

6eme JOURNEE D'ETUDE
de l'association Rhone-Alpes
de Gerontologie Psychanalytique

DU VIEILLARD AU NOURRISSON
PSYCHODYNAMIQUE DES RELATIONS DE DEPENDANCE

18 NOVEMBRE 1989
HOPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU
LYON 8^{EME}

A.R.A.G.P

S O M M A I R E

DU VIEILLARD AU NOURRISSON

PSYCHODYNAMIQUE DES RELATIONS DE DEPENDANCE

- La dépendance, du nourrisson à la démence :
entre survie et désir...
M. GROSCLAUDE, Strasbourg..... p. 2
- Du liquide amniotique au liquide alcoolique :
P. MAGDINIER, Lyon..... p. 23
- De la dépendance à l'aide :
S. MALTAVERNE, Lyon..... p. 29
- Dépendance et développement
La pensée de WINNICOTT sur le vif de la gériatrie :
P. CHARAZAC, la Tour du Pin..... p. 36

LA DEPENDANCE, DU NOURRISSON
A LA DEMENCE :
ENTRE SURVIE ET DESIR

Michèle GROSCLAUDE

Strasbourg

LA DEPENDANCE, DU NOURRISSON A LA DEMENCE :

ENTRE SURVIE ET DESIR

M. GROSCLAUDE *

Dans la perspective de travailler ensemble tout à l'heure, j'ai opté, plutôt qu'un discours linéaire et homogène -une "vraie" conférence-, pour un itinéraire de chemin des écoliers, jalonné de quelques remarques, questions, fragments cliniques et concepts -il en faut-, à prendre, laisser, ou reprendre. Je vous demande donc d'avance votre indulgence pour ce vaste programme, à vrai dire tout à fait intraitable !

QUELQUES REMARQUES GENERALES SUR LE THEME

- La dépendance, *du nourrisson à la démence*... Pour parler de la dépendance de la personne âgée -puisque telle est la préoccupation qui nous réunit ici- j'ai inscrit ma contribution entre deux pôles : "nourrisson", et "démence" plutôt que "vieillard", resserrant ainsi quelque peu les

* Maître de Conférences, Institut de Psychologie, Université Louis Pasteur, 12 rue Goethe - 67000 STRASBOURG.

propositions énoncées dans le thème de la journée sur la psychodynamique des relations de dépendance. En effet, si les deux extrémités du temps de la vie s'incarnent bien dans le nourrisson et la personne âgée, je ne pense pas qu'il soit fondé de les lier dans un même état psychique ou une même problématique qui leur serait spécifique.

La vieillesse comporte incontestablement des aspects qui lui sont propres (1) -aux plans social, médical et psychologique- mais n'implique pas à mon avis de spécificité psychique (et ses conséquences) d'une autre nature que quantitative : le vieillard est "plus" -plus faible, fragile, lent, touché par la solitude, etc...- Ceci n'empêche qu'il soit concerné comme le nourrisson de plus ou moins près par la dépendance au moins à deux titres : de la détresse, physique ou morale, qu'il est amené à expérimenter dans la réalité, et en ce que, comme tout humain, le vieillard a été un nourrisson -ce qui laisse forcément des traces, susceptibles de produire des "réapparitions" à la faveur de certaines circonstances, de la démence (2) notamment- Mais le fonctionnement psychique du vieillard reste celui de l'humain en général, et le lien : *vieillissement/pertes et deuils*, qui tient une place évidente dans la clinique -parfois jusqu'aux clichés réducteurs dans la littérature consacrée au vieillard-, ce lien n'en demeure pas moins toujours marqué par la problématique de castration commune à tout sujet, quel que soit son âge- même si là aussi se repère une dimension quantitative : pertes plus apparentes, lourdes, difficiles à gérer et vivre avec l'âge.

Pour aborder les relations de dépendance sur cette toile de fond des temps de la vie, "une saison de feuilles" comme Françoise DOLTO la définissait : "c'est de la Démence que je vais parler : parce que je la "fréquente" depuis plus

(1) qui fondent la Gériatrie et la Gériatrie.

(2) ainsi que d'autres états, tels ceux de Réanimation reliés par le fil "états originaires".

de vingt ans et pense qu'une pertinence psychique importante tant pour la compréhension du processus et les enjeux démentiels que les prises en charge thérapeutiques, lie nourrisson et démence quelles que soient les causes de celle-ci, enfin que la notion de dépendance s'y avère extrêmement riche d'ouvertures parfois inattendues, pour les perspectives psychothérapiques de la démence, dont les expériences du nourrisson offrent des modèles.

- *Entre Survie et Désir.* Non pas que l'un ou l'autre, du nourrisson ou du dément, se trouverait plutôt du côté du Désir ou de la Survie : tous deux en ont à découdre avec survie et désir. Mais du fait de leur état somatopsychique de détresse, de dépendance, en raison d'un fonctionnement psychique en train de se faire, ou de se défaire, et donc de types d'expériences frappées du même sceau, se trouvent pris -en des modes apparentés, dans un style, avec des particularités propres, plus ou moins positivement orientés- d'une façon parfois extrême, aigüe, clivée, toujours vitale (qu'il s'agisse du somatique ou du psychique)- dans une problématique d'Existence tissée de dépendance à un autre.

Parler d'Existence c'est englober les notions de survie, au sens le plus littéral et biologique, et d'Etre aux sens les plus complexe et métapsychologique d'Identité, impliquant subjectivité, relation et désir.

L'IDEE GENERALE qui articule les différents points de mon intervention est celle-ci :

La dépendance est le prototype de toute relation humaine, inaugurant (ou réactualisant) la dépendance psychique originelle à l'Autre, aliénation nécessaire au fonctionnement humain, psychique et relationnel. Au-delà de la dépendance - état de limitation du sujet humain, trop vite négativée et associée à la vieillesse, handicap ou démence- elle constitue un processus dynamique complexe multivoque, à la base de la

vie subjective et modèle de principes psychothérapeutiques dans la psychopathologie de la dépendance.

Cette idée de base se décompose ainsi :

1°) Dépendance et Besoins

- la dépendance témoigne d'un état de détresse, d'impuissance à parer seul à ses propres besoins.

Cet état est marqué dans le corporel, et de façon d'autant plus visible (cri, geste, posture) qu'il n'y a pas de parole : manger, boire, être lavé, guidé, porté...,

- les besoins du corps appellent des soins d'entretien de la vie pour la survie, assurés par un tiers.

2°) Dépendance et Relation

- Ces besoins/soins (1) cristallisent la dépendance psychique dans la nécessité de quelqu'un, cet "autre secourable" -le "Nebenmensch" freudien-, pour penser, veiller, inaugurant ainsi échanges et relation, dans cette dynamique simple et si compliquée qui ne cesse qu'avec la vie -à moins d'être mise en veilleuse, par la démence notamment.

Si les besoins sont certes à combler pour survivre nous savons aussi que cela ne suffit pas, et que l'aliment calmant la faim nécessite "quelqu'un" pour le donner mais pas n'importe qui, ni n'importe comment -ce que la clinique du psychisme humain ne cesse de rappeler notamment dans le champ de la psychopathologie, lorsque les aléas de ces échanges viennent se manifester.

(1) Besoin et soin ont tous deux même radical : suni, sunnia.

3°) Dépendance et Démence : un état univoque

Le "tableau" démentiel est une figuration négative et statique de la dépendance, réduite à un versant monolithique, dépourvu de sa complexité dynamique et relationnelle originelle, la fixité et le non-sens y excluent toute promesse d'advenir -subjectif, relationnel, créatif-

Il est synonyme :

- de déchéance : chute des idéaux, humains de maîtrise du corps, qui lâche, et de la pensée, qui se perd,

- de dépression : pesanteurs de charges épuisantes, pitié ou désespoir, vœux de résolution qui en découlent : espoir thérapeutique de venir à bout de la dépendance par le retour à "l'autonomie" (qui comme on sait peut produire aussi des déments "présentables"), souhait des proches que "ça s'arrête" ou qu'on "ne voudrait pas devenir comme ça"...

- de réduction à un état de besoins élémentaires nécessitant un tiers (ou pire : une "tierce personne"), qui doit nourrir, laver, contenir le dément, penser pour lui, où vie n'équivaut qu'à survie dans l'attente de rien (mais "rien" c'est encore quelque chose qui peut conduire à encore plus d'insupportable),

- l'évidence de cette négativité est si prégnante qu'on ne questionne pas assez sa fatalité "naturelle" et son absence de signification.

. Fatalité de la dépendance : on commence à expérimenter sa relativité : incontinence, confusion, agitation, peuvent disparaître pour peu qu'on s'en occupe - mais il y faut des personnes et leur temps, attention, conviction, tous les ingrédients relationnels d'une dépendance productrice de vie, enracinée dans le désir. Un service de déments n'est pas obligatoirement malodorant et déprimant, et soignants, patients ou proches peuvent s'y sentir bien. A l'instar de la "Démence précoce" (schizophrénie ainsi dénommée en raison de la fatalité supposée de son évolution, disparue quand tout simplement on s'en est occupé), la Démence

"tardive", c'est-à-dire sénile, ne bénéficie-t-elle pas de symptomatologies secondaires liées à des défaillances relationnelles elles-mêmes entretenues par cette "fatalité" de la dépendance ?

. *Signification de la dépendance* : malgré tout ce que observation, recherche, théorie et vulgarisation médiatique ont largement fait connaître l'importance de l'éveil relationnel, devenu presque banal, du nourrisson à travers la dépendance, il convient de se demander pourquoi, lorsqu'il s'agit de démence, on reste incrédule ou étonné par la proposition d'une liaison avec les potentialités de la dépendance.

Cet "oubli" à la même allure d'évitement que dans d'autres situations humaines graves ou vitales, en médecine, où il vaut mieux croire que les patients ne se rendent pas compte (par exemple : l'amnésie supposée en réanimation) ou que leur agitation est due au hasard.

Mais la méconnaissance par autrui des potentialités de la dépendance est aussi un effet du processus démentiel lui-même : négativité, inertie, retrait, désintrication et clivage, expulsion de la subjectivité, comme effets de la *pulsion de mort*, attribuables autant à des pertes déficitaires (mais combien sélectives et plus réversibles qu'on ne le croyait) qu'à un sens du processus vers la préservation, conduisent à interroger la fonction de la démence.

L'humain, infans, ne survit qu'en étant relié à d'autres.

Devenu grand, il ne trouve sens à sa vie qu'en restant relié à d'autres.

Dément, "il perd le sens", et, se déliant des autres, il se délie de lui-même.

Je propose, maintenant de cerner le *fait-Dépendance* diversement à l'oeuvre, dans ses définitions, apparences fonctionnelles et enjeux relationnels, puis d'examiner comment

ces enseignements peuvent éclairer et dynamiser le travail thérapeutique dans le champ de la démence.

I - LE FAIT - DEPENDANCE : A CE PROPOS DE QUOI PARLONS-NOUS ?

DEFINITIONS DIVERSES : le dictionnaire, le sens commun, le Renard, les Enfants Sauvages et la Psychopathologie...

DEPENDANCE : nous dit le dictionnaire (*), c'est :

- Rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre - corrélation, liaison, solidarité.

- Bâtiment : dépendant d'un domaine : les dépendances.

- Le fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose : asservissement, assujetissement, obéissance... Mettre, tenir, être, sous la dépendance...

DEPENDRE : c'est :

- se rattacher à
- ne pouvoir se réaliser dans l'autre
- résulter, appartenir

ajoutant des connotations plus subtiles par des traits précisant l'interaction, l'appartenance, versus reconnaissance, identification et relation.

Le langage courant fait surtout référence à la dépendance comme réductrice : négativement connotée chez l'adulte, elle ne l'est pas à propos du nourrisson dans la mesure où elle est "normale", suscite attendrissement, maternage, et gratifications, et reste d'emblée passagère.

La notion est familière que, pour le nourrisson cette dépendance est source et creuset de son devenir de sujet humain. Chrysalide d'adulte, le nourrisson est pris dès avant ses premiers jours dans cette surdétermination parlée et

(*) Petit Robert

désirante par d'autres, dans son advenir d'humain grand garçon, grande fille, dont les transformations attendues nécessitent impitoyablement de quitter la dépendance originelle (qu'il s'agisse d'être "dans les jupes de sa mère" ou de "pipi au lit", ces choses ne doivent avoir qu'un temps).

Le Renard :

"Apprivoise-moi..." dit le Renard au Petit Prince (1), seul sur la planète, "s'il te plaît, apprivoise-moi..." "Qu'est-ce que c'est : apprivoiser ?" demande le Petit Prince. Le Renard explique : "c'est créer des liens", "avoir besoin l'un de l'autre", "tu seras pour moi unique au monde". Apprivoiser c'est parler et être ensemble, aimer, attendre, c'est créer une relation de dépendance à la vie / à la mort. C'est qu'après, jamais plus le Renard ne pourra vivre, penser, sans cet autre en lui-même qui l'aura... "apprivoisé" et dont il "dépendra". Mais c'est aussi que le Renard aura goûté à ce merveilleux poison de la vie touchée par le Désir et véhiculée par le penser et le parler de / à l'autre.

Le Renard dit comment de son monde d'autonomie, où règne la loi du Besoin et de sa satisfaction, il anticipe celui de la Dépendance créée par l'autre dans la relation, et, il faut bien le dire, l'amour.

Sans nous perdre dans l'illusion d'une continuité entre les modèles humain et animal, rappelons-nous quand même les effets de l'interruption de la relation pour l'animal qui a été touché par la relation parlée, ou encore des aberrations de la dépendance dont K. LORENTZ a fait la preuve avec ses oies et ses choucas.

Du côté des nourrissons : l'histoire de ce grand Prince éclairé qui s'avisa de faire élever dans les meilleures conditions des nouveaux-nés sans qu'aucune voix ni mot ne les touchât (afin de vérifier quelle langue ils parleraient d'eux-mêmes !) et dut constater leur mort inexplicable.

(1) Saint-Exupéry : le Petit Prince.

L'époque, toute proche, de l'hospitalisme, en principe révolue, dont le Docteur J. AUBRY sut résoudre le problème en montrant que de combler tous les besoins du tout petit en crèche ou à l'hôpital n'était encore pas suffisant lorsqu'une multitude de personnes se succédaient autour de lui, et que là aussi, non seulement des états psychotiques précoces (éventuellement passagers), mais aussi une évolution somatopsychique irréversible débouchant sur la mort, viennent marquer un manque : celui d'une autre dépendance, relationnelle, instaurée par un Autre humain lui parlant et pensant à lui, celui qui "apprivoise", si désiré par le Renard dont la place est présente dès l'origine du petit d'homme, l'infans, qui en a goûté la saveur originelle.

Si l'hospitalisme du nourrisson, une fois compris, a pu disparaître, une autre figure, du côté du dément, interroge pour sa proximité clinique : le *syndrome de glissement* dans la mise à découvert de l'au-delà de toute dépendance, une mise "hors-besoin" radicale, conduisant à la mort.

L'histoire des Enfants Sauvages de toutes sortes - enfants loups : Mowgli, Victor dont Truffaut a laissé un film remarquable, et autres enfants- gazelles -témoigne au-delà du mythe : non dépendants de l'autre, et de la relation à l'humain (non dépendant c'est aussi non intoxiqué, non drogué), autonomes pour l'accomplissement de leurs besoins vitaux (après avoir vécu le trajet animal de la dépendance corporelle passant par le nourrissage, le léchage, etc... à l'autonomie) ils démontrent combien l'extinction de la dépendance relationnelle et de l'humanisation du sujet coïncident.

Ces enfants restent dans un état psychique entre autisme, arriération et animalité : même "apprivoisables" par les humains jusqu'à un certain point, on sait qu'alors ils meurent jeunes. Ils ont en commun avec les déments et les psychotiques ce blindage du corps à l'égard des agressions du froid, de la maladie physique. Mais aussi la même fragilité

somatique qui apparaît lorsqu'ils "vont mieux", c'est-à-dire lorsqu'ils sont touchés par la réalité humaine du monde de la relation, de la parole, de l'"attendre quelque chose" de "quelqu'un" - bref de la dépendance psychique qu'est "l'apprivoisement" par l'autre.

Nous savons aussi sans réellement l'expliquer, combien des déments, dont les pieds nus sur le carrelage ou la neige, les gripes -comme d'ailleurs les "grands" psychotiques-, ne sont pas venus à bout, semblent vouloir, pouvoir, ou devoir mourir à partir du moment où l'on a pu penser qu'ils vont mieux, qu'ils retournent à la vie, accessibles (ou moins inaccessibles) à une relation, et sans doute à quelque chose concernant leur désir.

Dépendance, vie psychique et psychopathologie :

Dans le fonctionnement humain, la dépendance se donne en définitive comme un processus dialectique entre deux phases/faces s'interdéterminant : dépendance corporalisée où se génère non pas l'in-dépendance mais une dépendance psychique à l'autre fondement psychodynamique de la relation humaine, et scène des échanges d'"apprivoisements" mutuels de sujets en écho au premier être qui les "apprivoise" nourrissons.

La psychopathologie témoigne des franchissements de seuil, des ruptures, inexistences et perturbations de ces liens de dépendance dans les états psychotiques ou de la névrose non ordinaire.

La vie psychique "normale" se déduit alors comme une capacité de gérer ses propres dépendances, entre des cas extrêmes tels l'autisme (éclipse de la dépendance psychique à l'autre) et la suggestibilité hystérique (son invasion).

La démence se définirait, dans le cadre d'une psychopathologie de la dépendance, comme une perte de la capacité actuelle de dépendance psychique, à l'autre, laissant le champ libre à la seule dépendance instrumentale.

II - DEPENDANCE ET APPROCHE PSYCHOTHERAPIQUE DES DEMENCES

L'IDEE GENERALE guidant mon propos est celle-ci :

- Tout travail psychothérapique (d'une équipe soignante ou, plus spécifique, du psychothérapeute)
- engagé dans le champ de la Démence
- a pour visée (explicite ou non) de restaurer la "dépendance psychique à l'Autre" : celle que le sujet a perdue en même temps qu'il a perdu le sens, la confrontation au désir et à la réalité, et qu'il s'est délié des autres et de lui-même,

- a pour passage obligé :

- . de "faire avec", la dépendance démentielle comme une production du sujet, un substrat, un reste clivé où les traces du sujet demeurent néanmoins

- . la perlaboration de cette dépendance dans la perspective d'y appeler du sens, en faire décoller du penser/parler, de la relation, y relier le sujet dément à lui-même et à l'autre, dans ses confrontations au désir et à la réalité.

Mais une telle perspective oblige à revoir nos idées toutes faites sur la Dépendance :

- . sans la réduire à sa seule apparence négative, sa dimension physique, instrumentale, "régressive".

- . sans oublier que la dépendance psychique à l'autre, celle qui permet au sujet -nourrisson, dément, ou adulte en difficulté- d'abandonner précisément la dépendance dans la réalité, et constitue le fondement de l'Humain et de la relation à autrui.

Bref, comme dit plus haut, nous rappeler que la Dépendance est le prototype de toute relation humaine, inaugurée sur la scène de la dépendance "corporalisée" du nourrisson, qu'elle permet la survie, et que s'y ancre le désir.

Dès lors, à partir de cet "éloge de la dépendance", des conceptions du travail psychothérapique avec la personne démente sont possibles.

J'en aborderai donc pour commencer quelques aspects qui soutiennent l'approche psychothérapique dans la démence, puis les idées clés, et enfin quelques exemples cliniques tirés de la pratique.

III - UNE PSYCHOTHERAPIE DES DEMENCES

ne peut s'étayer que sur des conceptions de la Démence, comme processus ayant une fonction, du sens.

Quelle qu'en soit l'étiologie -toxique, organique, psychogénétique...- tout porte à penser que la démence tient une fonction dans la dynamique et l'économie psychique, c'est-à-dire qu'elle "sert". Pour le fonctionnement psychique, ceci implique un compromis devant un conflit, de l'insupportable : un "modus vivendi", survivre... Je propose d'envisager que ce à quoi le nourrisson se frotte en commençant à vivre, entraîné/entraînant l'Autre Adulte, le dément y renonce par une sorte de raptus, de saut hors du circuit de la dépendance psychique, au prix d'une amnésie capitale (il ne sait plus qui il est), d'une momification, état de conservation prolongée. Au prix de son identité et de son "droit de jouissance" (devenu "incapable" aux yeux de la société), il garde la permanence d'objets primordiaux (Maman et son cortège : "Maman", appelé la démente de 80 ans, "elle m'attend", "elle s'inquiète"...) mais dont il ne peut rien faire, faute de pouvoir en penser, représenter, créer, et en l'absence d'un Autre qui serait étai, adresse, lieu de (re)constitution - à l'inverse du nourrisson -

La Démence comme problématique de l'identité, comme paradoxe (rester en vie en renonçant à la vie), processus de défense, par déconnexion, contre des expériences de catastrophe d'évitement de la dépendance psychique à l'Autre,

dans une dépendance réelle (où il n'y a plus ni à faire ni à penser).

Comme proximité du nourrisson en des cas de figure illustrant naissance et perte, objets constitutifs et retrouvailles dans l'illusion de l'hallucination de désir (l'objet perdu est là).

Comme confrontation, après tous les deuils possibles supportables à des degrés divers par quiconque, au deuil totalement impossible (parce qu'il impliquerait le deuil de soi-même dans l'objet représentant le sujet lui-même). A ce problème différents modèles et solutions s'offrent : dépression, psychose, démence...

Comme solution enfin, à l'échec de l'apprivoisement : comment vivre si l'on n'est pas le Renard de quelqu'un, ou quelqu'un pour un Renard...

Ce dernier point pose évidemment une question de taille : mais alors, si la démence tient une telle fonction, comment en envisager une psychothérapie ? Des éléments de réponse existent, mais l'ensemble reste cependant à élaborer. Les effets psychothérapiques existent, la pacification de la détresse, la réouverture à la subjectivité, aux mouvements désirants, de retour à la vie, sans en mourir, sont parfaitement reconnaissables dans le travail avec les personnes démentes. Les limites aussi, justement celles de l'insupportable : mais elles sont reconnaissables, et le dément sait fort bien baliser la zone dangereuse de non-ingérence.

DES IDEES-CLES : pour penser et mener le travail psychothérapique.

Ces outils sont des concepts et des hypothèses issus d'horizons théoriques différents, sans constituer pour autant un patchwork, et néanmoins tous pertinents dans la Démence : ils sont liés par le fils des états originaires, dans les approches réalisées par des psychanalystes -le plus souvent anglo-saxons- engagés dans la clinique du tout-petit (les

états de détresse du nourrisson) et des psychoses infantiles : Mélanie KLEIN, WINNICOTT, TUSTIN, MELTZER, mais aussi Piera AULAGNIER, et BRAZELTON. Ou encore tirés des élaborations de FREUD concernant le pare-excitation, la naissance de la psyche et du jugement, et de ce que nous appelons maintenant "le Sujet".

Notons que ces outils à penser fondamentaux font tous appel à des fictions originaires mettant en scène le corps, rappelant ainsi l'ancrage de la psyche dans le corporel. Parmi eux :

. WINNICOTT : les concepts désormais classiques de HANDLING (littéralement : manipulation du corps, c'est-à-dire les soins maternels), de HOLDING (la notion de contenance, de constitution de l'enveloppe). Et surtout d'agonies primitives : l'hypothèse est posée d'expériences de catastrophes corporalisées, non élaborées, traversées aux origines par le nourrisson -peur de se laisser tomber en morceaux par exemple. Les idées winnicottiennes s'avèrent précieuses dans l'approche des démences. Ainsi une personne démente contractée, raide, poussant des cris de terreur lorsqu'un soignant veut la convaincre de se relâcher, se lever, ou marcher, s'apaise dans le contexte d'un échange référé à l'hypothèse d'une telle agonie primitive.

. FREUD : la naissance du jugement au travers de l'avalier/recracher, origine de la constitution du bon/mauvais, dedans-dehors, dans le registre de l'oralité, ou encore la constitution de la permanence de l'objet dans le voir le sein/visage maternel, sous toutes ses faces, toujours là et pourtant chaque fois différent.

. M. KLEIN : le clivage de l'objet bon/mauvais, la persécution interne de l'objet.

L'inventaire des outils à penser la démence est long et ne saurait se parcourir ainsi. Ce n'est que pour signaler ici leur proximité, la possibilité d'y recourir. Un autre temps serait celui de l'exposé détaillé rendant compte de leur usage

dans la pratique quotidienne -par exemple dans le cas de Mme B. agitée, angoissée, "intenable", qui, calmée, et dans une attitude nouvelle pour tous, après ce qui semble être une telle expérimentation, dit "j'avais perdu mes extérieurs". (1)

. Les idées-clés sont aussi, pour ce qui me concerne, des constructions personnelles bricolées, découlant de la pratique singulière qui assimile les concepts, les personnalise au travers des expériences du quotidien, et les reformule. Ainsi : l'option étant prise de la permanence du Sujet, elle conduit à poser que :

- il existe un sujet en prise à un fonctionnement psychique universel, ses conditions, ses effets.

- Ce sujet est "perdu" : à lui-même et à autrui, réduit à une sémiologie de la perte instrumentale -temps, espace, mémoire, jugement- associée à la perte d'identité du sujet.

- Il demeure néanmoins "quelque part" : méconnaissable dans le processus et la débâcle démentiels, résidant en des lieux inattendus ou inappropriés, dispersé dans des fragments constituant ses "lieux de résidence" : radotages, reste du savoir du passé, stéréotypies gestuelles et langagières, fausses reconnaissances. Le processus offre prise (comme dans la psychose) aux derniers et premiers investissements et ancrages identificatoires, et conduit aux *origines* de l'humain (ce que j'ai dénommé, dans ces pathologies lourdes, "lieu commun de l'humain").

. Pour l'abord psychothérapique, les manifestations démentielles sont concevables comme de tels lieux de résidence, le sujet "perdu" peut être retrouvé, reconnu par un tiers -soignant, thérapeute- découvreur, témoin et mémoire de l'identité du sujet défait, les symptômes démentiels sont alors productions, offrant prise à la relation dans le langage, dans la reliaison de bribes d'un puzzle oublié -leur place dans le sujet- Reste clivé d'une séquence, d'une scène, d'un discours : énoncé réduit à la ritournelle ("où y faut aller ? où y faut aller ?"), mot clivé de phrases

(1) observation détaillée dans un autre travail.

("si vous plaît, si vous plaît, si vous plaît") ; cri ou voix isolés des mots, regard, geste, mimique, dont le contexte est perdu, et où le corps prend toute son importance dans la dimension perceptive (regard aigu ou éteint, posture de la tête, du bras, impulsion de marche ou contracture).

QUELS RAPPORTS AVEC LA DEPENDANCE ?

Le lien entre tout ce qui précède (outils à penser artificiellement détachés de la clinique pour les besoins de l'exposé) -ou qui manque, faute d'avoir pu être détaillé ou argumenté- et la pratique psychothérapique et soignante dans le champ de la dépendance démentielle, peut se formuler ainsi: l'approche psychothérapique de la dépendance démentielle peut se référer aux états de dépendance originaires, du nourrisson, s'éclairer de toutes les hypothèses et fictions rendant compte des enjeux et des expériences psychiques dans ces états, s'inspirer de modes d'échanges, qui en découlent, et du coup s'engager avec la personne démente dans une trajectoire de retour vers cette autre "dépendance", au tiers. Les modèles pertinents qui nous viennent de la psychanalyse, impliquent tous la notion d'une naissance psychique et du relationnel dont l'ancrage est corporel.

QUELQUES FRAGMENTS DE CLINIQUE

UN GROUPE D'HISTOIRE DE VIE

Cette expérience de travail psychothérapique avec des personnes démentes est une application directe des différents principes et hypothèses que j'ai proposés à propos de la dépendance démentielle.

Entrer dans le détail serait trop long. En voici juste quelques moments :

- Dépendance démentielle, dépendance psychique : un aller-retour. Mme R.

Ca se passe fin décembre pendant les fêtes. Mme R. 73 ans, démente, est hospitalisée au service pour troubles du comportement. Son époux est resté au domicile de leur fille - où le couple vivait jusqu'ici. Des rapports très tendus existent entre elle et sa fille (qui exprime clairement qu'elle ne veut plus de sa mère et ne la reprendra plus). On sait déjà que celle-ci ne viendra pas la chercher pour les fêtes, mais on pense que Mme R. ne le sait pas.

Elle se trouve dans le groupe ce jour-là, avec sa posture et sa mimique habituelles : sourire figé adressé à tous et à personne, attitude raide, comme de commande, discours unique et stéréotypé, émis d'une voix grinçante sur un ton impersonnel : "Ah c'est vrai ? je ne sais pas" en réponse à toute parole qui lui est adressée. Dépendante et machinale Mme R. n'"y" est pas, elle n'est d'ailleurs plus nulle part. Assise sagement elle semble laisser la séance se dérouler sans attendre ni entendre. Brusquement elle se lève, se dresse au-dessus du groupe, et met la main sur mon trousseau de clés, posé sur la table, dans une ambiance devenue soudain très dramatique. Elle me fixe du regard, inattendu car si présent, quelque chose se passe. Puis elle dit : "je ne sais pas" tragiquement, "ça m'est égal"... "si je manque..."- "Ca vous manque ?" lui dis-je. "Vous manquez, oui, oui...". "Oublier que ça manque ?". "Oui, oui". Et elle, toujours plus dramatique : "ne me laissez pas tomber". Elle s'assied. Elle reprend définitivement attitude, voix et discours d'auparavant.

- Dépendance et réappropriation de soi : les "approprovoisements" de Mme C.

Mme C. 76 ans, démente. Petite, très petite vieille, venue depuis la montagne vosgienne, fâneuse, moissonneuse et confiturière. Mme C. arrive au service, nue sous une chemise d'hôpital fendue dans le dos, en pantoufles et gros pardessus, hirsute mais avec une queue de cheval élastiquée (ça fait plus propre à défaut de "faire 76 ans"), et 30 francs -en même

temps que 30° à l'ombre en ce mois de juin. Elle vient de l'hôpital général proche de son village où elle a d'abord été adressée, agitée et perdue. De son oeil rond, noir, étincelant -de colère et de suspicion je pense alors- elle observe furtivement, ne dit mot et marche, marche, dans la grande salle, le lendemain de son admission où je la vois pour la première fois. Quelques mots et questions que je lui adresse alors ne reçoivent que des "laissez-moi tranquille" agressifs et coupant court.

Quelques jours plus tard, je vois Mme C. habillée, allant avec application dans la cour-jardin du service et cueillant -cassant, arrachant, ou récoltant serait plus juste- des branches des noisetiers et autres arbustes à sa portée. Elle les tient non en bouquet mais en fagot, ou plus simplement : en paquet.

En fin de cette matinée se tient le groupe (1), précisément sous l'auvent. Le groupe est ouvert, les gens circulent éventuellement autour -en font partie sans en faire partie- s'ils ne veulent pas, ou se posent momentanément. Je pense : elle ne viendra pas, prise dans son agressivité et sa méfiance. Je me suis trompée : elle est là, assise dans le groupe, ses branches à la main. On parle. Je m'adresse à Mme C. dans le fil des échanges : "Et vous, Mme C. ?". Elle dit qu'elle "vient d'en-haut". "En haut ?" dis-je, totalement interrogative et perplexe. "Oui". J'ajoute : "Mais... en-haut ?" sans bientôt plus pouvoir penser à propos, avec, par, les paroles, images et gestes circulant... "Du ciel" répond Mme C. catégoriquement. Le soignant présent me dira par après avoir entendu là (comme moi) une allusion à l'en-haut des Vosges, montagnes d'où elle vient.

Je reprends : "du ciel ?" - "oui du ciel" dit-elle. Je questionne (sans du tout pouvoir étayer, maintenant encore, ce choix) "mais ce sont les anges qui sont au ciel, Mme C. ??" (sans doute ai-je pensé -malgré tout !- aux anges comme humanoïdes plutôt qu'aux oiseaux ?). Mme C., encore plus catégorique : "je suis un ange". La représentation de Mme C.

(1) Groupe d'Histoire de Vie.

assise là, énergique, comme déterminée à faire (mais quoi ?), à la fois sage -comme un ange en effet- et explosive, son paquet de branches/verges à la main me conduit d'abord à lui demander à quel usage ces branches ? Elle répond : "pour taper les méchants, les enfants qui ne sont pas sages". Je lui hasarde, en riant, "comme un ange fouettard ??". Là Mme C. semble d'accord, et assurément se reconnaît en souriant, mi-figue mi-raisin, dans l'interprétation farfelue d'une personne à qui elle a fait savoir à la fois son souhait qu'on la laisse tranquille et d'être là à parler/écouter. Mme C. alors se tait, comme ravie et si elle refusait d'en dire plus. Mais l'humour est intervenu, accessible, en même temps que la "condition humaine".

Lors de la séance suivante, Mme C. évoquera son envie de rentrer, des moissons et des foin. Du temps -elle est toujours confuse mais rétorque avec une justesse subjective exemplaire à la remarque du soignant qui lui dit : "mais ça ne fait qu'une semaine que vous êtes là, Mme C." (alors qu'elle affirmait y être depuis des mois) - elle dit : "oui mais pour vous c'est une semaine et pour nous, on est là, là (elle frappe de la main sa chaise), et ça fait des mois". La relativité du temps, bien que "confusionné", la longueur de l'attente hors des objets familiers et aimés, l'impatience, mais aussi la reconnaissance dans un "on" collectif, reprennent du coup place pour chacun -confus, déments, et nous, les autres qui ne sont en principe pas- dans l'échange. Chacun y trouve son compte, y entend quelque chose, et tous tombent d'accord pour dire : "c'est long". C'est long : ce qui manque, et l'attente sans plus rien. Mme C. reprend alors son idée, -ou son mot- : "en haut". Mais il renvoie cette fois à autre chose : "en-haut" c'est, elle le montre, l'étage au-dessus, (le service de Gériatopsychiatrie est en-bas, et le premier étage est un service fermé, "étranger", accueillant nombre de psychotiques agités. Ils font du bruit, jettent des objets par les fenêtres -mégots, boîtes, papiers- que voient ou ramassent les patients d'"en-bas", privilégiés dans leur jardin, comme voyant tomber des fragments de météorites. "En

haut", aussi ils sont jeunes... Mystère attractif, c'est, pour quantité de patients, ce qui fait office de scène primitive, de lieu de liberté ou de perdition, de là où comme pour les vaches dans l'enclos du pré d'à côté l'herbe est plus verte et meilleure.

Cette relance de sens (le premier étage) pour un signifiant (en haut) épuisé une première fois (l'"en-haut" d'où descendent "les anges fouettards") qui peut-être serait stéréotype vide sans précisément cette articulation réintroduisant du parler, du sens, de la relation dans la situation de dépendance, ouvre dès lors sur de nouvelles perspectives/représentations : "y retourner" (dans les Vosges), "y penser" (ce qui se passe ailleurs) : puis attendre et "chercher en-bas, un bus" (pour "y" aller).

Je m'arrête sur ce cas, parce qu'il illustre clairement cette possibilité si invraisemblable, cliniquement et à première vue, de la relative facilité de se retrouver pris, avec le dément, dans ce lieu commun de la signifiante, de l'échange. Alors que ça pourrait aussi, si facilement, ne pas se faire.

Prétendre que c'est au travers de ces instants que Mme C. a "avancé" et changé de dépendance - voire : s'est refaite - peut paraître hasardeux, en tout cas sans preuves. Néanmoins on ne peut que constater que ces moments sont parallèles à la "récupération" de Mme C. par elle-même, et qu'ils sont sur la trajectoire de son retour vers "en haut"... Que cet "en-haut", enfin, soit aussi empreint de l'idée et de la crainte de la mort, est également probable. Ce qui, dans cette éventualité, s'y avère positif, est l'intégration du risque, la métabolisation de l'horreur en une chose pensable, supportable, laissant même place à l'humour -d'un "ange fouettard"...-

Après trois semaines, Mme C. se "retrouve", calme, présente, sans aucun des troubles majeurs ayant motivé son admission à l'hôpital, ce, sans traitement de choc, ni neuroleptique, en ce lieu où elle a circulé, parlé, -branches à la main-.

Elle sort pour retourner "en-haut", chez son petit-neveu. Après trois semaines, "des mois", pour elle.

Une remarque générale, pour conclure : on pourra croire que les mots de Mme C. sont exceptionnels dans la bouche d'un dément, que les réponses de ses interlocuteurs et leurs effets sont "trop beaux" et le tout hors des habitudes. Je pose, à la lumière de l'expérience, que tout cela est banal, commun - c'est-à-dire : communément partagé -. Ce qui s'y trouve encore d'exceptionnel n'est que la fréquence de la tentative d'essayer. De ceci, les intervenants de l'équipe ont conscience : il suffit de commencer...

Il reste la nécessité - et la difficulté - de systématiser au plan psychodynamique ce qui se joue (et que l'on constate), de perceptible au travers de telles séquences:

- . la transformation d'une dépendance, totalitaire, au processus et au non-sens, réduisant un sujet effacé, non seulement à de l'incompréhensible mais à du "rien-à-comprendre", ayant pour corollaire la dépendance physique (même si le patient n'est pas grabataire, il doit être alors manipulé, guidé, expliqué, etc...),

- . en cette "dépendance psychique" à l'autre, devenue réciproque, où s'entrecroisent sens et effets du parler/écouter, produisant dans la surprise, entre le dément et ses tiers, de l'"entre découverte".

Je conclurai sans conclusion : sur ces questions ouvertes par les personnes démentes elles-mêmes, et qu'il nous appartient de travailler.

Brève bibliographie des références relatives au texte :

Références :

De façon générale : P. AULAGNIER, S. FREUD, M. KLEIN, F. TUSTIN, D. WINNICOTT

. FREUD (S.) : Esquisse d'une psychologie scientifique, in La Naissance de la Psychanalyse, PUF, Paris, 1969.

. LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.) : Vocabulaire de la Psychanalyse, PUF, Paris, 1967.

. WINNICOTT (D.) :

- "La crainte de l'effondrement". Nouvelle Revue de Psychanalyse n° 11, 1979 et : International Review of Psychoanalysis 1974.

- "Processus de maturation chez l'enfant". Ed. Payot, Paris, 1970, p. 11.

Travaux de l'auteur :

. GROSCLAUDE (M.) : "Mémoire, souvenir, savoir, démence". Temps, vieillissement et société, Ed. Sopedim, Paris, 1983, pp. 117-136.

. GROSCLAUDE (M.) : "Identité et agression du corps" : à propos des cliniques de la démence sénile et de la réanimation chirurgicale". Bulletin de Psychologie, 1985, T. 38, n° 37 , pp. 513-521.

. GROSCLAUDE (M.) : "Le Dément Sénile" : un sujet perdu, un sujet (re)trouvable ?", Psychologie Médicale, 1987, Vol.17, n° 8, pp. 1267-1269.

. GROSCLAUDE (M.) : "Si les troubles démentiels de la conduite avaient un sens ?", Psychologie Médicale, 1989, Tome 14, n° 10.

DU LIQUIDE AMNIOTIQUE

AU LIQUIDE ALCOOLIQUE

Paul MAGDINIER

Lyon

DU LIQUIDE AMNIOTIQUE

AU LIQUIDE ALCOOLIQUE

P. MAGDINIER *

Cette communication m'a été suggérée par un patient alcoolique et par l'analogie curieuse qui existe entre le fœtus dont le mode de nutrition est liquide et se fait sans effort, et l'alcoolique dont le mode d'absorption est également liquide et se fait sans effort...

Au physique, ce patient présente un peu l'allure de Onafion, avec un regard complice associé à un appendice nasal que l'on imagine sans peine avoir flairé plus d'un pot.

Vêtement favori : pantalon de grosse toile bleu, chemise à carreaux.

Ajoutez à cela que cet homme a son franc parler qui attire les camaraderies de comptoir.

Il est né dans une famille ouvrière. Le père était contremaître. Il le décrit comme un homme "au caractère coulant" qui ne s'énervait jamais, mais qui n'a jamais été pour lui qu'un bon copain. Il décrit sa mère comme supérieure intellectuellement, comme plus autoritaire aussi.

Il fait des études courtes. Il apprend le métier de menuisier. Puis il s'engage dans la marine à 18 ans. Il navigue sur plusieurs bateaux, et se flatte d'avoir traversé la guerre sans une blessure.

Démobilisé à la fin de la guerre, il a 25 ans, il s'engage dans la police, complétant le temps qui donne droit à une retraite de l'armée.

* Psychologue, Centre de Gériatrie de Cuire, Service du Dr MEGARD, 14 rue Pasteur - 69300 CALUIRE.

A 35 ans, il quitte la police et reprend son métier de menuisier. Et là, il commence à boire sérieusement, invoquant la vie de chantier avec ses déplacements nombreux...

Il s'est marié une première fois à l'âge de 23 ans. De ce mariage naissent trois enfants dont il parle très peu au point que l'interne qui prend l'observation ne mentionne pas de descendance... Pas de trace.

Il divorce à l'âge de 46 ans.

Hospitalisé à cette époque pour une pleurésie tuberculeuse, il se remarie avec une dame plus âgée que lui, rencontrée en maison de repos. Il se sépare à nouveau de sa femme 8 ans plus tard, et entre, à 53 ans, dans une période d'errance. Avec la boisson comme compagne des bons et des mauvais jours.

Et c'est marginalisé et sans domicile fixe qu'il entre au Centre de gériatrie de Cuire, à l'âge de 61 ans.

Là, il est bien vite adressé à un Centre de désintoxication.

Il s'arrête de boire et il adhère à un mouvement anti-alcoolique dont il devient un militant accompli.

Une rechute, 4 ou 5 ans plus tard, le conduit à nouveau au Centre de désintoxication.

Nouvelle rechute, beaucoup plus rapide cette fois.

Il boit, insulte le personnel, a des gestes provoquants au point que la surveillante adresse un rapport au directeur qui le menace d'exclusion. Un projet de séjour au Vinatier est institué chaque fois que "l'ordre public" sera troublé de façon notoire.

Ajoutons que cet homme tient à faire bonne figure dans le monde qui est le sien, se portant candidat aux élections de représentants des pensionnaires, se faisant élire, et jouissant de l'importance qui lui procure la fréquentation des docteurs et des directeurs.

Cet homme, par ailleurs, met volontiers son bras au service des femmes plus âgées que lui, pour lesquelles il est à la fois l'amant, le chevalier servant, voire le fornicateur réprouvé.

Dans cette histoire somme toute relativement banale, j'ai relevé quatre thèmes récurrents :

1 - Le thème de l'immunité

Le patient se flatte, nous l'avons vu, d'avoir traversé la guerre sans une blessure.

Il se flatte également d'être encore solide, et d'avoir pu ingérer tant d'alcool, sans retentissement organique, du moins jusqu'à une date récente.

Or, peu de temps après avoir reçu la lettre du directeur, il s'entaille le doigt, d'une façon bête pour un menuisier. Et il est extrêmement choqué par le fait qu'il se soit blessé. C'est une des premières fois.

2 - Le thème de l'adhérence institutionnelle

Au fond, nous l'avons vu, tant qu'il est dans l'armée ou la police, il reste sobre. Il est intéressant de noter qu'il commence à boire, à partir du moment où il n'appartient plus à un corps constitué.

De même après sa désintoxication, il devient un militant accompli, trop accompli. Là aussi il fait corps avec le mouvement anti-alcoolique.

Nous l'avons vu aussi, au Centre de gériatrie, il se porte candidat aux élections des représentants des pensionnaires, et joue un rôle dans la structure du centre, un petit rôle certes, mais il le joue avec passion.

3 - Le thème de l'amour oedipien

Dans son attitude à l'égard des femmes, toutes en général plus âgées que lui, il allie deux courants contraires: le courant chevaleresque, qui est plutôt du ressort de

l'idéalisation, et le courant pulsionnel qui est de l'ordre de l'activité sexuelle brute.

Tout cela renvoie à la fois à l'amour courtois et à la relation incestueuse.

Par ailleurs, il noue avec une partie du personnel féminin les rapports habituels de l'homme alcoolique avec sa trop maternelle épouse...

4 - Le thème de l'infailibilité

Ici, le bricoleur, se met hors de ses gonds, chaque fois qu'il constate quelque imperfection : c'est une porte qui ne s'ouvre pas dans le bon sens, c'est une panier de linge sale qui n'est pas enlevée au moment opportun, etc... etc...

Ces quatre thèmes présentent deux caractéristiques :

1°) Ils sont autant de manoeuvre permettant de lutter contre la dévalorisation, la mésestime personnelle, le sentiment aigu "de ne rien valoir".

"On boit, me dit-il un jour, pour oublier et pour simplifier".

Longtemps, et encore aujourd'hui, il me semble parler, dans le cadre des séances, un peu comme il boit, pour effacer, utilisant "la langue de bois" avec un art consommé. La langue de bois efface, recouvre ce qui est à dire, par un agglomérat de mots qui ont fonction de cache. Les mots sont moins utilisés comme substitut des choses que comme couverture.

2°) Deuxième caractéristique : ils sont substituables:

Que ces quatre thèmes soient substituables, voilà qui devrait nous mettre la puce à l'oreille...

La substitution de l'alcoolisme et du syndrome d'adhérence institutionnelle, est particulièrement évidente chez cet homme, qui tantôt s'adonne à la boisson, tantôt s'adonne à sa passion de redresseur de tort.

On retrouve un peu le double composé par Batman et le Toker, Batman le redresseur de torts ; le Toker, ce personnage pulsionnel, violent.

Ce double déploiement, tantôt dans les institutions où il est comme un poisson dans l'eau, tantôt dans le liquide alcoolique où il s'immerge par impulsion, montre bien que ces phénomènes ont, au fond, une certaine communauté de nature.

Trop souvent, on considère l'alcoolisme comme une intoxication qui disparaîtrait, sans laisser de trouble, si l'alcool était supprimé. Il s'agit au contraire, d'une maladie psychologique, bien antérieure à l'absorption d'alcool, et en grande partie indépendante de l'alcool. Quelle est cette maladie ? Cette maladie me semble se caractériser par la recherche passionnée d'un lien de dépendance, sous une forme ou sous une autre.

Le fœtus, dans le liquide amniotique, est dans une relation de très grande dépendance à l'égard du corps de la mère.

L'être humain naît dans la dépendance absolue que WINNICOTT appelle encore "double dépendance", c'est-à-dire une dépendance qui s'ignore.

Et puis la maturation le conduit à s'écarter quelque peu de la nostalgie qui exerce l'état de dépendance. Mais souvent il y retourne.

FERENZCI a insisté sur ces deux équivalents de retour dans le sein maternel que sont le sommeil et l'orgasme *. Pourquoi ne pas ajouter l'ivresse alcoolique ou du moins l'état psychique qui accompagne l'ivresse alcoolique ?

* THALASSA. Psychologie des origines de la vie sexuelle.

RESUME

A partir de la thérapie d'un patient alcoolique, quatre thèmes sont dégagés qui, du point de vue fonctionnel, sont des modes de traitement de la dépression, et du point de vue formel, présentent la caractéristique de se substituer l'un à l'autre.

Cette dernière caractéristique jette un éclairage sur la nature profonde de la maladie alcoolique : la recherche active d'un lien de dépendance qui s'apparente au lien de dépendance du fœtus à l'égard du corps de sa mère.

DE LA DEPENDANCE

A L'AIDE

Sylvain MALATAVERNE

Lyon

DE LA DEPENDANCE A L'AIDE

S. MALTAVERNE *

J'avais pensé rectifier ce titre de mon exposé pour parler plutôt "de la relation de dépendance à la relation d'aide" et puis j'ai pensé qu'il résumait assez bien ce que je souhaitais vous dire aujourd'hui. En effet, on parle le plus souvent de la dépendance avec une connotation pathologique qui se réfère surtout au sujet dépendant. On parle beaucoup plus rarement de celui ou ceux dont il dépend, impliqués par définition dans la relation de dépendance, j'aurais dit complices mais dont on pourrait attendre qu'ils jouent un rôle plus positif, plus normal dans ce que j'appelle la relation d'aide.

De la dépendance du sujet pathologique à l'aide du sujet sain, du normal au pathologique, la notion de dépendance aussi de ce que l'environnement de la personne âgée en fera.

Au début de mon travail, devant le caractère "bateau" d'un tel sujet : les personnes âgées dépendantes, j'avais eu la naïveté de penser trouver un grand nombre de références dans la littérature. Eh bien non, on trouve beaucoup de choses sur dépendance et toxicomanie, plus difficilement des écrits psychanalytiques sur la relation de dépendance. Je citerai

Psychiatre des Hôpitaux, Hôpital du Vinatier,
95 Bd Pinel 69677 BRON cedex.

MAHLER, BOWLBY et surtout WINNICOTT dont P. CHARAZAC vous parlera bien mieux que moi.

Retour à la clinique pour essayer de comprendre de quoi il s'agit à propos de cette dépendance des personnes âgées dont on parle tant. Quels exemples choisir ? Souvent on parle de dépendance physique et de dépendance psychique dans une distinction que j'ai de la peine à suivre. J'avais été étonné de la voir se concrétiser dans la réalisation parallèle de domicile collectif pour personnes âgées dépendantes physiques et de domicile collectif pour personnes âgées dépendantes psychiques dont les critères d'admission s'étaient révélés, bien entendu, inadéquats avec le temps, les personnes âgées dépendantes physiques présentant souvent des troubles psychiques et les personnes âgées dépendantes psychiques souffrant à un moment ou à un autre, de handicap physique.

Il faut souligner d'ailleurs que, dans les toxicomanies et dans les phénomènes d'addiction en général, on distingue également une dépendance psychique. Que signifie ce morcellement de la dépendance ce retour du clivage entre corps et esprit ?

A propos des vieillards, il est clair que la dépendance psychique a moins bonne réputation que la dépendance physique. Où les placer ces dépendances psychiques ? On manque d'établissements médicalisés, à moins que les hôpitaux psychiatriques...

L'évocation du placement et du devenir de ces dépendances psychiques nous amène à pointer un exemple de dépendance pathologique. En effet, si l'on se réfère au développement de l'enfant selon WINNICOTT, entre autres, la relation de dépendance est envisagée comme un phénomène normal, processus dynamique conduisant le nourrisson vers l'autonomie avec l'aide de la mère qui saura s'adapter aux

différentes étapes de ce processus de séparation par individuation dont parle MAHLER.

Mais le placement de la personne âgée nous renvoie plutôt à un état de dépendance, phénomène stable qui se moule dans une durée, une stase. Dès lors il convient de trouver des structures adaptées où la prise en charge se fera dans le meilleur aménagement possible du quotidien (cantous, domiciles collectifs), mais y espère-t-on encore un changement ? L'exemple d'un cas clinique m'est alors venu pour illustrer ce propos :

Il s'agit de Mme L., patiente de 70 ans qui nous avait été adressée à Clairière pour des troubles du comportement dans une Maison de Retraite où elle séjournait depuis quelques semaines. A son arrivée, le tableau clinique était typique d'une pathologie démentielle évoluant depuis plusieurs années et s'aggravant encore dans les premières semaines du séjour dans le service.

Je me souviens que nous nous étions sentis frustrés par une procédure d'admission en domicile collectif (Habitat Plus), envisagée par la famille avant même l'hôpital. Nous n'avions pas eu le temps de satisfaire notre curiosité intellectuelle et d'éprouver nos talents thérapeutiques, que déjà la patiente était placée ; enfin, elle allait être placée car heureusement les délais étant ce qu'ils sont, Mme L. a séjourné quelques semaines supplémentaires dans le service où son état s'est très progressivement amélioré tant au niveau des troubles phasiques que praxiques ou comportementaux, ce qui lui avait permis de participer à diverses activités thérapeutiques dont un groupe de musicothérapie qu'elle semblait bien investir. Disons que lorsqu'elle est rentrée à Habitat Plus, son comportement était devenu compatible avec un tel lieu. L'articulation entre la famille, Habitat Plus et le service s'étant particulièrement bien faite, nous avons pu faire face à un nouvel épisode aigu vite amendé par une courte hospitalisation. De retour à son nouveau domicile, Mme L.

continuait à venir une fois par semaine en hôpital de jour et participait activement au groupe de musicothérapie.

Au fil des mois, chacun constatait l'amélioration considérable de Mme L. dont la désorientation temporo-spatiale et les troubles mnésiques s'estompaient, le discours redevenant cohérent et critique à tel point que nous fûmes bien obligés de l'entendre lorsqu'elle évoqua la possibilité de retrouver son appartement qu'elle avait gardé. Inquiétude de tout le monde. On se rassure en pensant qu'elle reste bien ambivalente à l'égard de ce projet et que l'épreuve de la réalité l'aidera sans doute à faire le choix de rester à Habitat Plus où elle est particulièrement bien adaptée. On décide donc avec tous les partenaires, de lui faire réinvestir progressivement son appartement en y passant d'abord quelques heures accompagné par une infirmière, en faisant des courses avec elle dans son quartier... Tout se passe plutôt bien mais il devient alors difficile pour nous d'aller plus loin, de franchir le pas, les choses traînant et nous constatons que réapparaissent certains troubles qui, bien sûr, nous inquiètent plus encore. Mais notre hésitation n'en est-elle pas directement responsable ?

Par ailleurs, Mme L. maintient son souhait et présente certains thèmes persécutoires (on lui a dérobé des objets, on veut la spolier de cet appartement...) qui nous ont décidés récemment à parler vraiment et mettre en place ce retour à domicile. Mais il est clair que chez les soignants et dans la famille, l'appréhension est là, coïncidant avec les troubles de la patiente. Le projet n'est-il pas déjà lourdement grevé ? En réalité, l'histoire de Mme L. est bien plus complexe et trop longue à développer ici mais il est intéressant de l'arrêter à l'attitude de l'entourage, soignants compris. Il est évident que Mme L., une fois "casée", tout le monde se sentait rassuré. Malheureusement, il a fallu qu'elle sorte de sa dépendance, retrouve une autonomie et nous y sommes sans doute pour quelque chose. Le projet de

retour dans l'appartement nous ramène obligatoirement au passé et suscite l'angoisse voire l'hostilité "ça ne vas pas recommencer ?". Qu'est-ce qui pourrait recommencer qui soit si inquiétant : tout de suite ce retour ne peut être envisagé qu'avec une présence constante d'un tiers : la soeur se propose de passer les jours et les nuits avec elle, l'infirmière de faire les courses et préparer les repas avec elle. (Ceci a déjà été fait et Mme L. se débrouille). Bref, on envisage une surveillance 24 h sur 24. N'est-ce pas le comble de la dépendance que l'on veut imposer à Mme L. De quoi a-t-on peur ? Cette surveillance des 24 h m'évoque l'angoisse des familles à laisser seuls leurs parents pendant la nuit au domicile. "Et s'il se passe quelque chose, un accident ? Et si le vieillard partait sans crier gare ? Il peut tout aussi bien mourir la nuit en institution mais ça n'est pas pareil : il est important de ne pas être impliqué dans ce départ, de ne pas s'en sentir responsable. "Je me le reprocherais toute ma vie" dit telle fille. "Je ne vis plus" dit l'infirmière à l'idée du retour de Mme L. laquelle nous a d'ailleurs dit : "mais enfin je me sens capable et s'il arrive quelque chose, vous n'êtes pas responsable".

N'y a-t-il pas là quelque chose d'assez semblable à l'angoisse de la mère qui n'ose quitter son enfant quelques instants de peur qu'il arrive quelque chose pendant ce temps. Comment l'enfant pourrait-il réussir sa séparation-individuation, prendre son essor ?

J'aimerais rapporter là, le cas d'une autre patiente décédée récemment dans le service. Mme C., 80 ans nous avait été adressée une première fois par le service de médecine de l'hôpital du Vinatier où elle avait été admise pour une aggravation de l'état général dans ce qu'on pourrait appeler un syndrome de glissement : depuis plusieurs mois à domicile, Mme C. ne se levait plus, s'alimentant à peine, demandant, suppliant son mari et ses enfants de la laisser mourir, refusant toute hospitalisation. A son arrivée dans le service,

nous avons été surpris, voire choqués par l'attitude de la famille, qui nous demandait de ne rien faire, voire de l'aider à mourir alors que Mme C. avait déjà bien récupéré en médecine. Nous avons donc expliqué à cette famille que notre but n'étant pas l'acharnement thérapeutique, nous essayons d'entendre le désir du patient et de l'aider à revivre s'il le souhaite et c'était bien là, ce que Mme C. exprimait clairement devant nous et sa famille : "je veux rentrer chez moi" disait-elle. Et de ce fait, son état général s'améliorait, un diabète décompensé s'équilibrait, Mme C. faisait des efforts surhumains pour retrouver la marche avec l'aide de la kinésithérapeute... A son questionnement incessant : "Quand vais-je rentrer chez moi ?", s'opposait la résistance de la famille, exprimée par : "quand tu marcheras mieux". Il nous a semblé opportun de faire bouger les choses en expliquant à la famille que les progrès de Mme C. seraient plus importants avec une kinésithérapie au domicile, tant il nous semblait voir Mme C. se décourager. Elle est, en effet, rentrée chez elle, pour s'aliter dans les jours qui ont suivi. Appelés par le mari et le médecin généraliste, nous avons retrouvé Mme C. dans un état alarmant, diabète décompensé par une surinfection pulmonaire. Prenant en compte le désarroi du mari, seul, pendant les vacances des enfants et contre l'avis de Mme C. qui voulait rester chez elle, nous l'avons fait réhospitaliser : même reprise mais opposition cette fois catégorique de la famille au retour à domicile, souhaité par la patiente qui s'est éteinte chez nous, après quelques semaines d'une longue agonie où elle ne cessait d'appeler "papa, papa". Que dire de l'attitude de la famille, du mari, en particulier très attaché à sa femme, qui après avoir longtemps refusé l'échéance, s'était résolu à la voir partir mais à l'hôpital. Que dire surtout de notre attitude où nous avons compris un peu tard que Mme C., probablement avait fait des efforts surhumains pour retourner mourir chez elle...

Il me semble que trop souvent nous ne pouvons pas entendre ce désir chez nos patients ou nos proches et qu'en

fait, nous leur refusons l'autorisation de partir. Il s'agit pourtant d'une notion que le personnel des Maisons de Retraite par exemple connaît bien et qui nous ramène, je crois, à la question de la dépendance. Il s'agit bien d'une angoisse de la séparation vécue de part et d'autre et si la dépendance des personnes âgées est en cause, que l'on maintient en leur refusant l'autorisation de partir, n'y a-t-il pas également la dépendance des enfants ou de leurs substituts qui redoutent leur propre abandon dans cette séparation.

Il me semble qu'il se joue des choses semblables dans le cas évoqué plus haut de Mme L. avec cette volonté de maintenir les choses en l'état de peur que le départ de la personne âgée vienne nous surprendre. Mais n'est-ce pas aussi au prix de l'avoir déjà fait mourir quelque part, cette personne âgée dépendant psychique qui ne nous reconnaît plus, pour laquelle nous n'existons plus, une façon comme une autre d'anticiper sur cet événement intolérable, d'en reprendre le contrôle ; quitte à ne garder en vie dans le placement, qu'une effigie.

J'arrêterai là cet exposé dont j'ai conscience du caractère confus et bien imparfait. Il faudrait entre autre, en dire plus sur ce parallèle entre dépendance, séparation-individuation de l'enfant pour accéder à l'autonomie et la dépendance, autorisation de partir du vieillard pour accéder à la mort : autonomie, liberté ?

Sans doute l'étude de la dépendance toxicomaniaque et du jeu avec la mort du toxicomane m'en apprendrait-il plus ?

"La vie est la mort et la mort est la vie", dit le poète (Roger LAPORTE - "HOLDERLIN"), mais je ne me sens ni le courage, ni la compétence d'aller plus loin aujourd'hui.

DEPENDANCE ET DEVELOPPEMENT

*LA PENSEE DE WINNICOTT SUR LE
VIF DE LA GERIATRIE*

Pierre CHARAZAC

La Tour du Pin

DEPENDANCE ET DEVELOPPEMENT

LA PENSEE DE WINNICOTT SUR LE VIF DE LA GERIATRIE

P. CHARAZAC *

Je me propose de reprendre parmi les idées de WINNICOTT celles qui paraissent éclairer le plus immédiatement l'expérience du vieillard dépendant et notre relation avec lui, "ce fardeau affectif que nous supportons dans notre travail" comme il l'a décrit dans un article sur le contre-transfert (De la pédiatrie à la psychanalyse, p. 49).

Dépendance et développement sont constamment associés dans la pensée de WINNICOTT qui écrit "pour formuler à nouveau l'expérience de la petite enfance, je m'aperçois que je dois parler en termes de dépendance et, en fait, je tiens maintenant pour douteux tous les exposés concernant les mécanismes mentaux primitifs qui ne tiennent pas compte du nourrisson inséré dans le comportement et l'attitude de la mère" (Processus de maturation chez l'enfant, p. 228).

Il convient plutôt de parler des dépendances car WINNICOTT reprend souvent la distinction de trois formes de dépendance :

1 - La dépendance absolue ou "double dépendance" à l'égard du milieu physique et affectif, sans aucune trace de prise de conscience chez le nourrisson. Il n'a pas encore les moyens de connaître les soins maternels mais seulement de tirer du profit ou de la souffrance de la nature de ces soins.

* Psychiatre des Hôpitaux, Centre Psychothérapique du VION,
St CLAIR-DE-LA-TOUR - 38110 LA TOUR DU PIN.

2 - La dépendance relative se caractérise par la capacité pour l'enfant de se rendre compte du besoin qu'il a des soins maternels. Avec cette prise de conscience naît une angoisse particulière liée à la dépendance.

3 - Vers l'indépendance, l'enfant acquiert le moyen de se passer des soins en développant simultanément sa compréhension intellectuelle. WINNICOTT définit aussi l'indépendance comme la capacité d'édifier un environnement interne, ce qui nous donne l'occasion de rappeler qu'il s'agit toujours de la dépendance vis-à-vis de l'environnement extérieur et actuel et qu'il est impropre de parler d'une dépendance par rapport aux objets internes.

Ce sont là bien sûr des étapes schématisées, et nous ne devons jamais perdre de vue la façon particulière qu'a WINNICOTT de considérer le développement. Pour lui, selon certaines conditions d'environnement, ce qui est acquis peut être perdu et ce qui a été perdu peut être retrouvé. "On sait, écrit-il à propos de l'établissement précoce du moi, que dans la pratique ces choses se développent graduellement, apparaissent et disparaissent de façon répétée, s'accomplissent et se perdent" (De la pédiatrie à la psychanalyse, p. 95).

WINNICOTT a surtout fait cette observation dans les moments de "désintégration régressive" de la cure qu'il analyse en référence aux qualités de l'environnement passé et présent de l'individu, en faisant notamment intervenir la notion de continuité. J'ai tenté de montrer comment cette conception relance la réflexion sur les vieillards dépendants capables de perdre et de retrouver momentanément la réalité partagée avec leur environnement (1). Considérons plutôt ce que la pratique gériatrique met quotidiennement à notre portée, à savoir les affects liés à la dépendance.

(1) Remarques sur la perte de la réalité chez le vieillard, à paraître dans Psychogériatrie.

A propos de la cure analytique, WINNICOTT marque d'une part que la dépendance est douloureuse pour le patient qui n'est pas un nourrisson et que c'est aussi une expérience difficile pour le thérapeute "qui doit croire à l'intensité des angoisses primitives".

Or cette douleur de la dépendance, mettant en cause l'angoisse du patient, ne va pas de soi. WINNICOTT postule en effet une étape théorique de non-intégration primaire où le soi n'est pas encore localisé dans le corps et où l'individu ne connaît pas l'angoisse. Il nomme folie cette absence d'angoisse pendant la régression jusqu'au niveau de la non-intégration où la vie instinctuelle existe en dehors du fonctionnement du moi.

Cette forme de régression (que WINNICOTT considère comme irréversible) s'oppose à la désintégration régressive dans laquelle la dépersonnalisation et le sentiment que le monde est irréel, s'accompagnent d'angoisse. Jusqu'à quel point les vieillards dépendants qui ne paraissent pas éprouver d'angoisse, se rapprochent-ils du stade ultime de la régression que constitue l'état de non-intégration ? Je laisserai cette question difficile pour m'intéresser au vieillard en dépendance relative, c'est-à-dire capable de se rendre compte des besoins qu'il a de l'environnement. Comment vit-il cet état douloureux et en quoi cette expérience de dépendance lui offre-t-elle encore une possibilité de développement ?

En suivant la voie ouverte par WINNICOTT dans son analyse de la "haine objective" dans la situation de dépendance du nourrisson, nous pouvons reconnaître l'amour et la haine actifs de part et d'autre dans la relation du vieillard dépendant avec son entourage. Les motifs "objectifs" que peut avoir le vieillard dépendant de haïr son environnement soignant ne manquent pas et il nous semble inutile de les détailler ici (les infirmières ne s'occupent

pas de lui quand il le voudrait, elles sont plus jeunes et mieux portantes que lui, etc). La capacité de penser ensemble l'amour et la haine suppose d'abord que l'entourage restitue au vieillard ses affects comme étant les siens, ce qui suppose cette condition préalable que l'environnement familial au soignant accepte aussi sa haine, c'est-à-dire accède pour son propre compte à l'angoisse dépressive.

Les relations de dépendance sont en effet à l'origine de profonds changements pour l'entourage du vieillard. A la haine objective du patient répond une haine objective des soignants dont il me semble tout aussi superflu de reprendre les motifs possibles. L'angoisse dépressive qui est un véritable enrichissement personnel, implique l'épreuve de la culpabilité et de l'inquiétude pour le devenir de l'objet touché par la haine. Si cet affect est nié ou projeté sur le vieillard, c'est-à-dire si les soignants se désintéressent de leur réalité intérieure ou l'évitent activement, ils risquent de fuir dans la défense maniaque caractérisée par le déni des angoisses dépressives et des fantasmes omnipotents s'exerçant dans la manipulation ou le contrôle du vieillard.

Il s'agit là d'une de ces carences d'adaptation auxquelles l'enfant réagit en instituant un schème correspondant au schème de la carence : c'est la relation en faux-self, dominée par la fuite dans le réel extérieur et le futile, avec pour "sentiment ultime celui de l'inutilité" (De la pédiatrie à la psychanalyse, p. 173).

Sans vouloir établir d'équivalence hâtive, cette description du faux-self paraît bien s'appliquer à l'attitude et au discours des patients âgés dépendants que nous rencontrons en institution : "le temps me dure, j'en ai marre... A quoi bon continuer à vivre à mon âge ? ... on survit, sans plus".

Mais ces vieillards silencieux et dociles, dont l'existence paraît toute entière placée sous le signe de l'adaptation et de l'inutilité caractéristiques du faux-self, sont parfois capables de s'éveiller brusquement pour se plaindre ou accuser de façon encore plus tapageuse leurs enfants. Le surgissement de la haine, c'est-à-dire d'un affect (au même titre que les moments de tristesse ou d'angoisse chez le vieillard non dépendant), suppose alors un self total, au sens de totalement disponible pour ressentir l'expérience. Il signifie aussi, dirait WINNICOTT, que cette personne âgée n'a pas abandonné tout espoir.

La relation en faux-self met nécessairement en cause les soignants, en les privant de manière plus ou moins durable de la capacité de percevoir les failles de leur adaptation. Elle peut aller jusqu'au refus de s'identifier avec la personne âgée dépendante (qu'on représente alors volontiers comme une "plante verte"). Le parallèle s'impose ici avec les pavillons d'arriérés profonds où la relation tend à être la plus fonctionnelle et les plus désaffectivée possible. Enfin la relation en faux-self prive le vieillard de la possibilité d'utiliser positivement les aspects négatifs des soins puisque des soignants qui ne tolèrent pas l'expérience de leur propre haine n'accepteront pas non plus de lui restituer les affects qui sont les siens, à commencer par sa haine. Le dépassement du faux-self passera bien sûr par sa haine. Le dépassement du faux-self passera bien sûr par la remise en cause des bons sentiments et des images du bon vieillard et du bon soignant.

En résumé, dépendance et développement s'articulent dans la pensée de WINNICOTT comme dans le vif de l'expérience gériatrique, aux deux niveaux complémentaires de l'élaboration de la position dépressive et de la construction du self total. Penser ensemble l'amour et la haine, la déception et l'espoir, c'est faire un pas de plus vers l'individuation, c'est-à-dire la capacité de vivre une expérience et d'aborder la mort en personne séparée. On peut articuler dépendance et développement sans faire intervenir l'attitude de l'entourage et sa propre capacité à vivre l'angoisse dépressive.

Nous remercions les Laboratoires **IPSEN**
de leur aide apportée à la parution de cet ouvrage.