيونني شو حلوي²³ إنت", "دخل هالوجّ الحلو"; les yeux scintillants, le sourire dessiné sur ses lèvres après un temps de silence qui rappelait l'écart individualisant mais aussi sécurisant dans le rythme de présence-absence avec une mère « suffisamment concernée par son enfant » (EL HADDAD, 2014). La capacité à restaurer une image de soi dépendait d'objets internes investis dans le passé et de la qualité d'un commerce affectif avec la personne du psychothérapeute qui fonctionnait comme un Moi auxiliaire. Là j'étais appelé en ce mouvement de transfert narcissique intense, trop régressif, à toujours analyser mon contre-transfert afin que ce Moi auxiliaire ne prenne la place du Moi principal, surtout que le psychothérapeute dans un centre gériatrique, par rapport à la clinique classique des adultes, est invité à être plus souple et nuancé auprès de ses patients âgés. En effet, la régression dans le cadre du transfert positif, fait que Mme Salam me demandait de lui ouvrir la fenêtre, de lui mettre un coussin sous les pieds, de l'aider à se déplacer vers les toilettes en

²¹ Clé de sa rentrée en transfert positif

²² "يا ريت بعدو زوجي، ولو كملت إتعدّب بحياتي، عالقيلة فيه صدر حنون إلقي عليه. كنت عابشة بانصهار معو. رغم عيوبو ومحدوديتو، كان طيب كثير"

²³ Par référence à sa beauté lorsqu'elle était encore jeune.

pleine séance, de l'aider à enlever ou à mettre son pull, de l'aider à rapprocher son fauteuil. Par ailleurs, certaines fêtes ou simplement une rencontre en début de journée dans la salon, étaient des occasions pour embrasser son thérapeute²⁴ comme elle embrassait tout le monde²⁵. Toutes ces transgressions et bien d'autres n'étaient que des canalisations « intelligentes » du transfert sur ma personne. Par rapport à ces transgressions, je ne pouvais que rester attentive, garder une attitude neutre au fond de moi, bien que manifestement je paraissais active envers ma patiente, et surtout analyser mon contre-transfert.

Progressivement, la sublimation, comme mécanisme de défense réussi, est venue occuper une place relativement importante dans la vie mentale de ma patiente. Elle a permis de revitaliser le narcissisme sain et d'atténuer la douleur provoquée par la discontinuité. La sublimation comme mécanisme de défense habituel auquel elle n'a plus recours depuis sa régression psychosomatique totale il y a 4-5 ans, a repris place en continuité avec (1) l'accord qu'elle donna à son projet personnalisé en la présence de ses filles, (2) les exercices de rééducation cognitive qui ont contribué à sa réintégration dans le champ socio-politique afin de restimuler, à moyen terme, la lecture des journaux qui lui servaient de moyens sublimatoires primordiaux durant toute sa vie, et (3) la psychothérapie psychosomatique. Sans omettre son investissement des séances de kinésithérapie et beaucoup plus, son transfert positif sur la personne du kiné qui lui rappelait son mari et qui lui a servi de tremplin vers le mental. Parallèlement, ses douleurs qu'il m'était difficile de catégoriser, ont été en partie maintenues, puisqu'elles ont toujours participé à son équilibre psychosomatique. Elles constituaient d'une part une stratégie hystérique pour rechercher l'attention de sa famille et de l'équipe soignante et paramédicale, mais d'autre part, étaient situées dans la catégorie de somatisation non hystérique.

Cependant, la prise en charge psychothérapique a donné par moments place aux reculs, aux doutes, à des réactions thérapeutiques négatives, participant de sa rencontre avec son

²⁴ Attitude bienveillante de ma part et accueillante sans contre-partie économique. Souvent je gardais une distance qui ne lui permettait pas de trop s'approcher de moi pour m'embrasser. Quelque fois, lorsque la proximité s'impose, je me laissais embrasser par elle, sans toutefois prendre l'initiative de le faire.

²⁵ La relation tendre, affectueuse avec la personne âgée fait partie de notre culture libanaise ; variable dont il faut tenir compte dans un centre gériatrique.

histoire personnelle souffrante, et avec des chemins que des fois elle n'avait pas envie de prendre, surtout à son âge. Le travail psychothérapique n'était pas évident surtout lorsque je l'invitais à se réapproprier le temps qui passait dans toutes ses variables dans la dernière phase de sa vie et à se représenter l'unité psychosomatique afin de revivre subjectivement, une vie de conflits aussi bien que d'amour et de liaisons. Mon travail consistait à maintenir un minimum d'homéostasie dans un appareil psychique précaire, afin qu'elle puisse supporter et se représenter la relation psyché-soma. Je ne pouvais pas la faire rentrer dans une instabilité totale. Toutefois, lorsqu'on s'engage dans un travail relationnel avec un patient âgé, il faut savoir qu'on s'expose à des moments d'hostilité, des fois d'une façon latérale sous formes de somatisations ou hypochondriaques. C'est qu'il est bien difficile aux humains que nous sommes d'accepter l'idée de la mort, sans mobiliser dans notre inconscient la peur d'être tué ; les pulsions d'auto-conservations sont sollicitées. Tout le travail thérapeutique consiste alors à rendre possible au sujet en difficulté le passage d'un système de représentations à un autre. En d'autres termes, mourir, c'est moins d'être tué par quelqu'un que d'avoir à partir.

Des situations relationnelles qui ravivaient le sentiment de jalousie²⁶, ont porté atteintes à un narcissisme encore fragile, générant une attitude paranoïaque à mon égard qui a fait bousculer la patiente dans le transfert négatif, favorisé par les transferts latéraux sur certains membres de l'équipe dont les réactions non-thérapeutiques ne pouvaient pas toujours être gérées. C'est alors qu'un clivage s'installa entre le bon et le mauvais objet rappelant la position schizo-paranoïde de KLEIN (1946). Projeté à l'extérieur d'elle-même, ce clivage se retrouva sous forme d'investissement positif de la personne du médecin tout en me démontrant la vanité de mon traitement et l'importance de la prise en charge médicale. Il corrélait dans l'appareil psychique avec un clivage symbolique entre le représentant du soma (médecin) et celui de la psyché (psychothérapeute). Toute son énergie libidinale a été aspirée par son attitude paranoïaque à mon égard, et une volonté de me vaincre ; projetant sur moi l'image de sa fille

²⁶ Comme me voir m'occuper d'autres patients, surtout une femme bipolaire qui est venue en long séjour et qui avait besoin d'une attention particulière de ma part au début de son séjour lorsqu'elle s'irritait dans le couloir ou dans le salon.

cadette, choisie par son mari, à tel point qu'elle structura dans son délire²⁷ de persécution une histoire d'amour, déclenchée par une tentative de séduction de ma part, qui me relie avec le fils d'une autre femme en long séjour, avec qui elle est d'ailleurs amie; selon Mme Salam, sa fille cadette plaisait aussi à ce monsieur dans le temps. C'est comme si j'ai remplacé sa fille auprès de ce monsieur. Elle craignait que je la détruise. Elle m'évita et faisait semblant de dormir le temps de la séance. Des angoisses et des défenses psychotiques étaient typiques du premier développement de l'enfant. Durant cette période, ses filles décidèrent de la ramener chez elle puisqu'elle se trouvait apparemment adaptée sur le plan fonctionnel. Alors commença une série de manipulations hystériques régressives (douleurs, chutes, incontinence) parce qu'elle n'était pas encore prête sur le plan psychologique à surmonter la rupture surtout que les investissements objectaux sur les différents membres de l'équipe, positifs aussi bien que négatifs, assuraient l'équilibre économique entre la psyché et le soma, et parce qu'elle avait peur de revivre la même situation d'instabilité affective et de négligence de la part de ses filles comme avant. Nous décidâmes avec ses filles du nouveau plan de son séjour (3 jours au centre, 4 jours chez elle) afin de prévenir les chutes psychosomatiques et de maintenir une occupation quotidienne qui lui permettrait d'éviter le retirement social et l'alitement qui pourraient en résulter. Progressivement, lorsqu'elle vit qu'en dépit des rumeurs qu'elle diffusait, je conservais une attitude neutre, mais surtout qu'avec le médecin nous décidions de s'unir face à ses somatisations, elle ne put se représenter mentalement l'alliance des deux pôles, elle régressa alors sur tous les plans : propreté, marche, psychologique et cognitif, à tel point qu'on l'emmena dernièrement au centre sur un fauteuil roulant, avec une enflure au niveau des mains et des doigts, conséquence d'une phase de rechute auto-immune²⁸. Son appareil psychique n'a pas pu supporter le conflit schizo-paranoïde. Sa somatisation témoigne d'un nouveau clivage entre l'inconscient et le conscient, plus profond que le clivage de l'Objet, qui corrèle avec un clivage entre le soma et la psyché, de sorte que les messages de menaces ne sont plus transmis par les chaînons symboliques de la pensée verbale (fonction du préconscient). L'échec d'une réponse mentale dans une position dépressive (KLEIN, 1946)

²⁷ L'usage du terme "délire" marque l'ampleur de l'énergie mise en jeu dans la consolidation morbide d'une logique qui s'appuie sur des arguments puisés dans les situations de la vie quotidienne du centre.

²⁸ Au moment de la rédaction de cet article, Mme Salam se prépare pour un nouveau traitement à l'hôpital.

témoignant de la peur de perdre l'Objet d'amour²⁹, a donné la place à une dépression essentielle, une dépression narcissique, sans Objet. Le glissement du mental au somatique est plutôt labile et s'est presque automatisé chez une patiente qui, en vieillissant, n'a plus les mêmes capacités défensives que pendant sa jeunesse.

Peut-on parler de l'échec de la prise en charge globale de Mme Salam? Avant toute chose, il faut commencer par se poser la question fondamentale suivante: «quel est le rôle joué par la maladie dans l'économie psychosomatique du patient ? » (STORA, 2013, 87). Jusqu'à quel point sa maladie lui sert de béquille pour survivre ? Il est absurde de prétendre faire disparaître le recours au somatique hystérique aussi bien qu'opérateur, à son âge, dans ce qui lui reste de potentialités narcissiques. C'est un mode de défense aussi important que la sublimation dans la vie antérieure de ma patiente. Il serait plus sage de retarder les poussées inflammatoires et de maintenir un niveau d'homéostasie minimal, plutôt fidèle à sa vie mentale antérieure, acceptant une coloration paranoïaque avec quelques plaintes somatiques hystériques et hypochondriaques. Si les chutes immunitaires corollaires aux effractions psychiques ne menaceront pas sa vie, elles annonceraient, cependant, un risque élevé de démence post-dépression.

Lorsque le dément s'agrippe au registre du perceptif brut, c'est-à-dire du factuel et de l'actuel, n'a-t-il pas perdu l'accès au registre symbolique comme le malade opératoire qui somatise pour compenser le recours au mental, symbolique ? Ne retrouvons-nous pas le même processus de dépsychisation lorsque le sujet dans les deux cas perd un à un ses repères psychiques avec son histoire personnelle, qui contenaient à la fois son identité, son sentiment de continuité d'être dans une filiation et une histoire singulière, et bascule progressivement dans le registre du réel ? Cette coïncidence qui n'a pas d'explication neuropsychanalytique jusqu'à présent me permet de soupçonner que la démence chez la personne âgée pourrait survenir selon un mode psychosomatique, dans la complexité de la concomitance de facteurs relevant de la triade bio-psycho-sociale, surtout que la clinique anamnétique de ma pratique

²⁹ D'ailleurs, dernièrement, en lui donnant la parole au micro durant la fête des mères, je retrouvai dans ses yeux les mêmes étincelles avec lesquelles elle me regardait pendant la période de transfert positif, comme dans son miroir. Elle m'attira vers elle et m'embrassa avec émotion devant tout le monde.

rapporte le plus souvent un événement de vie stressant immentalisable, corollaire aux oublis progressivement grandissants qui finissent par révéler une dégénérescence neuronale à moyen terme.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux- DSM-IV-TR*. Paris : Masson. 1065p.
- DESPLAT-JEGO, S., GRANEL, B. et SERRATRICE, J. (2008-2009). « Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes du traitement ». In : *Cours Immunopathologie – Réaction inflammatoire*. Marseille : Faculté de Médecine
- EL HADDAD, M. (2014). « La temporalité psychosomatique : De la défaillance de la « loi rythmique » et du hors temps psychologique dans le fonctionnement opératoire ». *Psycho-Echo. Annales de psychologie de la Faculté des lettres et des sciences humaines*. Beyrouth : Université Saint-Joseph. 30. p.67-85
- FERREY, G. et LE GOUËS, G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : Elsevier-Masson. Coll. Les âges de la vie. 6^{ème} éd. 375p.
- KLEIN, M. (1946). « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes ». In : KLEIN, M. et al. *Développements de la psychanalyse*. Paris : PUF. 1966. p. 274-300
- LIESHI, V. et BIZZOZZERO, T. (2009). « La dépression du sujet âgé ». *Revue Médicale Suisse*. 216. p. 1785-9
- MARTY, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris : Payot. Coll. sciences de l'homme
- SMADJA, C. (1998). « Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychanalytique ». In : *Revue française de psychanalyse*. 5. p. 1367-1440
- STORA, J.B. (2013). *La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*. Paris : MJW Féditation. Coll. Psychopathologie fondamentale. 265p.
- WINNICOTT, Donald Woods (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot. Coll. Science de l'homme. 372 p.