

La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) : Pertinence d'une prise en charge psychothérapique à médiation corporelle

[L'Information Psychiatrique. Volume 80, Numéro 10, 829-40, Décembre 2004, Question ouverte](#)

■ [Résumé](#)  [Summary](#)

Auteur(s) : Christian Hoenner, André-Michel Gardey , Psychologue clinicien, Laboratoire de psychologie, Professeur de psychologie clinique et psychopathologie, Laboratoire de psychologie – Les processus de pensée – UPRES, EA 2646, Université d'Angers, 11 boulevard Lavoisier, 49045 Angers, 28, rue Galliéni, 94230 Cachan.

Résumé : Partant du constat que la démence sénile de type Alzheimer présente la particularité de préserver relativement longtemps l'intégrité physique, corporelle des patients, les auteurs s'appuient sur une réflexion clinico-théorique pour interroger la possibilité de ralentir, voire de juguler dans certains cas, le déclin de la dynamique des ressources psychiques dans le cadre d'une DSTA (démence sénile de type Alzheimer). Ils proposent une ouverture thérapeutique à partir d'une approche somatique fondée sur une régulation perceptivo-sensori-motrice dans un cadre thérapeutique relationnel. Leur travail tend à montrer qu'une restauration du schéma corporel, soutenant l'image du corps, pourrait – au moins à court terme – faire en sorte que se renouent certains liens psychiques... Justement là où aucune liaison ne semblerait parfois plus possible, du fait d'une déliaison envahissante et déroutante.

Mots-clés : démence sénile de type Alzheimer (DSTA), diffraction du moi, schéma corporel éclaté, image du corps dés-érotisée, thérapie à médiation corporelle, mobilisation perceptivo-affectivo-sensori-motrice

ARTICLE

L'étiologie de la démence sénile de type Alzheimer (DSTA) ne semblerait pas être exclusivement organique, contrairement à celle des démences vasculaires dont les causes organiques sont bien repérées. Elle pourrait également être psychique : atteinte narcissique, vécu d'abandon, d'inutilité, peur du handicap et de la mort [5, 6, 22-26, 29, 32-35, 37, 48, 49, 51, 61]. Certains y discernent même une sorte de modalité psychique défensive du « dernier recours » [61] qui, dans ce cas, présenterait un coût économique très élevé, affectant sérieusement le fonctionnement psychodynamique du sujet. Tout se passerait alors comme si le dément sénile ne voyait plus l'inacceptable dans son miroir car il aurait changé d'espace et de temporalité. Cela n'est pas sans rappeler « l'inquiétante étrangeté » que dut ressentir Freud [19] en ne se reconnaissant pas dans le miroir du wagon-lit. Il s'agit sans doute de la même émotion que les personnes atteintes de démence ressentent en voyant un autre ou rien du tout à la place de leur visage dans le miroir. Comme Méduse qui, après avoir vu son image se reflétant dans le bouclier de Persée, se fit couper son affreuse tête par celui-ci, la personne qui bascule dans la démence sénile de type Alzheimer inventerait une solution radicale. Elle repasserait le stade du miroir dans l'autre sens, abandonnant ce faisant l'image de son corps et ses moyens de communication. C'est pourquoi, dans ces conditions, agir dès que possible sur les causes psychiques paraît essentiel pour ralentir ou stabiliser l'évolution démentielle. La proposition thérapeutique abordée dans ce travail se fonde sur une médiation corporelle, dont l'objectif est de faire en sorte que l'image du corps supposée structurée lors du stade du miroir [30, 65], support narcissique, synthèse des expériences émotionnelles singulières, ne se démantèle pas trop rapidement. Cette médiation corporelle s'opère par l'intermédiaire d'un toucher holistique, à visée réunificatrice d'un Moi, dont on observe qu'il se situe chez de tels patients dans un processus involutif de diffraction, du fait de la porosité de ses enveloppes allant jusqu'à leur dilacération.

Quelques brefs repères techniques et notionnels

Autour de la thérapie

De l'avis de Freud, il était inutile de prendre en cure-type les personnes âgées, car il faudrait d'une part considérer les multiples constructions élaborées jusqu'à la vieillesse et, d'autre part, tenir compte d'un appareil psychique rigide et sclérosé, avec une absence de plasticité et peu ou plus du tout de capacités de changement. Cela demeure vrai pour ce qui relève d'une cure-type avec des patients déments pour lesquels elle est indéniablement contre-indiquée [48]. Pour autant, des aides thérapeutiques peuvent néanmoins être envisagées. Par exemple, les apports des techniques de relaxation [2] et de la psychosomatique [40, 43, 46, 58] semblent donner des résultats prometteurs, outre le fait qu'ils favorisent la réduction du clivage psyché-soma.

En créant la psychanalyse, Freud s'est volontairement limité à la seule parole et a renoncé à tout contact avec le corps, comme il le pratiquait auparavant (massage, balnéothérapie, main sur le front des patients...). Ferenczi, avec la thérapie active (proposition d'un travail corporel en

situation) et la néo-catharsis (état de relaxation, avec contact entre la main de l'analysant et celle de l'analysé), cherche au contraire à élargir le champ des techniques et des indications thérapeutiques. Dans cette perspective, son « roman psychanalytique » Thalassa [14] peut à juste titre être considéré comme un rapprochement entre psychanalyse et biologie. Malade lui-même, il s'est fait soigner avec succès par Groddeck [28] qui pratiquait alors le massage et l'hydrothérapie, techniques qu'il continuera à associer à la psychanalyse. Ce dernier fit part de sa découverte du facteur psychique des maladies organiques, du symbolisme des symptômes organiques et de la guérison de ces symptômes par leur interprétation dans sa lettre à Freud du 27 mai 1917 : « ... J'étais fermement convaincu que la distinction entre l'âme et le corps n'est qu'un mot, que l'âme et le corps sont une chose jointe qui recèle un Ça [...] J'ai refusé dès le début d'accepter cette séparation entre les maladies corporelles et les maladies psychiques [...] Le Ça peut s'exprimer dans la pneumonie ou le cancer, exactement comme il s'exprime dans la névrose obsessionnelle ou l'hystérie. De même que l'activité symptomatique du Ça dans l'hystérie ou la névrose nécessite un traitement psychanalytique, de même les troubles cardiaques ou le cancer l'exigent aussi... ».

Dans la deuxième génération des disciples de Freud, Reich développe trois thèmes qui s'éloignent de plus en plus de l'enseignement du maître : la fonction orgastique [54], la cuirasse caractérielle liée à la cuirasse musculaire [55] et la végétothérapie [56]. Selon lui, la répression pulsionnelle entraînerait une stase musculaire. Une levée des inhibitions musculaire et respiratoire supprimerait alors la rétention émotionnelle et les résistances à la remémoration, entraînant ainsi la levée du conflit psychique. Un autre fidèle de Freud, Alexander [3], influencé par les travaux de Ferenczi, est considéré comme étant à l'origine de la médecine psychosomatique. Il suggère que deux conditions sont nécessaires à l'apparition d'une maladie psychosomatique : une vulnérabilité constitutionnelle ou acquise et un facteur déclenchant. Les fondateurs de l'Institut de psychosomatique de Paris (IPSO) [11, 38-41] considèrent, quant à eux, la somatisation comme étant liée à une carence de mentalisation associée à un appauvrissement fantasmatique.

Autour de la démence sénile

Maisondieu [37] fait de l'angoisse de mort le noyau de sa théorie concernant l'étiologie de la démence sénile. Dans le même sens, Simeone [61] affirme que, lorsque des mécanismes de défense comme le clivage, la projection, l'identification projective ou introjective et l'idéalisation ne sont pas opérants parce qu'ils n'arrivent plus à contrôler l'angoisse sous l'impact de la pulsion de mort, « le Moi, dans une dernière et désespérée tentative de défense, se désintègre, se morcelle pour échapper à l'angoisse... Au-delà des plaques séniles ou d'autres lésions biologiques qui expliquent tout dans la démence sénile sans pour autant ne rien expliquer, on peut se demander si la démence n'est pas aussi, entre autre, une défense extrême désespérément inefficace contre la peur de la mort ». Roussillon [57], évoquant de façon sous-jacente les plaques séniles et les dégénérescences neurofibrillaires, émet pour sa part l'hypothèse d'une relation clivage-atteinte somatique, avec un effet possible de retour du clivé. « L'une des formes de liaison non symbolique du retour du clivé est la somatose, ou liaison biologique [...] L'une des assises narcissiques, le corps, se trouve ainsi être sacrifiée dans l'une de ses parties ou l'une de ses fonctions ». Selon Le Gouès [33], nous n'aurions pas exactement affaire à un clivage où une partie du Moi tiendrait l'autre partie dans l'ignorance, mais à une alternance d'états. À ces états succèdent ce qu'il nomme des « échappements du Moi » [38] de plus en plus fréquents, la personne démente multipliant ses absences. Cet auteur recourt au terme de psycholyse pour évoquer la désorganisation progressive de la pensée et du Moi, caractérisée par

une succession d'étapes : perte de l'identité de représentation, puis de l'identité de perception, et de la capacité d'identifier un climat relationnel. À chacune de ces étapes, quand la pensée symbolique est atteinte, elle se réorganise autour de perceptions concrètes. Et la pensée concrète laisse la place à la pensée affective. C'est pourquoi Le Gouès insiste sur la relance affective qui devrait restaurer un certain état du Moi, dans le sens d'une stabilisation narcissique.

De nombreux cas cliniques évoquent ainsi une évolution de la démence stoppée grâce à la vie affective offerte par le conjoint, à l'occasion par exemple d'un maintien possible du patient à son domicile. Dans son approche de la démence sénile, Grosclaude [29] évoque plutôt un clivage du lien psyché-soma qui ne serait pas de l'ordre de la rupture, mais qui constitue plutôt un « rabattement du psychique vers le somatique [...] Ce rabattement tend vers une absorption de la psyché par le somatique, qui en reste imprégné et en conserve des traces ». Cet auteur envisage les troubles démentiels comme « des îlots corporalisés, lieux de repli d'un minimum de vie [...] Le processus démentiel fait retourner le sujet à des conditions internes où le statut du soma devient primordial puisqu'il renferme, et est, tout ». Le sujet n'est donc pas vraiment perdu, il est toujours là et une perspective de soins pourrait envisager d'aller à la recherche du lieu où il peut se trouver rabattu.

Dans les premiers stades de la démence, les personnes atteintes se plaignent fréquemment de leur mémoire au niveau intellectuel, mais n'évoquent jamais une mémoire du corps excepté pour ce qui relève de la douleur. Cette mémoire corporelle, innée ou acquise, offre un champ très large de manifestations, du schéma corporel aux réflexes, en passant par le vécu kinesthésique ou encore les sensations agréables ou désagréables. Tout au long de la vie, le corps stocke des sensations liées à des sentiments, à des vécus affectifs, qui s'inscrivent dans l'inconscient. Anzieu [4], par son introduction du concept de Moi-peau, permet d'étayer sur un plan théorico-clinique de possibles correspondances entre le corps de la personne démente, son atteinte narcissique et l'indication d'une médiation corporelle. Il postule en effet que toute fonction psychique a besoin pour se développer de s'appuyer sur une fonction corporelle avant de s'en dégager. Selon lui, l'appareil psychique se développerait par des étapes successives de ruptures avec sa base biologique. Il propose neuf fonctions du Moi-peau, dont cinq nous paraissent essentielles dans la perspective du présent travail sur la médiation corporelle dans les thérapies de la DSTA [4] :

La fonction de maintenance

« ...le Moi peau remplit une fonction de maintenance du psychisme », car par appui externe sur le corps de sa mère, le nourrisson est amené à acquérir l'appui interne sur la colonne vertébrale. « C'est en s'adossant à cet axe que le Moi peut mettre en œuvre les mécanismes de défense les plus archaïques, comme le clivage et l'identification projective ». Or on constate que cette projection n'est plus vraiment efficace à partir du moment où les frontières entre le dedans et le dehors s'amenuisent chez les personnes atteintes de DSTA. Cette fonction peut concerner la perte du schéma corporel, de l'image du corps et donc de la conscience de soi, mise en évidence par la non-reconnaissance de l'image spéculaire chez les déments. Les grands miroirs (appelés psychés), ainsi qu'une technique de mobilisation somatique peuvent avantageusement être utilisés pour un travail d'édification de la fonction vertébrale et de la conscience du corps dans l'espace, à l'aide des informations proprioceptives.

La fonction contenante

Selon Anzieu, la « sensation-image de la peau comme sac » est ressentie par le nourrisson lorsque la mère lui prodigue des soins corporels appropriés à ses besoins. Une carence de cette fonction contenant favorise la sensation que, si l'enveloppe existe, sa continuité n'est pas assurée, étant interrompue par des trous. Une telle enveloppe devient alors un Moi-passoire qui laisse libre cours à la fuite des pensées et des souvenirs. L'auteur précise que « Le Moi-peau comme représentation psychique émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant, ainsi que des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé, réponses gestuelles et vocales, réponses à caractère circulaire où les écholalies et les échopraxies de l'un imitent celles de l'autre, réponses qui permettent au tout petit d'éprouver progressivement ces sensations et ces émotions à son propre compte sans se sentir détruit ». Cette description remarquable présente à notre avis de nombreuses analogies avec les symptômes observés dans la démence sénile : écholalie, échopraxie, pensées et souvenirs difficilement conservés avec angoisse et perte du sentiment de la continuité du Soi. Si les soins corporels chez la personne démente sont souvent effectués trop rapidement et sans attention, le massage global, prenant en compte ensemble toutes les parties du corps peut avoir un effet réunifiant. Des stimulations tactiles, des aides à la marche avec différents points de soutien (sous le bras, en tenant la main, en entourant les épaules...) peuvent évoquer un handling, chez ces patients qui ne situent plus très bien la limite entre l'interne et l'externe. Leur écorce du Moi ressemble d'autant plus à une passoire, que celui-ci n'est plus maintenu par les exigences surmoïques. Cela favorise la libre circulation des contenus pulsionnels du noyau, le Ça, sous le primat du principe de plaisir-déplaisir. On pourrait aller jusqu'à lire dans un sens régrédient, inversé, la célèbre affirmation de Freud, « là où était le ça, le Moi doit advenir ».

La fonction pare-excitation

« Le pare-excitation peut être cherché en appui sur le derme à défaut de l'épiderme » [4]. Cette fonction, qui prend appui sur la musculature, souvent très contracturée chez la personne démente (semblable au « Moi crustacé » de Tustin [63]), peut bénéficier de toutes formes de massages à visée calmante, de techniques de relaxation, de mobilisation passive douce. La motricité acquiert en effet une grande importance en cas de démence, que ce soit par le biais de la déambulation, de gestes répétitifs ou d'une agitation permanente, ayant comme conséquence des contractures musculaires massives sur des organismes non habitués à de tels efforts ou trop fatigués.

La fonction d'individuation

Cette fonction renvoie au stade du miroir, lorsque l'enfant qui ne réalisait pas les limites entre son corps et l'environnement prend conscience de son Moi. Elle se révèle également fort déficiente chez la personne démente, pour qui les frontières entre le dedans et le dehors s'estompent du fait d'un affaiblissement du Moi. Un travail global sur l'image du corps, si possible avec l'utilisation du miroir, des pressions manuelles, des massages à visée réunificatrice, spécialement au niveau du dos qui représente la partie cachée du corps, pourraient stimuler cette fonction. « L'angoisse décrite par Freud (1919) de 'l'inquiétante étrangeté', est liée à une menace visant l'individualité du Soi par affaiblissement du sentiment des frontières de celui-ci » [4].

La fonction d'intersensorialité

Enfin, considérant que le Moi-peau est une surface psychique favorisant la liaison entre elles des sensations de diverses natures, Anzieu précise que « A la carence de cette fonction répondent

l'angoisse de morcellement du corps, plus précisément celle de démantèlement (Meltzer, 1975), c'est-à-dire d'un fonctionnement indépendant, anarchique, des divers organes des sens ». Cette fonction peut être sollicitée en associant diverses stimulations sensorielles concomitantes : associer la parole, on devrait dire en fait plus précisément la voix, au toucher en attirant l'attention visuelle de la personne sur la partie de son corps massée ou mobilisée. De même que la motricité, cette fonction sensorielle qui prend l'ascendant sur les représentations dans les processus démentiels, pourra être utilisée dans une tentative de restauration du schéma corporel.

De la pertinence d'une médiation corporelle dans les thérapies de la démence sénile

En regard de ce que nous venons d'exposer, dans cette pathologie qui met en exergue essentiellement un psychisme disloqué, une médiation corporelle apparaît opportune en vertu des trois motifs suivants :

- La médiation corporelle représente un mode de relation immédiat pour des patients dont l'accès aux échanges verbaux devient de plus en plus problématique, voire inaccessible. Si la parole est habituellement l'outil premier du psychologue, elle devient caduque au fur et à mesure de l'évolution de cette maladie. Le toucher peut alors servir de relais, dans un but de restauration affective et de stimulation sensorielle, dans un cadre relationnel contenant.
- Si les atteintes cognitives s'accroissent, les facultés somatiques semblent demeurer longtemps intactes, voire hyperactives. Fonder une thérapie sur un socle encore mobilisable et dynamique, à partir du pôle sensori-moteur, offre une alternative aux soins traditionnels, qui consistent à ralentir principalement les dégradations cognitives à l'aide de stimulations diverses.
- Si le corps et, partant, l'image du corps sont le support du narcissisme, via l'autoérotisme, prendre en compte les différents aspects du schéma corporel grâce à un toucher holistique, favorise l'émergence d'une écoute, d'une compréhension, d'une proposition de traitement somatique, dans le cadre d'une approche thérapeutique multifocale, au secours d'un psychisme qui dérive dans une errance l'excluant des échanges « normés ».

Des techniques très simples de massage et de mobilisation corporelle apportent un peu de détente et de réconfort à ces patients que, trop souvent, on ne regarde plus, on ne touche plus, avec lesquels plus personne ne parle et à qui parfois personne ne tient plus la main : « Être touché chaleureusement peut faire disparaître l'angoisse (qui ne peut plus être désormais prise en charge par les mots) [...] Il n'est pas rare alors de voir émerger de nouvelles émotions soudaines prises dans des scènes remémorées, et c'est ainsi que les liens cassés se renouent » [48].

Une clinique intersubjective qui, précisément, met le corps à contribution

Dans notre pratique, nous avons relevé certaines réactions de patients, atteints de démence sévère (Score du MMSE¹ se situant près de 0/30), que nous avons décryptées comme relevant d'une

satisfaction ou d'une mobilisation d'un symptôme psychologique. À chaque rencontre, nous avons proposé puis interprété au patient la réponse, parfois évidente, mais souvent difficile à décoder. À chaque fois, le toucher a été le médiateur opportun d'une relation extrêmement difficile, voire impossible à instaurer. Cette communication à la fois verbale et non verbale nécessite une grande disponibilité de la part du clinicien et surtout une vigilance extrême quant à son contre-transfert. On pourrait comparer cela à un échange entre deux personnes de culture différente, et non entre une personne malade et l'autre saine.

Par exemple, l'unique fois où Yvonne, patiente démente de 87 ans (score MMSE = 1/30) s'est mise à pleurer, c'est à l'occasion du surgissement d'un souvenir intime. Depuis sa chambre, elle observait les allées et venues du parking. Puis elle s'est mise à défaire son lit et a fini par trébucher. Le psychologue la rattrapa d'un bras autour de ses épaules, la maintenant ainsi un court instant pour la repositionner en équilibre. Elle fondit en larmes et dit : « Mon père m'a serrée comme ça avant de mourir ». C'est la seule fois qu'elle a énoncé une phrase cohérente, en présence du psychologue, bien située dans le temps et fort à propos. Une pression sur ses épaules a donc été mémorisée parce que liée à une charge émotionnelle forte (la mort de son père). Quarante ans plus tard ce même type de pression a déclenché instantanément l'actualisation de l'émotion liée à ce souvenir, associée à une représentation verbale adéquate.

La technique du massage

Elle permet un contact physique essentiel à la communication humaine. Duquenoy Spychala [10] souligne que toucher une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer revêt un caractère de réparation affective. « Le toucher peut être véritablement thérapeutique en inscrivant à travers le corps des événements psychiques, symboliques, qui ont pour effet de restaurer l'équilibre somato-psychique, un sentiment de bien-être, de déclencher un mouvement désirable et de reconnaissance, d'estime de soi. Il peut aussi avoir des effets sur le niveau d'attention et sur l'orientation spatiale en favorisant la conscience de l'environnement. Le toucher est le réceptacle d'émotions, de sentiments et de représentation ». Il importe de ne rien imposer, mais plutôt d'aller dans le sens choisi par le patient. En effet, dans la médiation corporelle, c'est l'infraverbal qui prédomine et, fréquemment, la méthode agit chez l'individu davantage par ce qui se passe en lui en présence d'autrui que par ce qui se dit.

Ainsi, Bernadette, patiente démente de 79 ans (score MMSE = 0/30), alors que le psychologue pose la main sur son genou droit, prend cette main et l'amène sur son genou gauche en imprimant un mouvement de frottement que le psychologue continue pendant quelques minutes. Tandis qu'habituellement elle est continuellement en mouvement, elle se calme pendant un long moment après ce massage. En prenant connaissance de son dossier médical, on note qu'elle souffre effectivement d'une importante arthrose du genou gauche. Cette expérience appelle quelques remarques : ne bénéficiant d'aucun traitement antalgique, Bernadette, dans l'impossibilité de communiquer verbalement la présence de sa douleur car elle est aphasique ou par geste car elle est également apraxique, semble ne pouvoir l'exprimer que par son agitation motrice. Par la suite, presque quotidiennement, le psychologue a massé ce genou et Bernadette a adopté un comportement manifestement plus calme. Alertés, le kinésithérapeute et le médecin ont mis en route un traitement antalgique et, quelque temps plus tard, l'entourage de la patiente a rapporté qu'elle massait elle-même son genou.

Les éléments cliniques de cette vignette montrent que la douleur peut certainement permettre un réinvestissement du corps, dans une sorte de « je souffre, donc je suis » [4] et ils renvoient

également à la fonction contenante en ce qu'elle favorise les échopraxies. La personne démente bénéficierait ainsi d'un apport de contact restaurateur, de bien-être, qui viendrait compenser ce vécu corporel sur un versant exclusivement douloureux. Nous suggérons même l'hypothèse qu'une prise de conscience du schéma corporel pourrait sans doute être amorcée par le massage. Cependant, ce cas isolé n'autorise aucune généralisation et le clinicien doit bien se garder d'attendre une réaction systématique de soulagement chez le patient. Néanmoins, une absence de réaction émotionnelle ne doit pas être perçue ni interprétée d'emblée par le clinicien comme une incapacité à ressentir. En effet, le problème de communication que manifeste le dément est toujours présent en tant que symptôme. Il importe prioritairement d'être à l'écoute des petits signes qui peuvent informer sur ce que ne peut exprimer le patient car, comme aimait à le dire Winnicott, « il y a vie même si elle ne donne pas signe de vie ».

Le seul fait de tenir la main d'un patient diminue son angoisse et lui fait savoir que nous sommes présents. Le toucher est d'ailleurs souvent le dernier sens à disparaître chez beaucoup de déments en fin de vie. Un des aspects les plus importants du massage sur ces patients dont l'image du corps est défectueuse, nous paraît être sa fonction de réunification et d'enveloppement de ses différents éléments. Le massage, par exemple, d'un avant-bras, se poursuivant sans discontinuité au niveau du bras, de l'épaule et du dos avec un retour au point de départ sans perte de contact, peut permettre de renforcer la fonction d'individuation ainsi que la fonction contenante, dans l'intention de rassembler les morceaux éparpillés.

La technique des mobilisations passives

Cette technique, plus élaborée que le massage, mais à la portée de tout le monde, consiste à mobiliser les articulations des patients dans les trois plans de l'espace, très doucement et sans douleur. Par exemple, s'agissant du coude, on peut le plier, l'étendre et faire des mouvements de « marionnettes », c'est-à-dire de pronation et de supination. Le but est de restaurer une occupation du corps dans l'espace, un schéma corporel (ensemble des impressions venant du corps) et une image du corps (représentation imaginaire du corps). Le travail devant le miroir ne pouvant se faire pour les patients en conflit avec leur image spéculaire, il est intéressant d'attirer le regard de la personne sur la partie du corps mobilisée, tout en la nommant. La fonction d'intersensorialité sera ainsi sollicitée par le toucher et l'audition de la voix. Cette mobilisation passive peut également entraîner un relâchement musculaire. Par exemple, un bras que l'on mobilise en haut, en bas, à droite, à gauche, peut se décontracter à condition que le mouvement soit lent et non douloureux. Cette « mobilisation passive » n'a bien entendu rien à voir avec ce que peut faire un kinésithérapeute, dont l'action est plus technique, plus élaborée, mais essentiellement moins relationnelle. En effet, quelques paroles pleines de sens surgissent parfois chez le dément, comme si tout à coup ce dernier revenait à nos dimensions temporelles et spatiales.

C'est le cas de Noëlle, patiente démente de 80 ans (score MMSE = 0/30) qui parle sans arrêt, mais uniquement de sa ferme, de ses voisins et de ses animaux, c'est-à-dire de son univers d'il y a quarante ans. Elle dit tout à coup au psychologue qui pratique cette mobilisation passive en la fixant dans les yeux : « Si tu es mal assis, tu peux t'asseoir sur cette chaise, tu seras mieux pour bouger mon bras ». Puis elle repart pour son errance verbale fixée à son passé. Une autre fois, elle demande avec un grand sourire : « Vous m'avez dit que c'était quoi votre métier quand vous êtes rentré dans ma chambre ? ». Sa fille, présente à ce moment-là, très surprise de la qualité de cette phrase, dépourvue des paraphrasies et des néologismes habituels, affirme que la patiente a commencé « à ne plus tourner rond, en entrant en maison de retraite, après avoir quitté tout d'un

coup sa ferme, ses voisins, ses animaux et les activités physiques que son travail nécessitait »... On est alors fondé à se demander si le fait de bouger à nouveau son corps selon un simple mouvement coordonné qui sollicite les articulations et fait lien pourrait faire éclore une inversion de tendance, positive sur le plan thérapeutique ?

Il existe par ailleurs des positions du corps susceptibles de déclencher des émotions et des verbalisations. Des médecins américains, notamment Upledger [64], recourent au concept de « position et maintien », qui consiste à installer le corps du patient dans une certaine position correspondant à un schéma traumatique vécu. Le corps garderait inscrit en lui le souvenir des traumatismes, sous forme de ce que cet auteur nomme un « kyste d'énergie » (un traumatisme physique ou psychique concomitant à une émotion serait stocké dans le corps). Une technique ostéopathique de recherche et de libération de ces kystes déclenche souvent la réminiscence du traumatisme initial. Cette mémoire du corps peut également être sollicitée par des techniques d'auto-positionnement, nécessitant un ressenti très fin de ses propres rythmes corporels. Dans un cas comme dans l'autre, la précision s'impose car, comme le souligne Paumelle [47] : « la mémoire du corps semble avoir une exigence absolue du retour à la position exacte du traumatisme initial ». Cette trace mnésique est à rapprocher du traumatisme psychique freudien, dans la mesure où Freud [18] écrit « les symptômes étaient comme des résidus d'expériences émotives que, pour cette raison, nous avons appelées plus tard traumatismes psychiques : leur caractère particulier s'apparentait à la scène traumatique qui les avait provoqués ». C'est pourquoi, lorsqu'un événement traumatique - il peut s'agir d'une simple perception [38] - s'est révélé inassimilable, l'affect qui lui est lié est déplacé ou peut se convertir en énergie somatique, formant ainsi le symptôme.

La perspective que la mémoire ne serait pas uniquement localisée au niveau du cerveau pourrait être un élément explicatif de cette mémoire corporelle. Un certain nombre d'expériences montrent selon Dejours [8] que « la mémoire n'est pas stockée dans une zone unique et bien délimitée du système nerveux central [...] les neurophysiologistes en sont venus à proposer un modèle qui délocaliserait la mémoire pour la répartir en quelque sorte dans l'ensemble du système nerveux central, jusqu'au niveau de chaque unité cellulaire. Le modèle en est l'holographie ».

Ferenczi introduit dans un premier temps la mise en acte avec la « technique active », autoritaire, qu'il a peu à peu abandonnée au profit de la relaxation ou néo-catharsis, au cours de laquelle il prend alors en considération l'attente du patient. Ferenczi [15] accepte même un contact physique, allant par exemple, au cours de l'analyse de Margaret Little, jusqu'à lui tenir les mains, puis la tête : « nous communiquions sans parler », écrit-il. La même sensation d'échange sans parole est souvent « palpable », nous semble-t-il, chez le patient atteint de DSTA.

La technique de Ferenczi consiste donc à réduire la tension : son autorité se transforme progressivement en permissivité, c'est le principe du « laisser faire ». Concernant les patients déments, le « laisser faire » associé à un positionnement du corps, lorsque celui-ci s'y prête, semble être une technique bien appropriée. Il s'agit de laisser le corps aller où il veut, tout en le guidant, en l'aidant à tendre vers la position qu'il souhaite. Il est évident que chaque individu a sa propre position, imprévisible, qui se révèle parfois par un simple soupir, un sourire ou des larmes. On peut évoquer dans ce cas le terme de mémoire corporelle, d'engramme somatique.

Ce que nous venons d'énoncer n'est pas sans faire écho au concept de l'écorce et du noyau théorisé par Abraham et Torok [1]. L'être humain est constitué d'une écorce, le psychisme, et

d'un noyau, le somatique. Les messages allant de l'écorce vers le noyau représenteraient ces traces mnésiques, comme l'expliquent ces auteurs.

Si la mémoire des représentations est la première atteinte chez les patients déments, la mémoire du corps l'est sans doute dans une moindre mesure. La solliciter peut permettre de travailler avec ce qui reste intact, plutôt que d'essayer de sauver ce qui a fort peu de chance de l'être. Une médiation corporelle dans ces pathologies qui laissent le corps longtemps sain présente de nombreuses possibilités de propositions de soins, d'autant plus que l'outil principal du psychologue, la parole, ne semble pas être compris par le patient, ni celle du patient par le psychologue.

La technique de relaxation

La relaxation de type Schultz permet « beaucoup de développements avec les apports de la psychanalyse, qui fournit un cadre d'interprétation des tensions (localisation, analyse, résistance) » [21]. Cette relaxation a pour but d'aider le sujet à se réunifier pour affronter les stimulations du monde extérieur. Cette réunification est un des éléments essentiels à travailler chez les personnes atteintes de DSTA. On commence par une mobilisation passive (décrite ci-dessus) de la main et du poignet droit (pour un droitier), zone la mieux contrôlée volontairement, en demandant un relâchement complet. Puis on demande au sujet de se représenter mentalement sa main, puis son bras, puis le haut du tronc et ainsi de suite à partir des deux pieds, jusqu'à l'obtention d'une représentation totale du corps, aidée par exemple par une sensation de lourdeur. Notons que nos tentatives ont toutes échoué avec des patientes dont la démence est très avancée, trop souvent en mouvement ou ayant du mal à maintenir une attention suffisante. En revanche, en début de démence, ces techniques nous semblent plus efficaces, lorsque la mobilisation de représentations est encore possible par le patient.

Autrement plus pertinent, avec des patients atteints d'une démence avancée, nous paraît le projet de psychothérapie de relaxation défini par Marie-Lise Roux [58, 59] dans le cadre spécifique d'une approche psychosomatique, dont l'un des buts est de faire éprouver au patient son corps détendu en présence du thérapeute. Thomé-Renault [62] note que « le toucher corporel que cette technique autorise pour apprécier le tonus musculaire apporte un apaisement... ». Il importe pour les patients déments d'être reconsidérés narcissiquement, d'être relancés affectivement, d'être touchés, massés, regardés ; et cela encore plus que chez n'importe quelle personne âgée, évitant ainsi qu'elle ne se sente complètement rejetée. Ainsi que nous l'avons déjà indiqué plus haut, nos hypothèses relatives au toucher rejoignent celles émises par Péruchon [48]. Que ce toucher favorise une reconstruction de l'image corporelle, ou du moins en évite une trop rapide destruction, est là une hypothèse qui pourrait certainement être mise en évidence par des études longitudinales sur un nombre important de patients. D'ailleurs, Roux [58] ainsi que Parat [46] insistent sur le fait que les thérapies de relaxation ont pour mission de développer l'autoérotisme. « L'autoérotisme étant un morcellement et le narcissisme étant une globalité, un remembrement, une réunification » [58], le développement d'un autoérotisme positif par la médiation corporelle favorise la focalisation de la libido sur les parties du Moi qui demeurent accessibles. En effet, cela conduit à un « autoérotisme objectal » [58], dans la mesure où le vécu agréable est ressenti à l'intérieur d'une relation à l'autre. Ajurriaguerra [2] précise d'ailleurs la prédominance de l'infraverbal dans la relaxation : « le plus souvent la méthode agit chez l'individu davantage par ce qui se passe en lui en présence d'autrui que par ce qui se dit ». On peut donc considérer que la relaxation conduit au développement de la libidinisation d'un soma dans lequel s'est rapatriée la psyché en état de désorganisation. Cela lui fournit un accès possible à une érotisation [12, 44]. Si

cette remarque est valable dans une perspective psychosomatique, elle l'est également, nous semble-t-il, dans le cadre d'une approche non clivée entre psyché et soma des patients déments. En effet, l'intrication à nouveau possible d'Éros (pulsion de vie) et de Thanatos (pulsion de mort) laisse entrevoir la possibilité d'une suspension, voire d'un arrêt des mouvements de mort de la vie psychique. Il semble que ce cadre psychothérapeutique favorise la constitution d'une enveloppe externe auxiliaire capable de renforcer le système d'enveloppes psychiques largement endommagé par les attaques des contenants psychiques par les processus de démentification (cf. les fonctions du « Moi-peau » selon Anzieu, citées plus haut).

Discussion

Nous avons choisi de focaliser notre discussion clinico-théorique sur deux points essentiels, d'une part le schéma corporel et l'image du corps, d'autre part la mobilisation du pôle perceptivo-sensori-moteur dans une relation thérapeutique qui se joue dans le registre des affects.

Du schéma corporel à l'image du corps

Outre le fait que la relaxation, les massages et la mobilisation passive semblent fort appréciés des patients pour leur effet de détente, ces techniques ouvrent des perspectives thérapeutiques encourageantes, avec les sujets déments. Plier et étendre tout doucement le coude d'un patient permet d'attirer son attention sur ce que l'on fait. Il regarde, s'y intéresse, calme son débit verbal et, parfois, il va avec son autre main effectuer le mouvement à notre place. Le patient s'intéresse alors à son corps par un mouvement volontaire, non automatique, qui demande de la précision dans le temps et dans l'espace. Un travail de renouage avec son corps, dans les différents plans de l'espace, peut en effet favoriser une élaboration mentale dans le cadre d'une re-liaison soma-psyché, à condition que ce mouvement ne soit ni automatique, ni réflexe. Il est alors possible de passer d'une mobilisation passive à une mobilisation active : le patient peut commencer par imiter tel ou tel geste. Quand bien même ce dernier ne dépasse pas souvent l'imitation, de nouvelles possibilités peuvent être ainsi réappries, qui mettent en jeu le schéma corporel et sa représentation. Péruchon [48] observe que l'imitation non différée, en présence du modèle, représente justement l'une des manifestations du primat du perceptif dans le processus démentiel. À titre d'exemple, le fait d'observer pour la première fois Noëlle, patiente démente de 80 ans (score MMSE = 0/30), se masser spontanément des doigts jusqu'au cou devant le miroir nous amène à penser que cela lui est agréable, relaxant, et qu'elle peut estimer avoir un membre supérieur et non pas des morceaux de membres : une main, un avant-bras, un bras, une épaule, un cou. Nous le pensons d'autant plus qu'elle ne se reconnaissait jamais dans le miroir avant les massages. Ce massage réunifiant, acquis par imitation comportementale et reproduit volontairement, indiquerait non seulement que la personne peut réaliser cette imitation non différée grâce à la présence du perceptif, mais que cela lui serait possible également en différé, ce qui présente également l'avantage à la fois de solliciter et d'entretenir l'autoérotisme.

Le schéma corporel est un ensemble de processus perceptifs et organiques nous permettant de saisir l'unité de notre corps [9]. Il s'agit d'une représentation du corps, de sa position dans l'espace et de la posture des différents segments corporels. Il est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient. Peu sensible aux variations interindividuelles, il est à peu près le même pour les individus du même âge et du même climat. Il se construit au cours du développement de l'enfant, l'intégration sensori-motrice étant très progressive. De la naissance à la sixième année, alors qu'il atteint définitivement le niveau gnosiologique symbolique avec

l'apparition de la dominance latérale, le schéma corporel résulte de l'intégration des informations sensorielles extéroceptives (visuelles, tactiles, auditives) et proprioceptives (cénesthésiques, kinesthésiques). Les fonctions imitatives interviennent aussi dans sa constitution, en permettant à l'enfant de mettre en relation son corps avec celui d'autrui.

Wallon [65, 66] défend la thèse que la construction du schéma corporel et celle de la perception de l'autre relèvent d'un même processus de développement. Mais c'est grâce à l'image du corps, étayée et véhiculée par le schéma corporel, qu'il est possible d'entrer en communication. L'enfant accède à l'image spéculaire d'autrui et ensuite seulement à la sienne dont il commence par voir une sorte de double de son vrai corps, de façon identique aux personnes atteintes de troubles héautoscopiques. L'image du corps est reliée par Freud à l'investissement libidinal du Moi, permettant à celui-ci de se constituer dans le narcissisme. Lacan [30], estimant cette théorie trop pulsionnelle, reprendra et développera le concept de stade du miroir décrit précédemment par Wallon, l'inscrivant dans la perspective psychanalytique du registre de l'imaginaire. En s'appuyant sur les travaux de la phénoménologie, Schilder [60] définit cette image du corps comme une représentation à la fois consciente et inconsciente de la position du corps dans l'espace, sous trois aspects : support physiologique, structure libidinale et signification sociale. Dolto [9] reprenant à son tour le terme, désignera par celui-ci « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant », c'est-à-dire une représentation inconsciente du corps, bien distincte du schéma corporel qui en serait la représentation consciente ou préconsciente. L'image du corps serait avant tout imaginaire, composée de fantasmes de notre première enfance ainsi que des conflits affectifs qui ont bouleversé et composé l'histoire de notre vie. Il s'agit donc d'une image du corps propre, singulière, liée au sujet et à son vécu, c'est-à-dire à sa réalité psychique. Elle serait la synthèse vivante des expériences émotionnelles, en quelque sorte mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et Dolto [9] précise que « tout contact avec l'autre, que ce soit contact de communication ou d'évitement de communication, est sous-tendu par l'image du corps, car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé résonne dans la relation présente ». Elle évoque là les liens existant entre image du corps support du narcissisme, temps et espace. De tels liens apparaissent pertinents au regard de la symptomatologie majeure de nos patients déments qu'est la désorientation temporo-spatiale. Dans le même texte, Dolto [9] décrit la première composante de l'image du corps en ces termes : « ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une 'mêmeté d'être', c'est-à-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle [...] le sentiment d'exister d'un être humain, qui arrime son corps à son narcissisme, sentiment qui est évident, vient de cette conviction, sans doute illusoire, de continuité ».

Un patient amnésique n'est donc plus à même de se ressentir dans une continuité narcissique, dans une « mêmeté d'être », surtout si une discontinuité spatiale démantèle la représentation de son corps. Un travail sur ce corps favorisant l'accès à une continuité d'être temporelle et spatiale pourrait participer à une tentative de restructuration de cette image du corps, dans le but de redynamiser ce narcissisme défaillant.

L'image du corps inconsciente, lorsqu'elle s'associe au langage dans le cadre relayant des processus de secondarisation, devient alors préconsciente-consciente. Pour une personne atteinte de démence, la verbalisation d'une sensation physique pourrait ainsi, par l'intermédiaire de l'image du corps, être significative d'un retour d'une trace émotionnelle de l'inconscient vers le préconscient. Or le préconscient peut être considéré comme la topique d'interface de la mémoire, car il médiatise la liaison entre les représentations de choses et les représentations de mots.

La mobilisation du pôle perceptivo-sensori-moteur dans une relation qui se joue via les affects

Marty [39] considère que « lorsque les angoisses non élaborables reproduisent un état archaïque de débordement, parallèlement à la parole, il est souvent nécessaire de mettre en œuvre d'autres médiateurs relationnels ». G. de M'Uzan [45] estime, quant à elle, que plus la circulation entre les différentes parties de l'appareil psychique se trouve barrée, comme nous le constatons dans le fonctionnement psychique des sujets déments [22-24, 48, 49], plus la relaxation psychanalytique est une indication préférentielle dans le choix thérapeutique. L'effet singulièrement bénéfique d'une médiation sensori-motrice pour relancer l'activité psychique peut s'expliquer par le fait que, par exemple, chez le jeune enfant, l'activité psychique dans son ensemble se dégage progressivement d'une « relation d'objet sensori-motrice » [11]. Il nous paraît alors possible et souhaitable qu'une « ranimation » du fonctionnement mental se produise, ne fût-ce que par instant, si le thérapeute va chercher le patient dément au niveau de la perception, puisque, nous l'avons déjà souligné, la représentation fait alors défaut [22-24, 48, 49].

Quant à Lacan [30], il insiste sur la jubilation de l'enfant du stade du miroir, qui reconnaît son image spéculaire à ce stade formateur du Moi. L'acquisition de l'image corporelle se fait précisément par la médiation de cette image spéculaire et du regard d'autrui. L'enfant qui se découvre ainsi va en effet se retourner vers sa mère en quête d'une authentification de sa découverte.

L'image du corps serait donc sous-tendue par l'image spéculaire et le regard d'autrui, deux éléments réellement en souffrance chez le patient atteint de DSTA. En effet, il ne se reconnaît souvent plus dans le miroir ou sur une vidéo, ou bien même, il semble ne pas se voir du tout. La conception du « double » proposée par Rank [53] permet de mettre en exergue les relations particulières entretenues par la personne atteinte de DSTA et son miroir, qui lui présenterait un surprenant « retour du clivé », comme l'indique Roussillon [34]. Selon Rank [53], « au début, le Double-Moi avait précisément pour fonction de nier la mort et de garantir l'immortalité du Moi [...] l'assassinat si fréquent du Double dans lequel le héros cherche à se garantir contre les persécutions de son propre Moi, n'est autre chose qu'un suicide sous la forme indolore de la mort d'un autre Moi ». Or, nous savons que l'acte suicidaire n'est pas très fréquent chez les personnes âgées démentes, peut-être précisément parce qu'elles choisissent cette forme déguisée du suicide représenté par la désorganisation progressive qu'est la psycholyse [34] : « sur le plan conscient, les données cognitives s'effacent, sur le plan inconscient les lignées narcissiques et objectales se déconstruisent ». Cela n'est pas sans rappeler le travail du négatif tel que Green [27] l'a théorisé, ou encore la dépsychisation subtilement décrite par Péruchon [48] sous l'angle du travail du négatif vicié.

Dans l'inquiétante étrangeté, Freud [19] reprend l'étude de Rank [53] et confirme que « d'assurance de survie qu'il était, il (le Double) devient l'inquiétant avant-coureur de la mort ». Le Double ferait donc partie de ces inquiétantes étrangetés, que Freud, attiré par une remarque de Friedrich Schelling (1775-1854) énonce quant au contenu du concept de unheimlich, que serait unheimlich « tout ce qui devait rester un secret, rester dans le monde du caché, et qui est venu au jour ». Vouloir « voir » disparaître ce Double semble être donc une logique fort compréhensible chez les personnes craignant la souffrance, la mort, l'inutilité, l'abandon... Elles le voudraient d'autant plus que d'autres symptômes les frappent souvent, « des membres séparés, une tête coupée, une main détachée du bras... des pieds qui dansent tout seuls [...] recèlent un

extraordinaire potentiel d'inquiétante étrangeté » [19].

En conséquence, avec un Surmoi atrophié et un Moi hors d'état, ne pouvant plus contenir les pulsions du Ça, un préconscient inefficace et un conscient débordé par l'inconscient, la personne atteinte de démence sénile a du mal à distinguer le passé du présent, l'imaginaire du réel, le dedans du dehors. Ses contenants intrapsychiques se dérobent les uns après les autres sous l'effet de la dilacération des enveloppes psychiques et de leur évidement représentationnel. Aussi ne dispose-t-il plus d'autre ressource de fonctionnement que celle de se rapatrier en deçà de toute représentance possible dans le corps, c'est-à-dire au niveau du pôle perceptivo-sensori-moteur [22, 34, 48, 49].

La proposition d'utiliser les capacités préservées des sujets déments, et non pas uniquement de tenter de ralentir l'évolution de leurs déficiences, amène à prendre en compte justement ces éléments perceptivo-sensori-moteurs. Cette prise en compte passe par le corps en le touchant, en le mobilisant et en le décontractant. Restructurer le schéma corporel pour réinvestir la réalité extérieure et permettre à l'affect de retrouver une dimension cognitive dans le cadre d'une représentation possible, fût-elle fugace, favorise une éventuelle ré-appropriation du corps-propre par le sujet dément.

Ce schéma corporel est intégré dans les trois instances de la première topique et pourrait donc jouer un rôle d'agent de re-liaison sur le plan topique. De plus, il est le support de l'image du corps, inconsciente, acquise par le regard de soi-même et d'autrui, et donc aussi celui du narcissisme et de la relation à l'autre. Ces deux derniers éléments se retrouvent, semble-t-il, par leur défaillance, à la source du déclenchement de la démence. C'est pourquoi, travailler dans le sens d'une restauration du schéma corporel pourrait permettre aussi d'agir indirectement sur les causes de cette pathologie difficile à gérer, notamment pour l'entourage du dément.

L'effet particulièrement bénéfique d'une médiation perceptivo-sensori-motrice pour ranimer ce qui peut l'être de l'activité psychique du dément trouve son ancrage dans le fait déjà souligné plus haut, que, comme l'envisagent Fain et Marty [11], chez le petit enfant, l'activité psychique se dégage progressivement d'une « relation d'objet sensori-motrice ». Il est donc possible qu'une ranimation du fonctionnement mental se produise, ne fût-ce que par instant, si le thérapeute va chercher le patient dément au niveau de la perception, puisque la représentation fait alors défaut. La redécouverte de son propre corps par le sujet inclut une relation significative avec le clinicien qui, dans ce cas, ne doit se montrer ni trop neutre, ni trop frustrant, ni enfin trop intrusif [43]. Il s'agit pour lui d'exercer une fonction dont les points communs avec la fonction maternelle sont évidents. Cette fonction maternelle en thérapie, discutée par Marty [39, 40], requiert de la part du clinicien qu'il constitue un appui externe vigilant apportant des excitations et des pare-excitations dans un dosage adéquat. Dans un article récent sur la psychanalyse au risque de la démence sénile, Quaderi [52] ne suggère-t-il pas que Winnicott [67], dans son rapport de « maternage » avec ses patients [36], symboliserait le clinicien que Ferenczi espérait voir advenir...

Conclusion

Les thérapies à médiation corporelle que nous avons réalisées avec des patients âgés atteints de démence sévère apportent un certain nombre d'indices prometteurs pour une prise en charge plus efficiente de cette pathologie que l'on rencontre de plus en plus en gériatrie. Nous avons constaté

par exemple que des verbalisations sous forme de phrases courtes, claires, précises et souvent bien situées temporellement sont ainsi déclenchées, de même que des expressions d'émotions, associées ou non à une verbalisation, ou encore des imitations gestuelles.

Envisager ce type de thérapie à médiation corporelle avec des patients en début de démence, mais surtout sur un plus long terme pourrait, nous n'en doutons pas, permettre d'observer des résultats significatifs. En effet, notre travail débouche sur un certain nombre d'interrogations : les conséquences à long terme concernant ces verbalisations, ces émotions et ces imitations ont-elles vocation à se poursuivre dans le temps ? Évoluent-elles en quantité et sous quelle forme ? Ont-elles des conséquences objectivement vérifiables sur le processus du déclin psychique des déments séniles ?

Il nous tient cependant à cœur de souligner le constat suivant, notable à court terme et incontestable. Le toucher est accueilli avec plaisir par les patients atteints d'une DSTA, entraînant non seulement un relâchement corporel et une accalmie, même chez les plus agités et les plus tendus, mais aussi une dissipation de l'angoisse, d'où la conséquence directe d'une diminution des prescriptions de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. De plus, une autre conséquence, et non des moindres, réside en une revalorisation narcissique certaine dans la mesure où quelqu'un est enfin là, à l'écoute non seulement des paroles lorsqu'il y en a encore, mais aussi du corps avec ce qu'il réclame intuitivement, dans le sens de ce que Péruchon [48] nomme « un intense et profond besoin d'amour ».

Références

- 1 Abraham N, Török M. L'écorce et le noyau. Paris : Flammarion, 1978.
- 2 Ajurriaguerra (de) J. In : Lemaire J-G, ed. Préface à : La relaxation. Paris : Payot, 1964.
- 3 Alexander F. La médecine psychosomatique. Paris : Payot, 1952.
- 4 Anzieu D. Le Moi Peau. Paris : Dunod, 1991.
- 5 Balier C. Pour une théorie narcissique du vieillissement. L'Information Psychiatrique 1979 ; 55 : 635-45.
- 6 Bianchi H. Travail du vieillir et travail du trépas. Psychanalyse à l'université 1980 ; 5 : 613-9.
- 7 Breuer J, Freud S. Études sur l'hystérie. Paris : PUF, 1895.
- 8 Dejours C. Le corps entre biologie et psychanalyse. Paris : Payot, 1986.
- 9 Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris : Seuil, 1984.
- 10 Duquenoy Spychala K. Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer. Paris : Erès, 2002.
- 11 Fain M, Marty P. Perspectives psychosomatiques sur la fonction des fantasmes. Rev Fr

Psychanal 1964 ; XXIV.

12 Fain M, Dejours C. Corps malade et corps érotique. Paris : Masson, 1984.

13 Ferenczi S. Psychanalyse III (1919-1926). In : Œuvres complètes. Paris : Payot, 1920.

14 Ferenczi S. Thalassa, essai sur la théorie de la génitalité. In : Œuvres complètes. Paris : Payot, 1924.

15 Ferenczi S. Analyses d'enfants avec des adultes. In : Œuvres complètes. Paris : Payot, 1931.

16 Ferenczi S. Journal clinique janvier-octobre 1932. Sciences de l'homme. Paris : Payot, 1985.

17 Freud S. Fragments d'une analyse d'hystérie. In : Cinq psychanalyse. Paris : PUF, 1954.

18 Freud S. Cinq leçons sur la psychanalyse. Petite Bibliothèques. Paris : Payot, 2002.

19 Freud S. L'inquiétante étrangeté et autres essais. Paris : Gallimard, 1985.

20 Freud S. Abrégé de psychanalyse. Paris : PUF, 1967.

21 Fromage B. Groupe de relaxation des personnes âgées en institution. Champ psychosomatique 2002 ; 24 : 131-44.

22 Gardey AM. Erosion psychique et grand âge, quelques aspects psychopathologiques de la démence sénile. L'Information Psychiatrique 1998 ; 174 : 785-93.

23 Gardey AM. La pulsion de mort à l'œuvre dans la démence sénile – Psychopathologie et métapsychologie. Psychologie clinique 2000 ; 1 : 173-84.

24 Gardey AM. L'atteinte des repères et des limites identitaires dans la démence sénile. Annales Médico-Psychologiques 2003 ; 161 : 197-202.

25 Gardey AM. Modalités de pensée et stratégies de survie mentale chez un homme âgé, hospitalisé pour une suspicion de démence et diagnostiqué paranoïaque. In : Gardey A-M, Boucherat-Hue V, Jumel B, eds. Pratiques cliniques de l'évaluation intellectuelle. Paris : Dunod, 2003.

26 Gardey AM. Clinique des processus de pensée et gériatrie. In : André-Michel G, ed. Clinique des processus de pensée : document de synthèse, HDR. Université Nancy 2. 2003.

27 Green A. Le travail du négatif. Paris : Editions de Minuit, 1993.

28 Groddeck G. La maladie, l'art et le symbole. Paris : Gallimard, 1969.

29 Grosclaude M. Démence et psychosomatique ? A propos des rapports psyché soma dans la démence. Psychol Med (Paris) 1991 ; 23 : 917-22.

30 Lacan J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est

- révélée dans l'expérience psychanalytique. In : *Écrits*. Paris : Seuil, 1966.
- 31 Lacan J. Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse. In : *Séminaire Livre II (1954-55)*. Paris : Seuil, 1977.
- 32 Le Gouès G. Aspects de la vie mentale tardive. *Rev Fr Psychanal* 1984 ; 5 : 1259-72.
- 33 Le Gouès G. La vie mentale tardive face à la réécriture de la perte. *Psychologie médicale*. 1985 ; 17.
- 34 Le Gouès G. *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris : PUF, 1991.
- 35 Le Gouès G. L'appareil psychique du sujet âgé. In : Ferrey G, Le Gouès Gérard, eds. *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : Masson, 2000.
- 36 Little IM. Un témoignage, en analyse avec Winnicott. In : Pontali JB, ed. *L'amour de la haine*. Paris : Gallimard, 1986.
- 37 Maisondieu J. *Le crépuscule de la raison*. Paris : Bayard, 1989.
- 38 Marty P. *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris : Payot, 1976.
- 39 Marty P. *L'ordre psychosomatique*. Paris : Payot, 1980.
- 40 Marty P. *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF, 1990.
- 41 Marty P. *Mentalisation et psychosomatique*. Chilly-Mazarin. coll. *Les empêcheurs de tourner en rond*. Ed. Delagrangé, 1991.
- 42 Marty P, Fain M. Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. *Rev Fr Psychanal* 1955 ; 19 : 205-84.
- 43 M'Uzan (de) G. Relaxation et psychanalyse. *Rev Fr Psychanal* 1981 ; XLV : 379-90.
- 44 M'Uzan (de) G. Modalités d'interprétation dans la cure de relaxation. In : Fain M, Dejours C, eds. *Corps malade et corps érotique*. Paris : Masson, 1984.
- 45 M'Uzan (de) G. Différentes modalités de la cure de relaxation en psychosomatique. Conférence (texte inédit), citée par P. Marty, (1990). In : *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF, 1988.
- 46 Parat C. L'ordinaire du psychosomaticien. *Rev Fr Psychosomatique* 1993 ; 3 : 5-19.
- 47 Paumelle H. *Le rôle du corps en psychothérapie*. Paris : Dunod, 2001.
- 48 Péruchon M. *Le déclin de la vie psychique*. Paris : Dunod, 1994.
- 49 Péruchon M. *Déclin de la vie psychique à travers le Rorschach*. *Psychologie clinique et*

projective 1996 ; 2 : 279-91.

50 Péruchon M. La gériatrie au regard de la psychanalyse. In : Fua D, ed. Le métier de psychologue clinicien. Paris : Nathan, 1997.

51 Ploton L. Maladie d'Alzheimer à l'écoute d'un langage. Lyon : Chroniques sociales, 1991.

52 Quaderi A. La psychanalyse au risque de la démence – Le pari pascalien dans la clinique du dément. Cliniques Méditerranéennes 2003 ; 67 : 33-52.

53 Rank O. Don Juan et le double. Paris : Payot, 2001.

54 Reich W. La fonction orgastique, psychopathologie et sociologie de la vie sexuelle. Paris : Le nouveau monde, 1927.

55 Reich W. L'analyse caractérielle (1927-1933). Paris : Payot, 1971.

56 Reich W. Biopathie du cancer. Paris : Payot, 1975.

57 Roussillon R. Agonie, clivage et symbolisation. Paris : PUF, 1999.

58 Roux ML. L'autoérotisme. Colloque des 12 et 13 mars. 1977.

59 Roux ML. Argument. In : C. Smadja, G. Szewec, Rev Fr Psychosom 1993 ; 4 : 4-6.

60 Schilder P. L'image du corps. Paris : Gallimard, 1980.

61 Simeone I. Mélanie Klein au pays de la gériatrie. 3^e congrès de l'Association internationale de gérontologie psychanalytique, Psychothérapie des personnes âgées, Lyon. 6 et 7 juin 1986.

62 Thomé-Renault A. Le traumatisme de la mort annoncée. Psychosomatique et sida. Paris : Dunod, 1995.

63 Tustin F. Autisme et psychose de l'enfant. Paris : Seuil, 1977.

64 Upledger J. Libération somato-émotionnelle et au-delà. Aix-en-Provence : de Verlaque, 1991.

65 Wallon H. Comment se développe chez l'enfant la notion de corps propre. J Psychol 1931 : 705-48.

66 Wallon H. Les origines du caractère chez l'enfant. Paris : PUF, 1987.

67 Winnicott DW. Psychose et soins maternels. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1979.

1 MMSE : Mini Mental State Examination.