7ème JOURNEE D'ETUDE de l'Association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique

REGRESSIONS ET DEPENDANCES

A.R.A.G.P.

1er Décembre 1990 HOPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU LYON 8ème

SOMMAIRE

·	Dépendances, relation de dépendance, Négations et déni : Ludovic GADEAU	р.	5
_	Réflexions à propos de quelques cas d'agitation pre-mortem : Martine MOLLARD	p.	22
_	Attachement, Agrippement: Catherine ROOS	p.	35
_	Fixation ou transfert ? Quand le vieillard fait revivre ses parents : Pierre CHARAZAC	p.	44
	Souvenirs sans mémoire :	n	52

DEPENDANCES, RELATION DE DEPENDANCE, NEGATIONS ET DENI

Ludovic GADEAU
Nanterre

DEPENDANCES, RELATION DE DEPENDANCE,

ee 'tear à l'ellest douit enverontation le marque e cat tra toet en semme trad le opposites de <u>égonéali</u>ment put les cuiet et

NEGATIONS ET DENI

ennshiper, et. e. Antiberi d'ingre politique de la casebbeat à emman auxiliary de de municipal de la company de la

La dépendance est, à l'évidence, un concept difficile à dernier. Il est en usage dans toutes les sciences humaines pour décrire un rapport d'assujettissement entre deux agents.

Dans le champ qui nous préoccupe, celui de la clinique, la notion de dépendance est applicable à des situations ou des états extrêmement variés : que ce soit la relation du petit enfant à sa mère, celle du toxicomane à son objet, du patient chronique à son institution, de l'élève à son maître, du collectionneur à ses objets, du sujet à son symptôme, du créateur à son oeuvre, de l'individu à son roupe de référence, du patient à son thérapeute, de l'analyste aux écrits de FREUD dans la lecture quasi-talmudique de son oeuvre, etc...: la liste serait longue, sans jamais pouvoir prétendre à une quelconque exhaustivité.

Cela semble conférer à la notion de dépendance l'allure d'un concept passe-partout et donc d'un concept sans consistance véritable. D'où peut bien provenir cette espèce d'inflation sémantique ?

Tout d'abord, l'observation clinique insiste suffisamment pour que la notion de dépendance obtienne le statut de <u>catégorie descriptive</u>. Mais on peut se demander si nous ne sommes pas empêchés, en quelque façon, de penser ce que l'on observe sous cette catégorie, autrement qu'en terme de dépendance. Cette hypothèse renverrait à l'idée que les structures de pensée de l'être humain s'inscrivent elles aussi sous cette catégorie, de sorte que ce que l'on appréhenderait au dehors au titre d'une observation objectivante, serait également présent au dedans dans l'architecture cognitivo-affective conduisant aux actes de pensée.

Poser une telle hypothèse, c'est donc inférer que la catégorie de la dépendance serait un des ressorts génésiques par lesquels l'être humain dans ses dimensions cognitives et affectives se construit. Point de passage obligé par lequel le lien social se nourrit, la dépendance physique puis psychique apparait après coup dans ses manifestations comme la limitation de l'émancipation de ce lien. Dans le procès de développement,

le lien à l'objet doit progressivement changer de nature tout en conservant la dynamique de <u>reconnaissance</u> qui lie sujet et objet. Cette opération de reconnaissance est pour le sujet tout autant reconnaissance de l'objet que reconnaissance par l'objet, opération où - par définition - fonctions cognitives et processus affectifs sont étroitement mêlés.

A considérer en première approximation la dépendance psychique comme la marque d'un défaut de séparation, on est fondé à s'interroger sur le rapport entre négation et dépendance. En effet, FREUD met en évidence, dans le fameux texte de 1925, les pouvoirs séparateurs de la Négation : séparation de la fonction intellectuelle d'avec les processus affectifs, du subjectif d'avec l'objectif, du dedans et du dehors, etc... Plus encore, la négation prend part à la genèse de la pensée et, comme symbole, participe à un certain affranchissement du Moi à l'égard des contraintes du principe de plaisir, assouplissant les rapports du sujet aux objets (internes et externes).

Interroger les rapports entre négation et dépendance, c'est, pour nous, repérer dans les manifestations de dépendance les traces éventuelles laissées par l'opération de négation comme ratage du procès de séparation et comme dénégation. On peut donc se demander si certaines dépendances ne se recontrent pas sous la forme de : "présenter ce qu'on est sur le mode de ne l'être pas" (J. HYPPOLITE, 1954), où l'évitement de toute dépendance serait l'aveu d'une dépendance redoutée autant que désirée (1).

C'est précisément au repérage de ces configurations particulières de dépendance que sont les négations de dépendance, que nous allons nous attacher. Pour ce faire, nous allons devoir opérer un large détour, d'inspiration génétique, nous invitant à différencier des champs où la dépendance se singularise.

Pour tenter de saisir les trajets de la dépendance au cours du développement, il faut revenir à une notion que l'éthologie et la psychanalyse ont conjointement découverte, à savoir la notion d'attachement.

C'est à partir des années 50 que des éthologistes (LORENZ: 1949, TINBERGEN: 1951, HARLOW: 1958, etc...) ont mis en évidence la trace d'un lien particulier unissant dès sa naissance le petit à son environnement immédiat. Les expériences d'HARLOW sur des singes rhésus ont révélé que la recherche du contact corporel entre la mère et son petit constituait un besoin primaire et indépendant du besoin d'allaitement. Elles ont montré, en outre, que la privation de contact corporel générait des troubles du développement affectif, cognitif et social.

Du côté de la psychanalyse, J. BOWLBY (1958), précédé en cela par I. HERMANN et sa pulsion d'agrippement (1930) et R. SPITZ, fait l'hypothèse d'une pulsion d'attachement, qui serait une pulsion primaire, non sexuelle et indépendante de la pulsion orale.

Chez l'humain, les comportements d'attachement du nourrisson apparaissent assez tardivement. Ils nécessitent une suppléance maternelle très élaborée, dont WINNICOTT a décrit un aspect dès 1956 sous les termes de "préoccupation maternelle primaire". L'état psychologique de la mère, dit-il, se développe graduellement, pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin. Il dure encore quelques semaines après la fin de la naissance de l'enfant. WINNICOTT ajoute que cette "maladie normale" leur permet de s'adapter aux tous premiers besoins du petit enfant, avec délicatesse et sensibilité.

La fonction d'attachement se manifeste donc d'emblée, sous la forme d'une relation dont la mère prend au début, en raison de la prématurité biologique du nourrisson, la part la plus active. L'enfant va cependant rapidement manifester des conduites d'attachement de plus en plus fortes, en rapport proportionné avec la baisse d'attention portée par la mère à son enfant grandissant.

Pour essayer de repérer les aspects de la dépendance qui seraient liés aux destins de la pulsion d'attachement, il nous faut revisiter certains aspects du développement et penser les choses en termes de succession logique et non pas chronologique.

distinct terious or investigate moment of the payetions.

- Tout d'abord, l'évolution de l'attachement doit conduire à une modification du lien unissant l'enfant à sa mère, et donc à un détachement progressif. Ce lien est à l'origine, pour l'enfant, de nature sensori-perceptuelle : il doit progressivement devenir représentationnel.
- D'autre part, la fonction d'attachement, dans le début de ses manifestations, n'a pas à proprement parler de signification psychologique pour l'enfant. Par contre, elle en a pour la mère : l'expérience même de la naissance, en tant qu'elle constitue un premier détachement d'avec son enfant, fait, pour elle, directement écho au complexe de castration. La préoccupation maternelle primaire décrite par WINNICOTT, peut, dès lors, s'entendre comme palliatif à la prématuration du nourrisson, et comme fonction à valeur défensive, inserrée dans la trame du complexe de castration, agissant la mère à son insu.
- Enfin, les caractéristiques du retrait maternel apparaissent donc liées à la position qu'elle occupe face à la castration, et accompagnent intimement les manifestations compensatoires en matière d'attachement du nourrisson. Les formes par lesquelles s'opérera le retrait des figures d'attachement imprimeront, à ce moment logique où l'enfant aura à prendre la mesure de sa propre dépendance, un destin particulier à ses relations objectales futures.

propriété, donc marité l'admission dans le moi, mais encore de

Si l'on veut rester au plus près de ce qu'il y aurait de spécifique dans la genèse de la dépendance, il nous faut interroger les rapports entre sujet et objet, car c'est bien dans cette dialectique que s'inscrivent ses manifestations.

Si l'on essaie de ramener la construction du rapport sujet-objet à une suite logique, on peut postuler l'existence de trois moments logiques simples définis par des oppositions de base. On sait l'importance chez FREUD de la notion de couple d'opposés ("Gegensatzpaar") qu'il utilise dès 1905 pour décrire le caractère fondamental de certaines perversions, puis plus tard pour rendre compte théoriquement des positions libidinales successives du sujet (actif-passif : phallique-castré ; masculin-féminin). Ces niveaux de la vie pulsionnelle s'engendrent dans une sorte d'"Aufhebung", c'est-à-dire prise au sens hegelien du terme de suppression, conservation et dépassement de ces oppositions de base.

Du point de vue du développement de la relation d'objet et en suivant le trajet décrit par l'existence d'oppositions à la fois majorantes, générant une opposition d'un niveau supérieur, et conservées, c'est-à-dire susceptibles d'être remises en jeu à tout moment de la vie psychique. J'en retiens trois (qui sont depuis longtemps classiques) : la première instaure la constitution de l'objet et oppose le dedans au dehors, la seconde met en jeu la présence - absence de l'objet et problématise la question de la perte de l'objet, la troisième, enfin, met en confrontation deux désirs, celui du sujet et celui de l'objet et instaure la vie psychique sous la catégorie du manque d'objet. Nous allons essayer d'approcher ce qu'il en est de la dépendance en chacun de ces moments.

A - La première opposition porte donc sur le rapport "dedansdehors" et est à l'oeuvre à l'orée de la vie psychique :

Malgré l'ajustement des figures d'attachement aux besoins du nourrisson, les ruptures homéostatiques (dont le modèle de la faim constitue classiquement un exemple) engendrent une première différenciation perceptive liée à la série plaisir-déplaisir. Le déplaisir est expulsé à l'extérieur (FREUD, 1925) pendant que les expériences plaisantes sont maintenues au dedans de la psyché. Le rétablissement de l'équilibre homéostatique se réalise conjointement par les manifestations du nourrisson et l'attention maternelle, reconstituant ainsi, et pour un temps, le lien fusionnant inférieur et extérieur. La répétition de ces expériences conduit à la permanence de l'objet externe, propriété qui conditionne la force et la qualité des représentations internes.

Dès lors pour l'appareil psychique, nous indique FREUD (1925, p. 137) : "il n'est pas seulement important de savoir si une chose (objet de satisfaction) possède la bonne propriété, donc mérite l'admission dans le moi, mais encore de

savoir si elle est dans le monde extérieur de sorte qu'on puisse s'en emparer si besoin est ".

Ce progrès psychique qui assure la permanence et les qualités de l'objet conduit à une nouvelle opposition : celle de la présence-absence de l'objet. (Nous reviendrons un peu plus tard sur cette première opposition).

B - Le trajet de la fonction d'attachement amène, nous l'avons vu, la mère à être moins présente, de sorte que l'absence de l"objet prend, dès lors, une nouvelle signification. La division en "bon" et "mauvais" cède la place à la question de la perte. L'absence de l'objet signifie à l'enfant que ce qu'il croyait posséder en droit lui est en fait indépendant. Cette découverte l'amènera à prendre la mesure de sa propre dépendance à l'égard de sa mère et constitue une véritable négation venant du dehors, et imposée par le réel, de la légitimité de ses droits sur l'objet tout autant que de son besoin de l'objet.

Cette blessure narcissique aura valeur de traumatisme si le retrait des figures d'attachement est trop brutal. Les défaillances de l'objet externe, dans leur violence et leur répétition, fragilisent la constitution des objets internes, et génèrent alors un rapport du sujet à l'objet de type anaclitique. En effet, l'impossibilité d'avoir recours à des objets internes fiables, impose souvent la recherche d'objets externes seuls capables d'assurer un sentiment de protection suffisant. Le Moi exige dès lors pour s'acquitter de ses tâches la présence prothétique d'un Moi auxiliaire. C'est là un mode de fonctionnement bien connu et largement décrit.

Mais il existe, me semble-t-il, en matière de dépendance pathologique, un autre mode de "traitement" de la perte d'objet. Il ne porte pas sur la fonction de protection externe de l'attachement, mais sur la portée dénarcissisante des premiers sentiments de dépendance et donc sur la nécessité d'une protection interne contre l'attachement lui-même. Plus précisément, c'est cette négation venant du dehors qui me semble, ici, être à prendre en compte : c'est une violence faite au sujet lui-même, et qu'il faut entendre comme une négation du sujet par l'objet investi.

J'y vois deux destins possibles dont je vais essayer de rendre compte par deux vignettes cliniques : le vagabond et le clochard.

Chacun à sa façon se défend contre la dépendance anaclitique en retournant la négation du dehors vers le dedans. Que nous disent-ils sinon qu'ils nient, pour s'en protéger, leur propre dépendance à l'égard des autres.

Le sujet errant va manifester sous toutes les formes possibles son indépendance, interdit qu'il est d'arrimer son propre désir au désir d'un autre. Dès qu'une relation s'installe qui le confronterait à l'épreuve du prix de l'objet, il s'éclipse pour rejouer ailleurs le même impossible. Il met en acte sous le regard de l'autre, répétitivement, que l'objet de son désir est insaisissable, qu'aucun objet ne saurait le satisfaire, en somme qu'il ne dépend de rien. Niant défensivement toute dépendance, il rebondit d'objet en objet, écumant toutes les situations et tous les lieux, jusqu'à quelquefois en crever comme le montre si bien le film d'Agnès VARDA "Sans toit ni loi".

Le clochard, quand il ne l'a pas été de tout temps, ramène souvent l'histoire de sa chute à une perte pour lui tragique, point de départ d'un effondrement narcissique mis en acte. Par son discours, par sa monstration, il ne cesse de nous signifier que ce qui le fait vivre ainsi, c'est la jouissance d'une liberté absolue. Il tire sa jouissance de ceci qu'il n'a jamais véritablement renoncé à son autonomie originaire, celle où le rapport du sujet à l'objet s'instruisait dans et par la toute puissance du désir.

La négation actée du vagabond porte sur l'objet du désir : il semble nous dire : "je montre à l'autre qu'il n'y a pas d'objet auquel je puisse tenir (ou qui puisse me tenir)". La négation actée du clochard porte, elle, sur le désir luimême : je montre que je n'ai pas de désir. Il occupe ainsi une position psychique qui évite toute dépendance, toute contrainte et donc toute mise en jeu de la castration. Mais ce refus de renoncement à l'autonomie originaire, il le paie d'un prix qui est à tous exhigé : sa déchéance physique.

Voilà donc quelques-unes des formes possibles de l'expression de la dépendance anaclitique sous la marque de la négation.

C - Passons maintenant au troisième couple d'opposés : 1'objet présence-absence de d'attachement conduit à un sentiment de dépossession vécu comme uen atteinte narcissique, onvient de le voir. Lorsqu'elle est gérable par le Moi, cette atteinte va se résoudre dans un nouvel équilibre. L'objet, en tant qu'il se montre de plus en plus indépendant ouvre le jeu de la présence-absence à un nouveau champ d'interrogations : celui du désir de l'autre. L'absence de l'objet, son défaut de présence, signent, sous forme énigmatique pour l'enfant sa dimension désirante. L'objet du désir apparaît dès lors comme désirant, c'est-à-dire comme radicalement autre. L'altérité est la négation pure et simple de l'identité. Cette nouvelle négation s'impose là encore du dehors, révélée par les défilés du désir maternel. Cet objet que l'enfant croyait pouvoir posséder, neutraliser, contrôler, retrouver identique à lui-même, cet objet apparait dorénavant autre, doté de qualités (il faudrait dire défauts) qui étaient jusqu'alors ignorées. L'objet n'est plus perdu mais manquant, c'est-à-dire échappant radicalement, par sa nature même, au désir de l'enfant.

Que peut-on dire des formes de dépendance dans ce troisième dialogue entre sujet et objet, celui qui instaure la catégorie du manque d'objet?

Dans sa version la plus heureuse, le rapport du sujet a l'objet se résoud dans la reconnaissance et l'acceptation de la part de dépendance nécessaire à l'objet. Nous sommes tous, à des degrés divers, dépendants de notre environnement. Et c'est au prix de l'acceptation de cette dépendance que nous pouvons vivre et nous vivre comme sujets autonomes. La dépendance psychique se dissout alors dans le jeu d'équilibre entre principe de plaisir et principe de réalité. L'autonomie sociale et intersubjective ne peut donc se réaliser que dans la reconnaissance et l'acceptation d'une part de dépendance nécessaire et irréductible, marque de la limitation du désir phallique, et exercée sous l'égide du complexe de castration.

Mais la catégorie du manque d'objet, la confrontation au "désirer-autre" des figures d'attachement, peuvent conduire à une mise en forme de la dépendance qui invalide toute autonomie psychique, voire sociale. Pour en rendre compte, je propose de partir de cette pulsion ambigüe décrite par FREUD qu'est la pulsion d'emprise. Elle est, nous dit-il dans "les trois essais", non sexuelle, étayée sur la musculature et elle vise, ajoute-t-il, à dominer l'objet par la force. On conviendra que cette définition est très proche de celle de la pulsion d'attachement. En 1913, FREUD met en relation cette pulsion avec le fameux couple d'opposés "actif-passif" dont on sent bien qu'il est intimement lié à la question de la dépendance. Enfin, en 1920 l'emprise est rattachée à l'action de cette pulsion séparatrice qu'est la pulsion de mort, et se voit attribuer un rôle moteur dans la compulsion de répétition.

Si l'on définit l'emprise, ainsi que le propose R. DOREY (1981) comme une relation intersubjective, où l'un des sujets impose par la contrainte un véritable contrôle sur le désir de l'autre, on doit considérer la dépendance comme le terme complémentaire associé intimement à l'emprise. La relation d'emprise provoque chez celui qui la subit un état de dépendance qui le ramène au statut d'objet. C'est, ici, le sujet actif qui engendre par la tentative de neutralisation du désir de l'autre, la dépendance du partenaire. Cette dépendance qu'on trouve dans le modèle de la relation sadomasochique est à entendre comme un épiphénomène de l'emprise.

Si l'on inverse le sens de la relation et qu'on envisage que le sujet passif, peut, par sa passivité même, appeler chez l'autre, et à son insu, un mode de relation proche de l'emprise, on ouvre là, me semble-t-il, une grille de lecture nouvelle aux occurences de dépendances toujours possibles dans les relations soignants-soignés.

Dans l'analyse qu'il fait de l'emprise chez le pervers et chez l'obsessionnel, R. DOREY nous rend sensible à l'idée que ce qu'engage ce mode de relation est <u>présent chez</u> tout être humain, mais de façon réprimée et activable à des degrés divers selon les sujets.

très directement à l'épreuve du manque d'objet et aux mouvements de dépendance qui s'y associent, par une mise en Les soignants et les travailleurs sociaux ne manquent pas d'être confrontés à ce type de dépendance qui semble s'installer lentement, sournoisement, et que rien, dans certains cas, ne semble pouvoir endiguer, sauf à rompre plus ou moins brutalement la relation d'aide.

Je propose d'appeler ce type de dépendance, à défaut d'un terme plus heureux, "dépendance récurrentielle" : récurrentielle d'une part parce qu'elle est à entendre comme un recours possible dont l'occurence peut tenir du contexte environnemental, et d'autre part parce qu'elle se présente souvent comme une régression.

Ce mode de dépendance met en jeu, par la passivité d'un sujet, l'activité de l'autre : l'autre est, pourrait-on dire, mis en demeure de faire, d'agir, de penser à la place du premier. A quoi tient que la passivité de l'un ait le pouvoir de rendre l'autre actif ? Qu'est-ce que l'un et l'autre ont à gagner ? Je ferais volontiers l'hypothèse qu'ils ont, pour un temps, à gagner la même chose, et que cette chose tourne autour du comblement du manque :

Le sujet dépendant, en mettant l'autre dans la position de celui qui peut le compléter, s'assure de pouvoir continuer à <u>méconnaitre</u> en lui ce qui lui manque.

De la même façon, l'autre, en acceptant d'être celui qui complète, se protège en partie de ce qui fait manque en lui. C'est, pourrait-on dire, une prime de plaisir inscrite d'emblée dans la relation d'aide et dont le ressort psychique tourne autour du <u>déni du manque</u>.

Cette relation de dépendance a ainsi l'allure d'une collusion implicite entre deux sujets dont les intérêts divergent à partir du moment où le sujet actif sent l'effet de la contrainte qui lui est imposée. De sujet actif, maître du jeu, il se sent dépossédé, utilisé, voire manipulé. La dépendance est alors ressentie par le sujet actif comme malsaine, dangereuse et invalidante pour l'autre.

Contrairement à la dépendance anaclitique, qui me semble relever essentiellement d'un fait de structure, la dépendance récurrentielle m'apparait plus particulièrement liée aux positions transféro-contretransférentielles. En s'établissant, elle peut épouser des formes plus ou moins engagées, quelle que soit la structure des sujets. (Cela reste une question ouverte, c'est-à-dire qu'il s'agit plus d'une hypothèse de travail qu'une affirmation).

Si la clinique semble nous offrir une forme épurée de l'impact de la négation sur le traitement de la dépendance dans le registre de la perte, et dont on trouve la présence chez le clochard ou chez le vagabond, qu'en serait-il du côté du manque?

Certaines expériences mystiques paraissent répondre très directement à l'épreuve du manque d'objet et aux mouvements de dépendance qui s'y associent, par une mise en présence radicalisée de la <u>négation</u>. L'oeuvre de Johann ECKHART, philosophe et mystique allemand de la fin du XIIIème siècle, en fournit un exemplaire assez explicite: traitant des vertus, il place le <u>détachement</u> d'avec toute chose au-dessus de l'amour et de l'humilité dans la recherche de cet objet sans manque qu'est DIEU. "Le détachement parfait ne connait aucun regard sur la créature (...). Il ne veut que reposer sur luimême, sans souci de l'amour ou de la souffrance de personne. Il n'aspire ni à l'égalité ni à l'inégalité avec quelqu'autre être que ce soit, il ne veut pas ceci ou pas cela, il ne veut qu'être un avec soi-même! Mais être ceci ou cela, il ne le veut pas, car celui qui le veut, il veut être quelque chose, mais le détachement veut n'être rien! C'est pourquoi toutes choses sont indifférentes pour lui" (p. 21).

15 [

L'objet du pur détachement est objet-vide, objetnéant, non-objet. Cette expérience de néantisation amène "l'homme au dessus du temporel et le purifie de tout ce qui est passager", rend inutile toute demande, toute prière à DIEU, tout désir.

2 (3.7)

L'opposition sujet-objet s'estompe dans l'incarnation de ce manque radical qu'est le vide (être LE VIDE). En radicalisant l'objet du manque, l'entreprise du mystique conduit à effacer du même coup le manque d'objet, à le marquer d'une négation tout en s'en emparant. Mais cette opération n'est pas sans finalité car il s'agit bien, en incarnant le vide, de retrouver cet objet sans manque qu'est DIEU. Dans l'oeuvre de Maître ECKHART, le mouvement d'emprise est à peine voilé, qui contraint DIEU à venir à l'être du sujet sans que ce dernier ait à se départir de sa position passive : "Quand l'esprit libre demeure dans un véritable détachement, il contraint Dieu à venir vers son être et s'il pouvait demeurer sans forme et sans accident il prendrait l'être propre de Dieu".

Le détachement est ici négation de toute chose, mais c'est pour mieux réapproprier l'objet, celui qui comble tout. Vide et plein conjoignent au terme du retrait de toute source désirante, de l'abolition des liens à l'objet du désir. Cette expérience passe par l'épreuve de souffrance qui se transmue alors en "béatitude éternelle": "Rien n'est aussi amer (comme fiel) que la souffrance et rien n'est aussi doux (comme miel) que d'avoir souffert". On retrouve là traces du mouvement de l'économie du plaisir propre au masochisme (FREUD, 1924). Du masochiste, FREUD nous indique qu'il veut être traité comme un petit enfant en détresse, dépendant et méchant, toute chose que le mysticisme de Maître ECKHART inverse en sa formule contraire par la voie de la négation et qu'incarne l'expérience du détachement.

La négation de la dépendance est ici, tout comme chez le vagabond ou le clochard, <u>mise en acte</u> dans la relation du sujet à l'objet externe.

dehors, qui engage la question de la séparation psychique, correspond un troisième type de dépendance.

Si cette question vient si tard dans mon propos, c'est qu'il me semble bien qu'un autre aspect de la dépendance psychique est à l'oeuvre, mais qu'il est très difficilement repérable cliniquement. Par ailleurs sa nature même le rend en partie insaisissable par l'appareil conceptuel psychanalytique puisqu'il concerne, me semble-t-il, autant le registre cognitif que la sphère affective, l'objet épistémique que l'objet libidinal. Je vais pourtant m'y essayer.

Cette autre configuration de la dépendance, je propose de l'appeler "dépendance institutionnelle". Cette modalité de la dépendance ne concerne pas le registre relationnel. Elle met en jeu un autre registre en ce sens que les objets ne valent pas ici pour leur qualité propre ou l'investissement dont ils peuvent être la source, mais pour leur qualité universelle de permanence, d'invariance (pris au sens piagétien du terme). Ainsi, l'intégration cognitivo-affective des objets dépend de catégories comme la causalité, l'espace, et le temps, c'est-à-dire de structures cognitives qui se construisent mais ne font pas l'objet de représentations conscientes.

J. BLEGER a mis en évidence qu'en deça des processus psychiques du Moi, opère un espace de pensée muet et qu'il appelle "cadre". Il définit le cadre comme un non-processus en ce sens qu'il est fait de constantes à l'intérieur desquelles le processus a lieu. "Le cadre est, dit-il, une institution, à l'intérieur des limites de laquelle se produisent certains phénomènes auxquels nous donnons le nom de comportements". C'est, ajoute-t-il, le réceptacle de la partie psychotique de la personnalité, c'est-à-dire de la partie non différenciée et non résolue des liens symbiotiques primitifs.

La dépendance institutionnelle serait donc la manifestation silencieuse, muette, insue et impensable de ce qu'il y a de plus primitif et oublié en nous du rapport entre le dedans de la psyché et son dehors. Au sens où les institutions fonctionnent toujours, à des degrés variés, comme délimitation de l'image du corps et comme noyau de base de l'identité (J. BLEGER), la dépendance institutionnelle est, dans sa version normale, une garantie contre l'éclatement du Moi.

version pathologique, sa la dépendance institutionnelle vient scléroser les processus, les figer dans configuration identique à elle-même. C'est rencontre chez certains schizophrènes et plus encore chez les autistes dans le rapport qu'ils entretiennent à la spatialité par exemple. On sait que les déplacemnets chez les autistes sont souvent inscrits dans une topographie immuable ; de même les productions psychotiques d'univers figés suggèrent, comme le montre E. TRILLAT, quelque chose de l'ordre d'une métaphore corporelle, projection du corps sur les surfaces et les volumes.

La dépendance institutionnelle pathologique également toucher les groupes. C'est ce qu'on rencontre dans certaines institutions malades où les équipes sont, dans leur fonction soignante, agglomérées au cadre ou à une partie du cadre, et n'interviennent pour ainsi dire que pour faire tourner la machine dans une répétition infinie. Les processus agissant à l'intérieur du cadre sont alors négligés au profit du règlement de vie, du rythme des actes de soins, etc... La vie y est désincarnée, le sujet nié, pour ne faire vivre que le cadre que J. BLEGER, avec beaucoup de pertinence nomme tour à tour "monde fantôme" ou "non-moi". C'est bien ce qu'on rencontre dans les phénomènes de chronicisation où le patient s'ajuste au cadre de l'institution ou se créé lui-même un cadre dans le cadre. In adon the abinaire the acci alle

du désir. Dans on cas, "dependance anaclitique" es Edepondance On pourrait définir la dépendance institutionnelle dans sa version normale, comme un corps d'habitus (perceptuels et représentationnels, cognitifs et affectifs) qui nous rend familier à nous-même et nous protège, à notre insu, contre l'étrangeté du dehors. C'est un espace psychique de permanence des objets cognitifs, garant de l'équilibre des transformations suscitées par les rapports dedans-dehors. Ce type de dépendance est peut-être à mettre en rapport avec les phénomènes transitionnels décrits par WINNICOTT, les formations groupales envisagées par R. KAES, et le concept d'habitus propre à P. BOURDIEU. HE of calination of an analysis of

custor do sa varro camo manquent, se met a incerner is manque

terfallich i tanget eine eine einer die ammanamm man im fil betarn

contratuant ainsi passivement l'autre a le compléves. C'est souvont ut qu'on ubserve dans le relation é atla.

recurrentielle of la dimension du besoin cede le pas à celle-

CONCLUSION OF THE THEORY OF THE CONCLUSION OF TH Je voudrais terminer mon propos par quelques remarques:

1° - On se rend compte que la permanence est une question centrale dans le problème que pose la dépendance. La permanence est la condition de la reconnaissance.

Dans la dépendance institutionnelle, la permanence de l'objet s'appuie essentiellement sur la perception, et le sujet se reconnaît dans le caractère familier de l'espace qu'il habite.

troffasion in the second and increasing the Dans la dépendance anaclitique, la permanence se joue sur la capacité à se représenter la présence dans l'absence, la reconnaissance s'opère dans les retrouvailles avec l'objet (présentifié réellement plus représentativement).

m'esi venu ogci que le processus de vieilijssement Dans la dépendance récurrentielle enfin, v la permanence de l'objet s'inscrit dans la valeur désirante et comblante de l'objet, l'acte de reconnaissance étant, lui, inscrit dans le mouvement même du désir (où le désir devient désir de désir, désir de reconnaissance). Tuel meditup à mespe

courts, sont peut-être des signes extérieurs de la fragilité

- 2° La dépendance anaclitique occupe sur le continuum de la fonction d'attachement une place intermédiaire entre dépendance institutionnelle et dépendance récurrentielle. Elle a, pourrait-on dire, deux faces :
- l'une tournée du côté de la dépendance institutionnelle, où le rapport à l'objet s'inscrit essentiellement autour de la question de "protection" : l'absence de fiabilité des objets internes, la fragilité du Moi, nécessitent le recours à un objet externe, à un Moi auxiliaire (pour reprendre l'expression de BOUVET) qui répond au besoin narcissique de s'appuyer sur un objet sécurisant.
- l'autre face est orientée du côté de la dépendance récurrentielle, où la dimension du besoin cède le pas à celle du désir. Dans ce cas, "dépendance anaclitique" et "dépendance récurrentielle" sont soumises, semble-t-il, à un même évitement, même si c'est à travers des procédures défensives quelque peu différentes.

Dans les deux cas, il s'agit d'occulter ce qui rappelle l'indépendance de l'objet à l'égard du sujet. La position intersubjective du psychopathe, du vagabond, ou du clochard, inscrit dans un acte le déni de dépendance anaclitique.

Dans la dépendance récurrentielle, le sujet, pour éviter de se vivre comme manquant, se met à <u>incarner le manque</u>, contraignant ainsi passivement l'autre à le compléter. C'est souvent ce qu'on observe dans la relation d'aide, ou la relation soignant-soigné: dans le mouvement même où il incarne le manque, le sujet échappe à se représenter comme sujet manquant. C'est là, me semble-t-il, une autre forme de déni. A ceci s'ajoute qu'en mettant l'autre en demeure d'être l'objet qui comble, et en retour, en s'offrant comme objet au désir de l'autre (désir de soigner, d'éduquer, d'aider...), on l'instrumentalise et on le piège en partie à son propre désir.

Pour toutes ces raisons, la dépendance, dès lors qu'elle s'inscrit dans l'ordre du désir, me parait devoir être considérée comme une formation psychique aux frontières de la perversion, tout comme le sont les toxicomanies.

3° - Je terminerai mon propos en me demandant si cette catégorisation de la dépendance en trois ordres pourrait avoir quelque pertinence par rapport à la clinique des personnes âgées.

Il m'est venu ceci que le processus du vieillissement pouvait en soi générer un excès de dépendance institutionnelle et de dépendance anaclitique : le cortège des habitudes immuables qui scandent le temps, l'ordre et la place des objets que rien ne doit modifier, la difficulté qu'ont les personnes âgées à quitter leur cadre de vie, fusse pour des temps très courts, sont peut-être des signes extérieurs de la fragilité

interne des invarants cognitivo-affectifs qui définissent la dépendance institutionnelle.

De même, la déchéance du statut social, la réduction du tissu relationnel, les métamorphoses du corps, sont autant de pertes qui ravivent la perte originaire, et fragilisent le Moi. Elles peuvent ainsi conduire au besoin pathétique d'une externe, d'un moi-auxiliaire suppléance garant du bon fonctionnement psychique et point d'équilibre entre besoin et désir. Besoin pathétique parce que, me semble-t-il, avec la relation d'objet anaclitique augmente l'angoisse d'abandon qui elle-même réactive le besoin. Les personnes âgées, prises dans cette dépendance anaclitique en spirale, sont peut-être coincées dans un paradoxe où besoin et angoisse se répondent en miroir.

Quant à la dépendance récurrentielle, elle me paraît moins engagée dans la question du vieillissement que dans celle des soins. Il y a peut-être là encore un paradoxe : paradoxe entre la position du soignant pour qui la relation de soin doit conduire à ce que le patient s'en passe, et l'effet premier qui installe les patients dont les relations d'objets sont précaires, dans une relation où ils retrouvent leur statut de "sujet" dans le mouvement même où ils sont objet de soins.

Privatenes, Paris, 2 C.S. P. 1987

NOTES Ladrey of the man a most for a patent off a fift : (...) NOTES

81

(1) Il y aurait à faire ici le départage entre la Négation comme opérateur psychique (cognitif autant qu'affectif), la négation logique et grammaticale et la dénégation. Nous prions le lecteur d'accepter ce flottement conceptuel qu'un travail en cours d'élaboration (portant sur la transmission des savoirs) essaie de cerner davantage.

Même remarque pour les points de passage entre Négation, dénégation et déni.

"prunteersi" of the Alman strainship of the C. C. Strain Strain of the Alman of the Community of the Communi

BLEGER (J.): Psychanalyse du cadre psychanalytique, in : Coll. - Crise, rupture et dépassement, Paris, Dunod 1979.

L'attachement - London. Hogarth Press. 1969. trad. Paris. P.U.F., 1978.

Tome 24: and - dominant of about 1 - 1201 (W) WHOMENTY La séparation, angoisse et colère - London. Hogarth Press. 1973. trad. Paris, P.U.F., 1978.
Tome 3:

- La perte, tristesse et dépression London. Hogarth Press. 1980, trad. Paris, P.U.F., 1984.
- DOREY (R.): La relation d'emprise N.R.P. n° 24, 1981.

ECKHART (J.):

- Sermons Traités, Gallimard, 1942.
- Les traités, Paris, Seuil, 1971.
- nota : il existe plusieurs traductions du traité 9 intitulé : "Du détachement". Les 2 traductions françaises auxquelles nous nous sommes référés sont celles proposées par les éd. Gallimard et Seuil (elles divergent assez notoirement).
- FREUD (S.): 1905 Trois essais sur la théorie de la sexualité Gallimard, 1942.
- 1913 : La prédisposition à la névrose obsessionnelle. In : Névrose, psychose et perversion, Paris, P.U.F., 1978.
- 1920 : Au-delà du principe de plaisir. In : Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1981.
- 1925 : La négation. In : Résultats, idées, problèmes, Paris, P.U.F., 1987.
- HARLOW (H.): 1958: The nature of love Americ. Psychol., 13, 673-685.
- HARLOW (H.) et HARLOW (M.K.): Effet de la privation précoce de contacts sociaux chez les primates Rev. méd. psychosom., 1966, 8, 1.
- HERMANN (I.): 1930 L'instinct filial Paris, Denoël, 1973.
- HYPPOLITE (J.): 1954 Commentaire parlé sur la "Verneinung" de FREUD. In: J. LACAN Ecrits Paris, Seuil, 1966.
- KAES (R.): Introduction à l'analyse transitionnelle. In : Coll. - Crise, rupture et dépassement - Paris, Dunod, 1979.
- LORENZ (K.): 1949 Il parlait avec les mammifères, les oiseaux et les poissons Flammarion, 1968.
- TINBERGEN (N.): 1951 L'étude de l'instinct Paris, Payot, 1976.

TRILLAT (E.): Appartement et corps du psychotique - Synapse, 1984, 2, 41-47.

WINNICOTT (D.W.): 1956 - La préoccupation maternelle primaire. In: De la pédiatrie à la psychanalyse - Pb Payot, 1969.

REFLEXIONS A PROPOS DE CINQ CAS D'AGITATION PRE-MORTEM

Martine MOLLARD

Lyon

INTRODUCTION

BARGETER NUMBER I ENGLISHED IN COURS OF FREE WEST LESS COURSES IN SECURIOR IN SECURIOR SALES

PART (138) 1.

斯·斯·克斯·克斯·伊斯克斯

CLINIOUE

Exposé des observations

Symptômes m partique de payorhistre de secteur, and selegar Approches thérapeutiques ranger amendant sons à singer partires de celle population et la celle population de celle partire par la content de celle de

Les chimiothérapies

Les modèles psychodynamiques : man com-èrq et accest ed.

Les modèles psychodynamiques : man com-èrq et accest ed.

Freudien ut l'accest l'accest al faste accest ed.

Psychosomatique : ut l'accest accest ed.

Accest elle serve l'accest accest ed.

i vous printer exercises proporeral exertire greinger politic de serion en essayant distribution is posèt pervolustralerios en essayant en reference à France a eras marry.

CONCLUSION

SHOTHING

THE CONTRACTO AND RECEIVED. I

THE REPORT P. WINDOWS P. ST. ASP. AS CHARLESTON ASSESSED TO SEE STATES

La mars 1047, nous sommes amenes a visitor celle pariante pour des traubles du comportement empéchant les soins quotidiens, et incompatibles avec la vic en collectivité un ne sait rien de son passe, sinon qu'elle est veuve et mère d'une fille ne venent nius la voir depuis 2 ans,

Psychiatre, Rópital du Vinatier, Service du Dr HERHAN
 Bd Pinel 69677 BRON ceder.

REFLEXIONS A PROPOS DE CINQ CAS D'AGITATION PRE-MORTEM M. MOLLARD *

INTRODUCTION

Ma pratique de psychiatre de secteur, me conduit depuis 6 ans, très fréquemment auprès de personnes démentes. A plusieurs reprises, auprès de cette population, je fus interrogée par un tableau clinique singulier. Celui d'une "agitation" qui serait banale si elle n'était pas particulière.

Je me réfère ici à 5 cas cliniques. Pour définir ou qualifier cette agitation, je dirais qu'elle fut inaccessible à la parole, et à la chimiothérapie psychotrope classique.

Le terme de pré-mortem englobe une large période qui va de 4 à 6 mois avant le décès. Il s'agit du temps où l'on a pris connaissance des symptômes, du fait de leur caractère intolérable.

Je vous proposerai ensuite quelques points de réflexion, en essayant d'interroger le modèle psychosomatique (essentiellement en référence à Pierre Marty)

CLINIQUE

I- EXPOSES DES OBSERVATIONS

Cas n°1 : Madame P, 81 ans, en institution depuis 20 ans

En mars 1987, nous sommes amenés à visiter cette patiente pour des troubles du comportement empêchant les soins quotidiens, et incompatibles avec la vie en collectivité. On ne sait rien de son passé, sinon qu'elle est veuve et mère d'une fille ne venant plus la voir depuis 2 ans.

^{*} Psychiatre, Hôpital du Vinatier, Service du Dr HERMAN 95 Bd Pinel 69677 BRON cedex.

Madame P est décrite comme démente depuis 20 ans, son état se détériorant lentement. Prévenue de notre visite, nous la voyons dans sa chambre, lieu qu'elle ne quitte plus depuis un an environ. Madame P crie sans cesse, ou gémit ou hurle. Elle marche sans cesse, et crache dès que nous approchons son corps ou dès qu'on lui adresse la parole. Ses paroles sont incompréhensibles mais ses cris tels : Oh la la ! ou Aïe Aïe évoquent un souffrance.

Après plusieurs semaines d'approche progressive, nous sommes dans les conditions d'un "entretien". Madame P hurle toujours, mais elle se tait lorsque l'on parle. De quoi est-il question ? Des "mots" que nous évoque la souffrance donnée à voir. Après 3 mois, nous arrivons à entendre "J'ai peur" entre

deux cris et quelques crachats.

DESCRIPTION OF THE PERSON OF

Madame P est par ailleurs en bon état général. Son agitation n'a alors de cesse que le temps des "entretiens".

Elle recevra successivement et à posologies adaptées, des neuroleptiques (Melleril*, Haldol*, Dogmatil*), un antidépresseur sédatif (Athymil*) et deux anxiolytiques (Xanax*, Témesta*). Ceci dans le but de calmer la déambulation et de favoriser le sommeil. Sans succès aucun.

Trois conversations téléphoniques avec sa fille (qui n'arrivera jamais à convenir d'un rendez-vous), nous éclairent sur le passé de Madame P. Abandonnée à la naissance, élevée par l'assistance publique, elle fut placée 5 fois, et se maria à l'âge de 17 ans. Elle eut une seule fille, et vécut heureuse avec Monsieur P.

Elle fut femme de ménage jusqu'à 60 ans. A 59 ans, elle perd Monsieur P (décès brutal par infarctus myocardique). Sa fille argumente une incapacité totale à vivre seule, et à 61 ans Madame P est placée par sa fille en maison de retraite. fille, la symptomatologie déficitaire fait immédiatement suite au décès de Monsieur P.

Madame V ne supporte plus le "gâtisme" de sa mère. L'aide que nous proposons ne l'intéressera pas. Nous ne la

rencontrerons pas.

ours reprises des

Au fil de nos visites, il semble que Madame P soit un peu moins agitée, elle peut s'asseoir pour le repas, un bain à même été possible. Mais le soir et la nuit, rien n'est amélioré ! Madame P nous dira, un jour, en août 1987, entre deux cris : "J'ai peur, j'ai peur...!".

En sa présence, avec l'infirmier, nous inventons une conversation sur ce qui peut faire peur : peur d'être dans le noir, peur de tomber, peur de perdre quelqu'un, d'être malade, de mourir. Elle écoute attentive notre dialogue sur la peur, calme un instant. Elle ne crache plus pendant les entretiens. Dès la fin de ceux-ci les symptômes reprennent, essentiellement maintenant lorsque le personnel approche son corps pour les soins d'hygiène. L'agitation motrice des temps d'attachements (imposés contenue par soignants), au moment des repas et le soir.

Elle sera retrouvée morte, attachée à son fauteuil, après un repas en septembre 1987. Dell uned a nottagitamen al

Le soin psychique a permis ici un apaisement des tensions. D'un point de vue analytique, elle a semblé mettre en scène l'angoisse de mort en tant qu'abandon de soi et de ceux que l'on aime.

On peut penser les difficultés de ce travail avec la réactualisation de l'abandon, la perte des parents adoptifs le décès de son mari et l'absence récente des visites de sa fille.

 $Cas n^2$: Monsieur B, 83 ans, en maison de retraite depuis 2 mois.

Monsieur B est un infirmier psychiatrique en retraite. Il a pratiqué 37 ans au C.H.S du Vinatier. Victime d'une artériopathie des 2 membres inférieurs (invalidante malgré plusieurs pontages), il est placé en maison de retraite sur les conseils de son chirurgien et l'avis de ses enfants. Il est père de 6 enfants dont 3 dans la région. Son épouse, encore hospitalisée pour des troubles somatiques, doit le rejoindre dans quelques jours (ex infirmière psychiatrique).

Lorsque je le vois, il est désorienté et anxieux. Son

Lorsque je le vois, il est désorienté et anxieux. Son état est typiquement celui de la dépression anxieuse. Je lui prescris des anti-dépresseurs (Athymil*) et on met en place

des entretiens d'aide au travail de séparation.

Après 2 mois, l'amélioration de l'anxiété permet d'aborder le point douloureux actuel : père de 6 enfants, Monsieur B n'avait jamais imaginé vivre un jour en institution. Il avait avec son épouse, pensé son grand âge avec ses enfants : une sorte d'itinéraire ininterrompu d'un foyer à l'autre. De plus, l'idée d'un veuvage le terrorise.

Dans le cadre des entretiens, Monsieur B est bien repéré, un peu anxieux, comme soucieux d'être pour nous un bon objet, afin de conserver notre attention. Puis, l'état de santé de Madame B se dégrade, et Monsieur B aggrave son état dépressif et son anxiété. Non suffisamment amélioré par (1'Athymil* 60mg/j) i1recevra successivement, Motival*, Defanyl*, Ludiomil* et Tercian* associés à des anxiolytiques type benzodiazépines. Les difficultés à la marche augmentent, troubles de la déglutition apparaissent. Anorexique, dénutrition, son état général se dégrade. Un bilan somatique complet est pratiqué. L'E.E.G. montre une lésion localisée. Un scanner est prévu. Affaibli et déshydraté, il est réanimé sur place. Toujours aussi anxieux, alors que les psychotropes ont été stoppés depuis 3 jours (petit état fébrile), il meurt au cours d'un entretien avec l'infirmier de secteur. s'aggrippe à sa main. Les paroles rassurantes dites par dernier ne semblent pas être entendues. Nous sommes novembre 1989. Son épouse décédera trois mois plus tard.

Court Commentaire :

L'angoisse pathologique de Monsieur B est apparue lors d'une aggravation de l'état de santé de son épouse. Ici la somatisation a tenu lieu de tentative de représentation de la séparation. Monsieur B nous confia à plusieurs reprises des sentiments agressifs à l'encontre de ses enfants et de son épouse. Avec une culpabilité évidente.

<u>Cas n°3</u>: Madame V, 86 ans, résidente en maison de retraite depuis 4 ans.

Est adressée par le médecin de la maison de retraite et le personnel pour agitation dans un contexte de confusion et de détérioration mentale. La détérioration évolue doucement depuis 2 ans, mais l'agitation daterait de 3 semaines.

Ce qui frappe d'emblée est l'angoisse majeure présentée par cette personne. Elle pleure beaucoup. Un

déficit, mnésique et cognitif est évident.

En lui parlant de son inquiétude, il me semble comprendre qu'elle la relie à un évènement ancien, qu'elle n'arrive pas à nommer. Les phrases sont hâchées, les mots non terminés. Elle pleure pendant presque tout l'entretien. Des mots comme "Oh la la !", des soupirs, nous montrent l'intensité de sa détresse.

En 1982, lors de son entrée en institution, Madame V était déjà décrite comme dépressive et démente. On note 6 prescriptions médicamenteuses d'associations anti-dépresseurs + anxiolytiques sans succès. J'essaie cependant un peu d'Athymil* (10 mg/j) . Le discours devient plus cohérent, un peu plus compréhensible. Elle vit en fait dans le doute de la mort de son mari.

Elle est attentive au rythme des entretiens. Nous parvenons, Après 6 mois de rencontres régulières, à maintenir le mieux obtenu et à ébaucher un travail de deuil de son mari.

Brutalement, en août 1988, le déficit psycho-moteur s'accentue, alors que les signes anxio-dépressifs ont disparu. Elle reçoit des soins somatiques sur place, pour suspicion d'A.V.C (accident vasculaire cérébral). Son discours, ou plutôt l'aphasie qui la caractérise actuellement, l'inquiète à nouveau. Elle s'agite. Un traitement neuroleptique par Neuleptil* est prescrit ; sans succès. Seuls les effets secondaires sont présents. De même pour les anxiolytiques qui entraînent des chutes. Tout est interrompu.

J'ai l'impression qu'elle ne me reconnaît plus. Son regard est effrayé et lointain. Elle appelle ainsi "au secours". Je lui parle de l'épisode qui l'a plongée dans ce désarroi : l'A.V.C. Je parle de la peur de perdre le contrôle, la peur d'être envahi par des sensations que l'on ne connaît pas, la peur du manque. La peur de mourir.

Elle décède en décembre 1988, dans la même détresse. Plusieurs entretiens avec sa fille Madame I et sa petite fille Madame T m'ont permis de comprendre un peu "le choix démentiel" de Madame V.

Dans sa jeunesse, Madame V était une personne gaie et enjouée, toujours avenante. Elle perd son premier mari après 30 ans de mariage. Le deuil, semble avoir été "normal". Elle se remarie 4 ans plus tard avec Monsieur V avec qui elle aura pendant 20 ans une vie de couple "parfait". Monsieur V décède

à l'âge de 87 ans d'un infarctus myocardique. Brutalement il y a 4 ans. Environ 3 à 4 mois avant son décès Monsieur V a une bronchite. A cette occasion le comportement de Madame V change: elle "perd la tête". Madame I décrit l'état de sa mère comme une agitation, une confusion totale avec impossibilité à rester seule. Elle s'aggrippe à sa fille pour se rassurer. Seule l'agitation se calmera transitoirement. Les troubles mnésiques, la désorientation temporo-spatiale étant inchangés, Madame V est alors dirigée en gériatrie, puis Hauteville (repos), puis placée en maison de retraite en 1984.

Madame I fait état de l'égoïsme de sa mère, ne vivant que pour ses maris. Petite dernière d'une fratrie de 8, Madame V a toujours été très entourée par ses frères et soeurs. Madame V n'a plus qu'une soeur en vie, veuve depuis une semaine. Rien ne lui en a été dit. La vie de Madame V avec son deuxième mari est qualifiée de "solitude à deux" par sa fille, avec un comportement sub-maniaque, une fuite des réalités et l'affectivité. Madame đe I a entrepris psychothérapie à la suite de ce remariage. Elle dit moins souffrir actuellement. Pense que sa mère vieillissement et la solitude.

Madame T petite fille de Madame V a 35 ans. Elle se présente beaucoup moins sereine que sa mère. Se sent coupable, sans savoir pourquoi. A peur de perdre sa grand-mère, de la voir mourir. Ne supporte pas de la regarder endormie sur son lit. Je lui propose des rendez-vous pour parler de ses inquiétudes. Elle ne viendra pas.

Court Commentaire :

La pathologie de Madame V évoque la névrose d'angoisse. Ses défenses de type manie évoque une absence de travail de deuil. Ses types de choix ont été par étayage. Ici la démence apparaît comme une défense, pour éviter un nouveau travail de deuil. L'A.V.C décrit un mois avant sa mort a-t-il épuisé l'instinct de vie de Madame V ?

<u>Cas n°4</u>: Madame H 78 ans, vit en maison de retraite depuis un mois.

M'est présentée en janvier 1987 pour une symptomatologie d'agitation avec déambulation incessante la nuit. Madame H présente une surdité ancienne, totale, qu'elle ne veut pas appareiller. N'a aucune famille, veuve

Depuis un mois en maison de retraite après le parcours suivant. En novembre 1986 est trouvée chez elle sans connaissance. Est adressée au pavillon N pour baisse de l'état général. Orientée au C.H.S du Vinatier pour confusion, le scanner étant négatif (pas d'hématome sous-dural ou de processus expansif). Le retour au domicile n'est pas envisagé, et elle est placée en maison de retraite le 16 décembre 1986.

Son état général est bon, elle n'a aucun traitement, seule la communication se fait par l'écriture. Un mois plus tard apparaissent déambulation, désorientation temporospatiale, agitation. Le personnel a peur qu'elle mette sa vie

en danger. Le médecin généraliste prescrit 400mg/j d'Equanil*.

L'agitation est exacerbée et conduit au maintien.

Je la vois en janvier 1987, dans ce contexte. Elle ne paraît pas désorientée, mais très angoissée. Semble choquée par le maintien autoritaire. Parle du décès de son mari, comme s'il venait de se produire. Madame H avait un petit logement chez les "sans abris". Ce logement va être détruit. Je n'arrive pas à savoir si elle a travaillé. N'a pas d'enfant.

Elle semble chercher une aide, un soutien. Je propose

des rencontres régulières, et lui prescris Xanax* 5mg/jour.

En février 1987, elle sera admise au C.H.S pour des troubles du comportement plus tolérables par l'institution. A l'hôpital, elle se présentera confuse, isolée, mélancolique. Elle reçoit une chimiothérapie antidépressive et anxiolytique.

Des trouble somatiques apparaissent et permettent de

découvrir un cancer gastrique à un stade très avancé.

Après avoir bénéficié momentanément d'une chimiothérapie neuroleptique (Loxapac* et Fluanxol*), elle décédera à l'hôpital en juillet 1987 dans une grande angoisse.

Court Commentaire :

Le comportement de Madame H représente-t-il une

tentative de deuil anticipé d'elle-même ?

Dans une économie psychosomatique, est-ce une augmentation des instincts de mort avec régression et fixation momentanée à un niveau archaïque ?

Madame H était une enfant de l'assistance publique.

Cas n°5 : Mademoiselle C 82 ans, vit à son domicile

Je vois Mademoiselle C pour la première fois au C.M.P en novembre 1983. Adressée par son généraliste pour "troubles de mémoire sur névrose de caractère". Ne prend pas ses prescriptions et refuse d'aller en résidence.

Elle présente en fait une pathologie de type dépression anxieuse, certainement ancienne, puisque Mademoiselle C situe le début de ses troubles au moment de sa

retraite.

Mademoiselle C était institutrice à Caluire. Fille unique, père décédé lors de la dernière guerre, elle prit sa retraite 3 ans avant d'en avoir l'âge, afin de s'occuper de sa mère dépendante. Elle la soignera 10 ans, jusqu'à sa mort. Mademoiselle C reste alors seule, dans un grand désarroi. Cependant, elle s'accroche à la vie, par des réunions au cours desquelles elle donne des cours "d'espéranto". Puis petit à petit, les intéressés se raréfiant, elle abandonne l'espéranto. Elle conserve le foyer-restaurant et le club jusqu'à 18 heures.

Pendant un an on associera entretiens et chimiothérapie antidépressive et anxiolytique. L'élaboration du travail de deuil est très difficile. Parallèlement cinq

psychotropes sont essayés sans succès.

En avril 1984, Mademoiselle C sera hospitalisée un mois pour une infection urinaire sévère avec déshydratation. Très affaiblie et non améliorée par la régression et le maternage occasionnés par cet épisode somatique, elle souhaite

mourir. Elle n'acceptera qu'un lieu de vie à sa sortie : son domicile.

mai 1984 : reprise Endes consultations dispensaire. Très agressive contre elle-même : "Je veux crever", "je ne veux que cela". En même temps me paraît très angoissée. Ces symptômes m'inquiètent et je mets en balance la prise médicamenteuse ou l'hospitalisation. Traitement : 90 mg d'Athymil*/jour. Sans résultat après un mois de prise, elle acceptera une hospitalisation en court séjour gériatrique (afin d'éviter l'hôpital psychiatrique).

Elle en sort en bon état général, mais elle confirme son installation dans la plainte. Elle épuise ses cousins avec des appels téléphoniques torturants, des alertes au gaz etc...

Des douleurs osseuses apparaissent en rapport avec

une décalcification.

L'année 1985 se passera bien. Nous avons mis en place un étayage infirmier à domicile. Mademoiselle C se livre avec prudence, mais une relation s'installe.

En février 1986, un appel téléphonique de sa cousine nous fait part d'une bouffée d'angoisse insupportable avec

appel de S.O.S du médecin à trois reprises.

Je revois Mademoiselle C chaque semaine à domicile car elle est à nouveau affaiblie, avec des difficultés à la marche. "Je veux mourir, le plus vite sera le mieux". Nous reparlons alors de la fin de vie de sa mère, diabétique et cardiaque, dont l'agonie dura 3 jours. Petit à petit l'anxiété est moins forte. Courant avril 1986, Mademoiselle C glisse chez elle et se fracture le col fémoral. Intervention puis rééducation aux Charpennes. Elle ne se supporte plus. Souhaite rentrer chez elle. S'agite beaucoup. Elle décédera en juillet 1986 sans avoir trouvé d'apaisement.

Court Commentaire :

Comment se séparer de sa vie ? Mademoiselle C ne sait comment l'envisager. Elle souhaite ce moment violent, brutal, afin que sa brièveté lui ôte toute appréhension, toute souffrance. N'arrivant pas à se suicider, elle se "brise". La structure hospitalière ne peut répondre à ses attentes ; elle ne trouvera pas d'apaisement.

<u>II - SYMPTOMES</u>

Les signes cliniques exposés qui ont retenu mon attention, sont d'une grande banalité:
- l'agitation psycho-motrice
- la perplexité anyieuse

- la perplexité anxieuse

- les cris répétés, le discours souvent incompréhensible, gestes agressifs.

Ils sont le reflet d'une angoisse, donc d'un conflit intra-psychique vif. Le sujet existe, il semble perdu, il souffre et exprime ainsi sa souffrance. Ce qui en fait la particularité, c'est la difficulté, voire l'impossibilité d'accéder à un soulagement et le décès qui s'ensuit.

Ces cinq cas sont très différents mais ils ont en commun cette impuissance à être améliorés, du moins avec les

moyens que j'ai proposés.

III - APPROCHES THERAPEUTIQUES

les réponses proposées furent de deux types :

1°) <u>Une approche par la parole</u>, avec création d'un espace de réassurance dans la réalité, pour la personne concernée et le personnel de l'institution si elle résidait en maison de retraite, pour les familles si elle vivait à son domicile personnel.

Parfois, lorsque la réassurance ne convenait pas ou que la régression était trop importante, je proposais l'association à partir de mots symboles audibles et

utilisables : comme "j'ai peur" par exemple.

2°) L'approche chimiothérapique, a été proposée chaque fois que la clinique l'imposaits soit anxiolytique, antidépressive ou neuroleptique, toujours à doses utiles avec des "correcteurs" lorsqu'ils furent nécessaires. Chaque fois ces personnes n'en ont pas retiré l'effet escompté, voire ont été gênées par des effets iatrogènes. Cette thérapeutique a été abandonnée après trois mois d'inefficacité pour trois personnes.

3°) Approche avec support matériel.

Je n'ai pas proposé ce cadre, tout simplement parce que je n'en avais pas suffisamment de référence. Par exemple, un travail avec un poupon ou un autre objet servant de support à l'identification ou la projection. C'est sans doute une lacune, notamment dans les cas où la parole est très pauvre et le face à face douloureux.

Sur le plan somatique, il est à noter qu'au début de nos rencontres, il n'y avait pas de signes de souffrance particuliers. Au fil des entretiens, des signes physiques

apparurent, puis augmentèrent.

Pour essayer de comprendre, j'ai fait appel à deux modèles théoriques : le psychosomatique qui me semblait intéressant pour ces cas particuliers, notamment les écrits de Pierre Marty.

REFLEXIONS

L'agitation dont il est ici question a été, je l'ai dit, peu accessible à la parole et non améliorée par les psychotropes. Dans l'impuissance qui me caractérisait, le questionnement était multiple.

Je me suis surtout demandé si, ajouté à la pathologie psychiatrique précédent cette agitation, l'angoisse douleur psychique actuelle ne serait pas le représentant psychique de la désorganisation somatique en cours : angoisse symptôme d'une tension organique (due à la détérioration des fonctions organiques vitales).

1°) <u>Je traiterai tout d'abord des chimiothérapies</u> :

Si nous comprenons le mode d'action des psychotropes d'un point de vue psychanalytique, nous pouvons interpréter leurs effets comme suit : je fais référence ici au Dr LAMBERT de Chambéry qui utilise pour plus de clarté le modèle kleinien.

a) <u>Les neuroleptiques</u>: on sait qu'ils améliorent les psychoses schizophréniques et certaines psychoses dysthymiques. Ils agissent sur les persécuteurs du Moi (c'est-à-dire le Surmoi précoce paranoïde qui attaque le moi). Les neuroleptiques vont agir ici en diminuant les effets sadiques destructeurs du Surmoi. Le Moi peut alors reprendre sa place entre le Ca et le Surmoi, au service de la réalité. Il y a une diminution du délire et une reconstitution du préconscient. Les rechutes à l'arrêt de ces psychotropes sont une preuve de leur action à ce niveau.

b) Les antidépresseurs et le lithium :

antidépresseurs Les agissent dans les dépressifs névrotiques et la psychose maniaco-dépressive. La mélancolie survient lorsque le surmoi sadique attaque les objets internes. Ce peut être aussi la manie, lorsqu'il existe défenses de type déni et toute-puissance. antidépresseurs diminuent les effets du surmoi sadique sur les objets internes (en 10 jours) mais il y a augmentation des défenses maniaques : l'objet interne étant "ressuscité" lieu d'être "restauré".

Le lithium agit dans les psychoses dysthymiques à composante maniaque, surtout sur la violence des attaques du Surmoi sur les objets internes.

c) <u>Les benzodiazépines et tranquilisants</u>: agissent typiquement sur les conflits oedipiens : ex : la personne a dans la journée un conflit avec son supérieur hiérarchique : le soir prend sa "benzo" pour s'endormir. Mais cette molécule exerce une séduction passive sur le Moi. Il se produit un éloignement du Moi et du Surmoi oedipien. Il y a ainsi risque de pharmacodépendance rapide.

Les effets secondaires des neuroleptiques et des antidépresseurs peuvent être considérés comme des symptômes de castration. Lorsque les patients s'en plaignent, ils abordent le registre des névroses : ils vont mieux.

Sachant cela : peut-on en déduire que la nature de l'angoisse qui nous préoccupe aujourd'hui n'est ni psychotique ni névrotique ? Je n'ai pas de réponse.

2°) <u>Les modèles psychodynamiques</u> :

- a) Freudien
- b) Psychosomatique.

the second of th a) Le conflit causal de l'agitation, serait-il au niveau du Moi, entre les pulsions de vie auto-conservation et sexuelles, et les pulsions de mort ?

La notion de pulsion de mort, notamment tard dans les écrits de Freud (1938), apporte une conception nouvelle : elle fait de la tendance à la destruction une donnée irréductible, elle est l'expression privilégiée d'un principe le plus radical du fonctionnement. Elle lie enfin indissolublement dans la mesure où elle est ce qu'il y a de plus pulsionnel, tout désir (agressif ou sexuel) au désir de mort.

or la mort n'a pas de représentation l'inconscient. L'anxiété qui s'y rattache est déplacement ou condensation d'autres angoisses (comme la castration, l'abandon, l'anihilation). Les processus psychiques de mort sont infiniment variés. Pour les cinq personnes qui nous intéressent ici, ils ont été non suffisamment inaccessibles.

Si on est attentify aux comportements qu'ils ont suscités auprès de l'entourage, on notera trois sentiments constants:

The second of the

annucan - la peur

y - 1'insécurité - le caractère intolérable de l'éloignement corporel imposé par les gestes de "repousser", les crachats, les cris. Ce comportement évoquant une tragédie qui s'intitulerait : "La séparation impossible".

La réponse aura été celle de la mise en place d'un contenant physique : attachement, et d'un contenant psychique : cadre psychothérapique + psychotropes.

b) D'un point de vue psychosomatique, je ferai and tations référence à Pierre MARTY.

Par lui, on apprend que les relations entre instinct de vie et instinct de mort sont permanentes.

L'instinct est différent de la pulsion au sens freudien, car la pulsion a un but : la préséance d'une des formes d'instinct sur l'autre est temporelle. Il y a toujours organisation et désorganisation au fonctionnel donné, chez un sujet donné. niveau d'un ensemble

Dans l'évolution normale de l'homme vers la mort, il y a au fur et à mesure de l'avancée en âge, une augmentation de la place tenue par les instincts de mort. Est-ce une augmentation réelle ou relative (par épuisement des instincts de vie) ? Pierre MARTY n'a pas répondu.

Il situe communément les maladies comme des évènements intermédiaires entre la vie et la mort. Si la mort est inéluctable, la maladie (dont C. BERNARD disait qu'elle est d'abord à intension de guérison), s'avère fondamentalement un épisode de la vie. Certains individus sont victimes de mort subite ou de maladie aiguë mortelle alors que rien de leur état de santé, envisagé sur le plan médical classique, ne laissait prévoir un tel déroulement des choses.

L'économie psychosomatique s'étaye sur la théorie des

Instincts de Vie et de Mort.

Dans la perspective psychosomatique, la psyché n'est pas artificiellement isolée mais intégrée aux fonctions organiques et le tout placé dans l'évolution individuelle, cela à l'image du mouvement de la psychogénèse. Les désorganisations auront un point de départ traumatique. Elles affectent un mouvement de sens contre-évolutif. Elles ne sont arrêtées dans cette trajectoire, que par des mouvements de réorganisations régressives, aux différents niveaux de fixation individuelle. Le traumatisme est considéré, comme en psychanalyse, dans l'impact affectif d'une situation ou d'un évènement extérieur, qui vient contrarier l'organisation.

Les instincts de vie cèdent alors la place aux

Les instincts de vie cèdent alors la place aux instincts de mort, pour un temps plus ou moins long. La qualité d'un traumatisme est en relation directe avec la

désorganisation qu'elle provoque.

Le traumatisme a une valeur strictement individuelle et on ne saurait que trop insister sur la perception du "manque" en tant que facteur traumatisant.

La régression est la reprise actuelle d'un système d'organisation passé. Elle s'oppose à la désorganisation

puisqu'elle lui fait obstacle et l'arrête.

La mort se présente dans l'ensemble, comme le résultat de l'épuisement naturel des instincts de vie ou de l'effondrement traumatique de ceux-ci.

Dans cette perspective, pour les cinq personnes citées, on peut penser que pour Mme P, Mr B, Mme V l'effondrement serait traumatique, pour Mme H et Melle C l'épuisement serait naturel.

CONCLUSION

Pour ces cinq cas particuliers, le modèle psychosomatique me semble avoir complété le modèle analytique classique.

L'agitation étudiée étant la partie visible de l'angoisse traduisant un conflit psychique entre notamment les pulsions de vie et de mort. On note que pour ces cinq personnes le travail préparatoire à la mort a été impossible.

concertment loans, they all the ender the man vert that the ender of the man vert that the ender of the man vert that the angle ender of the end of the ender of the end of the end

BIBLIOGRAPHIE

DEJOURS Christophe: 1989. Recherche psychanalytique sur le corps, I, 17-28.

DE M'UZAN Michel : 1977. De l'art à la mort. 1ère partie III, Freud et la mort, 49 ; 2ème partie IV, le travail de trépas, 182.

FREUD Sigmund : 1938. Abrégé de psychanalyse. G.W. XVII, 79 ; SE XXIII, 148-49.

LAPLANCHE J. et PONTALIS : 1984. Vocabulaire de la psychanalyse.

REINHARDT J.C. et BAUZA E.: 1989. Praticiens du sud-est. Le dément sénile et le poupon.

ROSOLATO Guy: 1974. Essais sur le symbolique; III, 355-61; Trois aspects du symbolique I, 112-18; Le symbolique.

ATTACHEMENT, AGRIPPEMENT ...

Catherine ROOS

St Cyr au Mont d'Or (69)

ATTACHEMENT, AGRIPPEMENT

INTRODUCTION

Cette communication le chemin d'interrogations dans Cette communication, le chemin d'interrogations dans lequel nous allons avancer ensemble s'originent dans un travail de psychologue clinicienne au sein d'un établissement de moyen séjour gériatrique.

Ce type d'institution dite de "transition" a à voir avec des situations de crise... L'hôpital pourvoyeur de cas a répondu aux urgences médicales, chirurgicales voire psychiatriques... Nous aurons à aider les sujets âgés ou très âgés à faire face aux multiples changements qui en découlent.

Ils arrivent en état de choc, mal dans leur corps, mal dans leur tête, cassés, meurtris, atteints dans leur chair et leur psychisme, encore souvent en état de choc car les évènements sont allés trop vite... ils n'ont pas eu le temps de réaliser.

L'aïeul est en panne et son entourage relationnel en crise.

La crise, danger ou opportunité, appelle négociation de nouvelles réponses sans abandonner totalement les anciens modèles. Tout à la fois autre... et même. La problématique se joue toujours entre ce qui change et ce qui Renégocier ses dépendances, les gérer est permanent. différemment si possible, rééquilibrer ou réinventer des relations nouvelles.

Attachements et séparations successifs jalonnent les

étapes, travail de deuil, de séparativité.

Un mois, trois mois, peut-être plus, pour accueillir, soigner, réparer, panser et penser, mettre en mots les maux, lutter pour un projet et quel qu'il soit, se séparer.

ce contexte, il me semblait intéressant les notions d'attachement et surtout Dans d'interroger d'agrippement... que nous observons fréquemment côté soignés

alors attainte d'un cancer. Reconnaissance, ultime agrippement

ward-fille of reconciliation tardive qui laisse Noe F, a per

^{*} Psychologue clinicienne, Centre de Gériatrie La Chaux, 25 chemin de Champlong 69450 St CYR AU MONT D'OR.

A - Un cas clinique, Mme F.

Mme F., 73 ans, est adressée dans le service à la suite d'une hospitalisation pour aggravation de son état cancéreux.

Elle se présente très dépressive avec pleurs et aux dires de l'équipe, elle "demande beaucoup", elle s'agrippe à

toutes les mains et s'attache à tous visages.

Courriers médicaux et entourage familial (1 fils unique) nous préviennent d'emblée que la vérité sur son mal ne lui a pas été révélée et qu'il lui reste quelques semaines à vivre (éternel problème de la vérité face aux surtout âgés, et surtout confusion entre diagnostic peut pronostic... qui augurer des forces de vie d'une personne?).

Néanmoins de ce mal, Mme F. se plaint et désire

beaucoup parler.

C'est dans ces conditions qu'il m'est demandé de la

"prendre en charge".

Joues rondes, visage lisse et souriant, Mme F. est d'emblée ce que je ressens comme une vieille dame "attachante". Elle se présente oppressée, apeurée et avide de parler, d'accrocher mon attention par ses paroles, son désarroi, ses interrogations et cette désorganisation ressentie en elle.

Elle m'accueille en évoquant un rêve qui la plonge dans une grande confusion : "Est-ce rêve ou réalité ?" me demande-t-elle. Elle s'est imaginée à l'étage du dessus, endormie... Est-elle "d'ici" ou "de là haut ?". Nous sommes dans le vif du sujet ! Le dernier entretien que nous aurons ensemble débutera également sur un rêve... celui d'être déjà au Paradis, servie comme une reine, omnipotence qu'elle interrogeait, empressement de l'équipe soignante qui l'effrayait tant.

Entre-temps elle parle de son mal, qu'elle sent bien et surtout qu'elle sait bien quelque part... Pas de douleur particulière mais des crampes aux jambes, jambes qui refusent de marcher de par la faiblesse.

Elle évoque la mort brutale, il y a 7 ans, de son mari, adoré et prévenant pour elle, les deux années dépressives qui s'ensuivirent et les premiers symptômes cancéreux qui la font choisir de vivre en résidence, à Lyon, auprès de son fils ; rapprochement qui la sépare de la maison dans laquelle elle a été heureuse.

Très vite ressurgissent les attachements de la toute petite enfance : sa grand-mère maternelle à qui sa mère l'a confiée, bébé, ses tantes également qui s'occupent d'elle ; monde féminin qu'elle retrouve, là, dans le service. Elle parle beaucoup de son attachement à l'équipe soignante et le "cocon" rassurant qu'elle trouve là.

Elle est l'aînée de 3 enfants : son frère et sa soeur furent élevés par leur mère. Pourtant c'est elle, Mme F., qui prend du temps pour la fin de vie de sa mère, qui se trouve, alors atteinte d'un cancer. Reconnaissance, ultime agrippement mère-fille et réconciliation tardive qui laisse Mme F. à peu près en paix avec cette mère-là.

Et les mêmes symptômes du corps les rapprochent maintenant. Corps dont Mme F. exprime les vides actuels, creusés par la maladie et surtout ses seins et ses bras amaigris évoqués car objet d'attachement et d'agrippement pour son fils "qui les aimait tant avant".

Mme F. semble dépasser le mouvement premier d'agrippement massif et "se porte" mieux, elle s'habille, se rend à la salle à manger, participe aux animations, retourne en kinésithérapie et se remet presque debout ; cette période marque un tournant dans nos entretiens car elle se transporte jusqu'au bureau maintenant.

Se profilent l'idée d'une séparation et d'éventuels projets de sortie (retour en résidence...). Ils sont vite abandonnés... l'état de santé s'aggrave, perfusion, repli dans la chambre. Le mal ressurgit au premier plan. Mme F. de nouveau très dépendante, très angoissée se raccroche à tous.

Beaucoup d'agitation, Mme F. m'accueille souvent en me demandant : "Est-ce que je vais mourir aujourd'hui?".

Pendant deux jours consécutifs, Mme F. montre un comportement d'agitation extrême. Elle s'agrippe physiquement à tous les membres de l'équipe, ne supportant pas d'être séparée, ne fusse qu'une minute. Elle questionne incessamment sur le pourquoi de sa présence dans le service. Le médecin passe beaucoup de temps à lui expliquer peut-être cette

impuissance à la guérir, à guérir ce cancer qui envahit tout.

Mme F., dans les jours suivants s'apaise, l'équipe
par contre s'agite toujours (allées - venues inquiétudes...). Mme F. m'accueille avec le rêve d'être déjà
au Paradis : "je suis passée de vie à trépas" me dit-elle.
Elle exprime sa peur de nous tous, autres, sa volonté que nous
la laissions maintenant. Elle se fait tout à la fois
protectrice et porteuse de souhaits pour toute l'équipe et
pour moi-même, ma famille etc... et pressante dans sa demande

de terminer là nos entretiens.

Dans les 3 jours qui suivent, elle devient lointaine, semble se détacher, elle n'accroche plus les regards, elle détourne le sien ; elle n'accepte plus qu'on la touche, elle n'agrippe plus les mains, elle retire la sienne. Elle n'accepte plus qu'une présence fugitive, pourvoyeuse d'eau, seule chose qu'elle accepte encore.

Les pauses respiratoires apparaissent. Entre le lâcher - expiration et la prise -inspiration, les vides, les temps morts augmentent, l'agrippement à l'air s'amenuise. Jusqu'à ce dernier souffle - lâcher au petit matin... détachement ultime.

in the particle of the property of the property of the property of the $B = \gamma$ Agrippement, attachement and the property of t

de la présentation de ce cas scande des temps successifs: agrippement / essai de se porter avec le soutien d'une équipe soignante / agrippement dernier, fort / portance vers un ailleurs...

Cette scansion, qu'elle débouche majoritairement sur un projet de vie ou sur la mort est souvent à l'oeuvre dans le service de moyen séjour.

En effet (et ceci sera notre fil conducteur), nombre sujets âqés fragilisés physiquement et psychiquement temporairement et adoptent nécessairement, enlien l'équipe soignante, <u>une position régressive</u>, optent pour le retour à un attachement primaire se rassurant de revenir au schéma connu déjà expérimenté de la petite enfance, d'un tendant à la fusion avec 1'objet primaire. L'agrippement physique et psychique signe un temps de cette régression.

Sous-jacent le conflit pulsionnel EROS / THANATHOS, pulsion de vie / pulsion de mort, qui habite l'être humain au fil de toute son existence, est particulièrement aigu pour la personne âgée dans ce moment de crise.

Du côté d'EROS, la pulsion d'agrippement se manifeste, nécessaire, face au danger se profilant dans une situation d'angoisse "qui va régressivement entrer en résonance et réactiver des angoisses connues.

Peuvent faire ainsi retour, selon la problématique dominante de l'individu, l'angoisse de castration mais surtout et avant tout, des angoisses plus archaïques dépressives, de persécution, de morcellement" (H. BIANCHI).

Interroger le concept d'agrippement renvoit à des auteurs qui, dans le mouvement de réflexion amené par BOWLBY, s'appuient sur l'hypothèse d'une pulsion d'attachement chez le tout petit, pulsion qui serait indépendante de la pulsion orale et qui serait une pulsion primaire non sexuelle. C'est également avoir à l'esprit cette phrase de D. ANZIEU: "le plaisir du contact du corps maternel et de l'agrippement est à la base de l'attachement et de la séparation".

Par attachement, nous entendons ce lien affectif fort à des situations, états et objets par lequel le sujet accède au sentiment d'une existence propre.

Chacun se construit à travers de multiples attachements. Ceux-ci sont à la base de la vie et donc de la vie psychique.

L'agrippement est une forme de comportement qui médiatise l'attachement.

En situation de crise, quand les objets d'attachement viennent à faire défaut (changement physiologique, deuil, séparations...) comme dans le vieillir... ce sont les attachements primaires (BALINT) qui vont réémerger. Cette fameuse réémergence du monde de l'enfance dans la régression et la dépendance, la quête d'une "prise en charge" (quête de l'objet perdu), la demande en s'accrochant à l'autre d'être porté.

FREUD s'intéresse tardivement à ce qui lie l'enfant à la mère. En 1931, il écrit : "j'ai avancé les deux faits qui m'ont frappé par leur nouveauté, que la forte dépendance de la femme vis à vis de son père ne fait que recueillir la succession d'un attachement à la mère aussi fort et que cette phase plus ancienne persiste pendant une période d'une durée inattendue. Tout ce qui touche au domaine de cet attachement originel à la mère m'a paru si difficile à saisir analytiquement...".

un projet de vie ou sur la mort est souvent à l'oeuvre dens

Les visées de l'agrippement and which the compact of the compact

♦ Une recherche de sécurité :

L'agrippement au sens premier du terme renvoit à la saisie rapide en serrant les doigts, à une préhension avide. Sur le plan corporel, il renvoit au rôle essentiel de la main et s'avère central dans toutes les relations humaines.

Les personnes âgées fragiles dans leur équilibre physique et mental s'agrippent tout particulièrement et se plaignent de leurs "mains de vieux" malhabiles, déformées insécurisantes.

L'agrippement vient en réaction au danger, en protection.

En 1931, I. HERMANN met en avant sa théorie d'un "instinct de cramponnement". Il part de l'observation de mammifères qui s'agrippent aux poils de leur mère pour trouver une double sécurité physique et psychique. Le petit de l'homme face à une mère dépouillée de poils s'accroche au sein, aux mains, au corps et aux vêtements maternels.

M. BALINT à partir d'une réflexion sur les fêtes foraines et les sensations vertigineuses (pertes d'équilibre, vertiges, pertes de contact) met en avant ce qu'il désigne "attitudes ocnophiles" (mot créé du grec "OKNEO" se cramponner et "phil" amour) qui correspondraient aux attitudes d'agrippement plus ou moins développés chez chacun suivant sa personnalité. L'ocnophile passe d'objet en objet et sa peur surgit quand il quitte ses objets et s'apaise quand il les retrouve (besoin de toucher, de contact). Entre chaque objet ... un vide effrayant.

Dans le cas précité, Mme F. appartenait à ce monde

des ocnophiles.

Nous observons parfaitement cette attitude chez nombre de personnes âgées... l'équilibre est précaire ; marche verticale, par exemple, implique un certain éloignement de la terre ferme et le seul contact est alors assuré par la

plante des pieds.

"A moi les murs, la terre m'abandonne". La terre est dangereuse en raison de son irrésistible attraction et s'y abandonner inconditionnellement peut entrainer un mortel (peur de la chute omniprésente). Les vieux sont des acrobates de la vie, ils marchent sur les extrémités ; le seul fait de se mettre debout ou de se transférer d'un lit au fauteuil peut prendre des allures de haute voltige, situations vertigineuses engendrant terreur ou grands frissons, suivant les cas.

de d'objets ocnophiles dans lesservices Que gériatrie, canne, cadre de marche, barrière d'appui pour n'en citer que quelques-uns... be but real de l'agrippement est "d'user de la

wow awaret notice objet a nous accorder la securite. Le

♦ Une recherche de rapprochement fusionnel: sein, aux mains, au corps entier et aux vétements de sa mara

Dans une situation de détresse (cf. cas de Mme F.); l'agrippement est la manifestation externe d'une tendance à un rapprochement protecteur, une recherche de contact rassurant,

un corps à corps : phénomène qui vise à restaurer par la proximité la dyade originelle. Une tentative, dans le mouvement régressif de l'agrippement à l'autre, d'approcher

l'état d'Amour primaire (BALINT).

"L'agilité de nos doigts éternellement affamés, éternellement en action...", "la mère et l'enfant depuis toujours ! leur indissoluble unité ! dissoute pourtant, dissoute trop tôt. Voilà de quoi nous sommes souvenir, souvenir agi, souvenir agissant, voilà notre instinct d'homme le plus primitif, notre instinct filial toujours frustré tou jours à l'oeuvre" (N. ABRAHAM).

Nous voilà face "au désir impossible de se cramponner

à la mère des pieds et des mains".

Quête de la mère, quête de l'unité duelle qui s'accomplit quelquefois, le temps d'une illusion, d'un d'une tétée de vampire. Cela nous renvoit à l'agrippement avide souvent ressenti auprès de Mme F. et à l'accolement fusionnel que le mourant peut nous faire vivre, avec comme question, qui s'agrippe alors à qui dans cette confusion?

♦ Un rappel de différenciation :

S'agripper implique un début d'attachement et la découverte d'un objet partiel ou total extérieur. L'agrippement présuppose la découverte fût-elle obscure

d'objets fermes et résistants auxquels s'accrocher.

Rappelons que l'agrippement volontaire chez le nourrisson se met en place progressivement au bout de 3 à 4 mois (coordination main - yeux), même si existe, dès la naissance, un agrippement - réflexe dans le cas de changement brusque de position.

Le visage, les mains, les seins de la mère sont premiers objets d'agrippement. S'agripper nécessite donc une différenciation soi - objet extérieur partiel ou total. Se profile alors la crainte possible de la séparation d'avec celui-ci, de sa perte.

Différenciation et séparation sont en lien étroit avec le travail de deuil, l'un au niveau du Moi, l'autre au niveau de la relation entre deux personnes.

De fait, le besoin de s'agripper est réactionnel à un traumatisme, une expression de la peur d'être lâché ou abandonné et en même temps une défense contre cette même peur.

N. ABRAHAM citant les travaux d'I. HERMANN souligne "l'archi-catastrophe du décramponnement, de la chute".

♦ Un appel à être porté :

Le but réel de l'agrippement est "d'user de la force pour amener notre objet à nous accorder la sécurité. Le but est d'être tenu, d'être porté. "C'est en se cramponnant au sein, aux mains, au corps entier et aux vêtements de sa mère que le petit d'homme déclencherait en réponse de sa part des conduites attribuées à un utopique instinct maternel (N. ABRAHAM). "Ainsi l'attention que porte la mère au bébé est

très concrètement vécue par lui comme un "porter" qui, le tenant physiquement à travers cet acte psychique, lui assure une existence et la confirme".

D - Quelques attitudes / réponses

IX" I svene alked go bythe or same

Face à ces régressions parfois massives de sujets âgés se traduisant par ce comportement de type agrippement, l'attitude - réponse de l'équipe soignante ira dans le sens (tenir) et d'un "holding" "<u>handling</u>" (soigner) (WINNICOTT).

nous renvoit au nursing, au travail Cela l'enveloppe corporelle d'abord puis au double réinvestissement

tant corporel que psychique (MOI - PEAU).

Le terme souvent employé dans le service est celui de "coconing" terme fabriqué à partir du mot "cocon" qui renvoit au cocon protecteur dans lequel le papillon prend vie, enveloppe de soie, emmaillottement primitif... réparation, reconstruction fantasmatique d'une peau protectrice imaginaire "contenant" pour la personne en proie à des véritable archaïques... ces personnes "éclatées" ou "en angoisses morceaux".

L'agrippement appelle un "être porté", un "être tenu"... Combien de fois en entretien avons-nous remarqué que la main qui agrippe, et qui en réponse, est tenue, se relâche progressivement réassurée, et se porte seule un temps... ou tout le temps, forte qu'elle est, de ce signe entendu : "vous

m'avez touché, j'y attache mon attention"!

Le temps du lien, de l'attachement est nécessaire le dessein que l'autre se porte seul (après avoir intériorisé "les bons soins", s'être réorganisé psychiquement) vers un projet de vie ou qu'il se porte seul vers un ailleurs par le mourir "après avoir tenté dans un agrippement ultime de se mettre une dernière fois complètement au monde avant de disparaître" (M. DE M'UZAN).

En ayant toujours à l'esprit que "plus ou est soi, plus on se sent seul", mais la douleur de se sentir seul est bien différente du sentiment angoissant de se sentir abandonné!

Du être porté à la portance (cette capacité du Moi à lui-même), le chemin est difficile etimpossible. l'accompagnement périlleux voire parfois écueils peuvent être mis en avant :

- Celui par exemple de figer l'autre en objet de soins à défaut de l'entendre comme sujet désirant, le cocon

devient prison...

(pulsion d'emprise / dépendance récurentielle).

- Dans le contact physique et psychique auquel nous convie l'agrippement, qu'est-ce qui de l'autre nous touche ? Tous les mouvements transférentiels ou contre-transférentiels qui vont nous mobiliser, nous faire violence individuellement et en groupe (équipe)... en n'oubliant jamais qu'accompagner l'autre est avant tout un travail sur soi-même.
- L'agrippement appelle un "tenir"... à quel moment

se transforme-t-il en risque de "retenir" ?

Agrippement du sujet âgé, agrippement du soignant...

qui s'agrippe à l'autre ?

Et cette phrase souvent évoquée face à celui qui ne s'inscrit pas tout à fait dans le désir de soin prévu : "Il nous file entre les doigts".

Eternel attachement, redoutable séparation : "Nous ne savons rien perdre, nous ne savons qu'échanger" (FREUD).

LUSION CONCLUSION

Et dans la difficulté de conclure... nous emprunterons ces mots entendus au hasard d'un service, laconiques mais néanmoins lourds de sens. "Il va mal, je mets une main dans la poche, il va très très mal, je mets ma deuxième main dans la poche, Je serre les poings et j'attends que ça passe...". Je serre les poings et j'attenus que ça passo....
Ultimes agrippements. Détachement.

Eléments de Bibliographie

ABRAHAM N., TOROK M.: L'Ecorce et le noyau, Flammarion 1987.

ANZIEU D. : Le Moi - Peau, Dunod 1985.

ANZIEU D. et coll. : Les enveloppes psychiques, Dunod 1987.

BALINT M. : Amour primaire et technique psychanalytique, Payot 1972. Les voies de la régression, Payot 1972.

BIANCHI H.: Le Moi et le temps, Dunod 1987. Vieillir ou les destins de l'attachement in "La guestion du vieillissement, Bordas 1989.

BOWLBY: Attachement et perte, tome 1, Paris P.U.F. 1978. tome 2, Paris P.U.F. 1978. tome 3, Paris P.U.F. 1982.

DE M'UZAN M. : De l'art à la mort, Gallimard 1977.

FREUD S.: Essais de psychanalyse, Payot 1981. La vie sexuelle, P.U.F. 1969. Inhibition, symptôme, angoisse, P.U.F. 1978. WINNICOTT : <u>De la pédiatrie à la psychanalyse</u>, Payot 1969. <u>Processus de maturation chez l'enfant</u>, Payot 1970.

ZAZZO: L'attachement, Delachaux Nestlé 1974.

<u>A la recherche de l'objet perdu</u> : Revue Française de Psychanalyse, janvier - février 1989.

FIXATION OU TRANSFERT ? QUAND LE VIEILLARD FAIT REVIVRE SES PARENTS

Pierre CHARAZAC

La Tour du Pin (38)

FIXATION OU TRANSFERT ?

QUAND LE VIEILLARD FAIT REVIVRE SES PARENTS

is a file. It is the still attach is the complete same that is the same of the same

The state of the s

La publication récente de la thèse d'un psychologue hollandais intitulée <u>Attachement et Démence</u> m'incite à revenir sur la clinique et la discussion psychopathologique d'un phénomène qui se place de toute évidence dans le champ de cette journée, celui de la dépendance et de la régression.

Bère MIESEN nomme "fixation parentale" le fait pour le vieillard dément de penser vivant un de ses parents ou les deux ensemble, alors qu'ils sont morts depuis des années. Il demande alors avec insistance où ils sont, exige de rentrer à la maison...

L'auteur ne s'étonne pas de ce que ce phénomène ait encore peu retenu l'attention des chercheurs et soit habituellement traité comme l'une parmi d'autres des manifestations des troubles cognitifs et mnésiques du dément, car les travaux sur la démence restent avant tout dirigés sur ses aspects neurobiologiques.

Constatant que les personnes âgées démentes conservent une certaine conscience de l'affaiblissement de leurs capacités cognitives et manifestent une vie émotionnelle jusqu'au stade terminal, MIESEN interprète la fixation parentale comme un cri de détresse exprimant un besoin de protection et de sécurité, c'est-à-dire comme une réaction aux conditions de vie créees par le processus démentiel.

Il lui applique quatre modèles théoriques dont aucun n'est toutefois spécifique de la démence :

- La théorie cognitive de la mémoire associative, pour laquelle la fixation parentale résulterait de la correspondance entre l'information présente et les informations stockées par la mémoire à long terme.
- La théorie de l'attachement selon BOWLBY qui l'interprétait comme une conduite d'attachement activée par la situation de détresse du vieillard dément.
- parents la valeur d'une information nouvelle recherchée activement pour faire face à la situation actuelle.

^{*} Psychiatre des Hôpitaux, Centre Psychothérapique du VION 38110 LA TOUR DU PIN.

- La psychanalyse junguienne pour laquelle les images parentales, inscrites dans l'inconscient individuel et dans l'inconscient collectif, se manifesteraient lorsque le transfert n'est plus possible avec l'environnement extérieur.

Cette recherche armée de questionnaires, d'échelles d'évaluation cognitives et comportementales, et d'enregistrements vidéo lui permet d'établir que ce sont les patients ayant le niveau cognitif le plus bas qui manifestent la fixation parentale et que ces derniers montrent moins de conduites d'attachement (toucher, pleurer, appeler les membres de la famille présents...) que les patients sans fixation parentale. Il conclut que la fixation parentale répond au même besoin de sécurité que les comportements d'attachement.

Le terme de fixation pose un vieillard tourné vers le passé mais n'éclaire pas les rapports existant entre l'expérience présente du vieillard dément et la dépendance qui a marqué sa petite enfance, ni la manière dont ce rapport s'établit pour chaque patient au niveau cognitif aussi bien qu'affectif.

and the first thing the participant in the property of the

Nous ne pouvons pas répondre à ces deux questions, ni accepter a priori l'interprétation de la survie des parents selon le désir de réformer le présent sur le modèle du passé, sans une meilleure connaissance de l'activité représentative du dément et de sa capacité de symbolisation. Il nous est par contre plus facile d'étudier comment cette mise en rapport du présent et du passé s'inscrit dans la relation actuelle du vieillard avec son environnement familial et soignant. C'est tout le sens de l'alternative que je propose entre fixation et transfert. Mais il est d'abord nécessaire de revenir à la clinique de l'évocation des parents comme personnes toujours vivantes, afin de souligner trois points importants.

Ce phénomène prend rarement la forme de la conviction isolée et inébranlable de la survie d'un ou des deux parents. J'en rapprocherai des manifestations plus fréquentes et moins différenciées telles que les erreurs de nomination des enfants ou des petits-enfants (en leur donnant le prénom d'un des parents) et tout ce qui dans les troubles cognitifs ramène le vieillard dans le cadre de son enfance : ancienne adresse des parents, confusion entre des éléments biographiques se rapportant à lui et aux parents... Ce phénomène pourrait aussi englober le fait de s'adresser aux soignants en les appelant Papa ou Maman.

D'autre part, ces phénomènes varient selon le moment et le contexte relationnel dans lequel se trouve le dément. C'est un caractère presque constant de ce que j'ai nommé la perte de la réalité chez le vieillard dépendant. J'insisterai enfin et surtout sur les affects 20115-12 accompagnant ces évocations. Contrastant avec l'appel à la protection et à la sécurité que l'on place souvent à l'origine de ce phénomène, j'ai souvent relevé la tonalité angoissée de ces évocations : le vieillard doit rentrer chez lui pour ne pas inquiéter ses parents ou parce qu'ils ne sont pas en sécurité, qu'ils sont malades et qu'il doit veiller sur eux. Tel autre nous accueille angoissé parce qu'il vient d'apprendre qu'un de ses parents, son conjoint ou un de ses enfants vient de mourir. Quand cette croyance est mise en acte, ce sont des fuques itératives parfois dramatiques, accompagnées de manifestations d'hostilité et de insécurité de part et d'autre, donnant à penser que le vieillard et son entourage se sentent alors en danger.

En résumé, à côté de rares expériences ayant montré le plaisir d'une personne âgée accueillant une parente ou une soignante en l'appelant Maman, et du cas particulier du dément affichant un détachement affectif apparemment massif à l'égard des parents supposés vivants aussi bien que de son entourage, j'ai surtout observé le phénomène de la survie des parents chez des patients en crise, angoissés par leur devenir et par celui de leur famille, et vivant cette évocation avec un sentiment de détresse ou de catastrophe imminente. Ces observations paraissent bien sûr mal s'accorder avec les termes d'attachement, de sécurité, de protection, de réassurance et de réparation qui reviennent presque constamment dans l'interprétation de ce phénomène.

Qu'apporte à la compréhension de ces états psychotiques de retrait de la réalité que sont les appels aux parents, la notion de transfert sortie du champ de la cure analytique où elle a pris naissance ?

and formation the appropriate and the appropriate and the appropriate and a series of the analysis of the appropriate and the appropriate appropriate

FREUD définit le transfert comme un message mettant le thérapeute à la place d'une personne absente appartenant habituellement au passé du patient. Pour NEYRAUT (Le Transfert, P.U.F., 1974) c'est tout à la fois une demande et une réponse implicite contenant l'une et l'autre un élément de répétition. Et c'est bien parce que cette demande l'implique autrement qu'un message s'adressant à un tiers absent, sur le modèle de la fixation, que l'analyste pourra le décrypter au travers de son contre-transfert.

L'hypothèse transférentielle fait aussi de la survie des parents plus qu'une fixation au passé. Elle suppose que le vieillard s'adressant aux parents nous donne d'abord au travers de ce qu'il nous fait vivre quelque chose à entendre, à reconnaître et éventuellement à agir. D'ailleurs les enfants de ces patients ne s'y trompent pas, qui n'entendent manifestement pas ces invocations comme un simple message

posthume. Leurs réactions affectives montrent à chaque fois qu'ils les reçoivent bien dans le registre du transfert comme des souvenirs en acte, c'est-à-dire des messages par lesquels le parent leur communique sa confiance ou sa méfiance, son désir de rapprochement ou de détachement.

Ces messages comportent donc une part d'agir et appellent un agir. Mais plutôt que la façon dont on y répond, c'est d'abord de recevoir et de comprendre le contenu affectif de cette communication qui importe. J'insiste d'autant plus sur ce point que les relations de dépendance nous placent inexorablement en position d'agir.

J'aborderai le transfert du vieillard dépendant en me référant au transfert du psychotique dont l'état de dépendance psychique est proche de celui du dément, en ce sens qu'ils éprouvent l'un et l'autre des difficultés pour s'approprier les contenus de leur réalité interne et qu'ils partagent le même besoin de les déposer en quelqu'un. Il est désormais reconnu que l'analyse du contre-transfert est notre premier mode de connaissance des affects de tels patients.

L'appel aux parents, dans sa forme verbale mais aussi non-verbale (auxquelles MIESEN donne finalement le même sens) éveille en nous des affects auxquels nous devons être réceptifs. La recherche de cet état de communication avec nous-mêmes est notre première forme de réponse au patient. Comme le psychotique livré à l'angoisse de morcellement, le vieillard dément cherche dans l'interlocuteur un contenant. Un des aspects de la dépendance psychique du dément est de placer son interlocuteur en position non seulement de vivre mais aussi de rassembler les affects qu'il lui communique. Or il est évident que cette double tâche n'est pas facile à remplir quand on songe qu'elle peut rendre malade la famille du dément.

La survie des parents dans le transfert du vieillard physiquement et psychiquement dépendant me paraît signifier deux demandes inconscientes, s'inscrivant l'une et l'autre dans une dimension narcissique régressive, mais dont l'articulation fait encore problème.

The constant of the second with the constant of the constant o

La première fait du retour des / aux parents une défense contre la dépendance actuelle par un appel à la dépendance primaire fondée sur l'illusion de l'omnipotence. La situation de dépendance active chez le vieillard des envies destructrices dont la dangerosité fantasmatique se mesure au silence recouvrant de part et d'autre ces affects, aussi bien qu'à la violence de certains passages à l'acte. Exprimer sa gratitude paraît tout aussi difficile et douloureux pour le vieillard. Il est remarquable qu'il la verbalise rarement et qu'il exprime plutôt son angoisse d'être rejeté, nous faisant

ainsi ressentir notre insuffisance vis à vis de ces modèles idéaux que seraient des parents immortels.

Les affects liés à la dépendance sont la répétition d'angoisses infantiles, plus précisément de moments dans lesquels l'image interne des bons parents s'est trouvée menacée. La ré-activation de la position schizo-paranoïde et la difficulté pour le vieillard psychiquement dépendant de se maintenir ou de se hisser à l'intégration de la position dépressive, l'amènent à recourir à des mécanismes de défense psychotiques tels que le clivage, le déni et l'omnipotence.

En s'efforçant de retrouver l'objet primaire parfait, indestructible et donc immortel, le vieillard dément dénie la réalité actuelle. Mais l'angoisse qui domine sa relation transférentielle montre l'échec de cette réédition des fantasmes infantiles d'immortalité. Il semble bien en effet que la réanimation des bons parents aille de pair avec celle des mauvais parents, comme si cette régression activait aussi le narcissisme destructeur décrit par ROSENFELD (<u>Impasse et interprétation</u>, P.U.F., 1990).

La relation narcissique omnipotente qui s'établit entre le vieillard et son groupe familial une véritable collusion quand 1e conduire à d'omnipotence rencontre lesmouvements individuel d'appropriation ou de rejet groupe, c'est-à-dire du composante destructrice des liens narcissiques familiaux. résumé, si la survie des parents est une tentative pour dépendance par une autre, l'illusion remplacer une complètement et l'angoisse du vieillard jamais dément marque l'échec de cette défense par le clivage.

Mais nous pouvons encore interpréter ce phénomène transférentiel à un niveau encore plus régressif. Au delà de l'imago maternelle toute puissante et idéalement bonne, clivée de celle de la mauvaise mère destructrice, l'actualisation des parents morts peut encore signifier l'aspiration au retour à la totalité mère-enfant dans laquelle le vieillard abandonnerait son identité d'être séparé pour se fondre dans la mère-terre. Cette ultime défense par la reconstitution de l'indifférenciation primitive se dédouble en deux images : celle de la dépendance absolue et celle de l'anéantissement du moi.

surdétermination đe 1'image Cette des peut-être un processus đe dé-différenciation, recouvrant évoque les images de la femme dans Le thème des trois coffrets où derrière le choix des trois soeurs se profilent pour FREUD les trois formes de l'image de la mère. "On pourrait dire, lit-on dans la conclusion de cet essai, que ce sont les trois inévitables relations de l'homme à la femme qui sont ici représentées : voici la génératrice, la compagne et la destructrice. Ou bien les trois formes sous lesquelles se présente, au cours de la vie, l'image même de la mère : la mère elle-même, l'amante que l'homme choisit à l'image de celle-ci et finalement, la Terre-Mère, qui le reprend à nouveau. Mais le vieil homme cherche vainement à ressaisir l'amour de la femme tel qu'il le reçut d'abord de sa mère ; seul la troisième des filles du Destin, la silencieuse déesse de la Mort, le recueillera dans ses bras".

in the control of the

MATERIAL CONTRACTOR STATE OF THE STATE OF TH

a Springer of

SOUVENIRS SANS MEMOIRE

"L'analyse est, comme l'écriture littéraire et l'amour une expérience où l'identité est sans cesse menacée, recomposée, insaisissable, inappropriable".

Michel SCHNEIDER ("Voleurs de mots")

ម្រាស់ មានស្គ្រាស់ មានស្គ្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ មានសម្គ្រាស់ មានសម្គ្រាស់ ស្រាស់ ស្រា ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ សម្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រាស់ ស្រា ស្រាស់ ស្រ

af noide sucher

a mollars or a cit overse estroit to or as a cit or a cit

Parler de la Manaire nous sitte en coeur de la prostion de l'inemablie ;

^{*} Psychologue clinicienne, Hobital Szint-Itan-de-Dieu, 290 route de Vienne 69008 LYCN.

SOUVENIRS SANS MEMOIRE

D. SUCHET *

Les souvenirs marquent l'âge. Le vieillard témoigne du déroulement du temps.

Plus il est âgé, plus il figure l'histoire voire même il la contient quand on entend : "chez nous un vieil homme qui

- C.E.

meurt c'est une bibliothèque qui brûle".

Le vieillard devenu centenaire est interrogé sur ses souvenirs; mais au fond le plaisir est d'entendre évoquer de vive voix ce que l'on a lu dans les livres d'histoire, ou ce dont on a entendu parler par certains qui le transmettent de plus anciens. Plaisir du vertige d'un pied de nez fait au temps inflexible.

Vieillir cela fourmille d'anecdotes, et ça commence quand on se souvient que l'on a été jeune, en disant qu'on l'est encore.

Si les souvenirs marquent l'âge, l'âge marque les souvenirs. Le grand âge c'est aussi la mémoire qui fait défaut; la mémoire, la chaîne qui s'use, se troue, voire se dissout, pour une trame de souvenirs perdus ou éparpillés et revenant radotés sans former d'histoire.

Le désordre des souvenirs peut marquer l'âge.

Vieillir se marque de manque.

Et ça commence quand un souvenir vient à se perdre dans un trou de la mémoire.

Parler de mémoire c'est aussi bien de celle de l'espèce dans la mesure de la transmission d'une génération à une autre des fonctionnements, que de celle de l'individu, historique ou génétique. La mémoire entrecroise les histoires phylogénétiques et ontogénétiques : parler de mémoire c'est faire des histoires.

Parler de la mémoire nous situe au coeur de la question de l'identité voire de la question de l'humanité;

^{*} Psychologue clinicienne, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 290 route de Vienne 69008 LYON.

les philosophes puis les psychologues en ont fait un objet de connaissance, qui doit rendre compte pour les uns de la pensée et pour les autres de la représentation, et les écrivains en

្ស់ ខ្លះក្នុង ឬបានក្នុង ១៩ នាក់សំពីជានេះក្រី ១៤៤៩១២៤០ ជាតិ ខេត្តការិសាល។ ឬដីការស្រុសស្រីយាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិសាស់ការិ

font toujours un sujet de création.

Parler de la mémoire pourrait être ambitieux, mais je me propose simplement aujourd'hui de parcourir quelques pistes de réflexion en écho aux questions qui se posent quand vieillissant, on est aux prises avec souvenirs et remémoration.

- Comment la remémoration oscille-t-elle chez la personne plus âgée du plaisir de la transmission de son histoire racontée, au radotage incessant des mêmes images indifférentes et incommunicables.

- Comment, si la mémoire se définit comme un processus de pensée et le souvenir comme des contenus de pensée, le destin de ce processus peut rendre compte d'un

vieillissement de la pensée.

Mon hypothèse est que si le vieillissement est marqué par une autre façon de se souvenir, ceci ne concerne pas seulement les souvenirs dans leur quantité ou leur netteté nouvelle mais cela concerne leur reprise dans un fantasme. Cette reprise qui est le véritable travail de la mémoire est un processus psychique comme le rêve ou le deuil et trouve un paradigme dans l'état amoureux ou dans l'engagement psychothérapique. En corollaire, lorsque ce travail échoue les souvenirs, déliés sont investis pour leur seul poids de réalité historique, ce sont des images sans histoire, laissant des sujets sans mémoire.

FREUD nous l'a appris, si l'ontogénèse reproduit la phylogénèse, les particularités héritées n'en sont pas moins acquises au cours du développement individuel, chacun doit

refaire pour lui-même le chemin.

La mémoire spécifie l'humain, pour autant la genèse de la mémoire pour chaque individu l'inscrit dans son histoire

propre.

Les théories psychologiques jusqu'à FREUD et poursuivies par une certaine philosophie définissent les souvenirs selon plusieurs axes : si le souvenir est une image ayant une organisation propre, son rapport avec la conscience est variable selon les auteurs, de DESCARTE qui en fait un contenu de conscience et de ce fait, étranger à la conscience à SARTRE qui en fait une modalité de la conscience.

Pour la psychologie, les liens entre acte et souvenirs sont au premier plan des analyses, le souvenir, plus généralement la pensée, sont des actes intériorisés. Pour WATSON par exemple, les fonctions spirituelles (la représentation ou le souvenir en sont) sont de la motricité

implicite.

Ce devenu implicite est la fonction symbolique même et ainsi

la pensée n'est qu'un discours inaudible.

Cette théorie rend également compte de l'oubli ; ce qui est oublié, l'amnésie infantile, est ce qui n'a pu être verbalisé.

Cette théorie donnera lieu à toutes les applications thérapeutiques où la verbalisation, le comportement voudraient

restaurer le souvenir défaillant ou pathogène. Ce sont les théories comportementales. Ce sont pourtant ces principes d'un réalisme mémoriel où mémoire et souvenirs ont une réalité propre historique qui guidèrent FREUD dans les débuts de ses recherches.

Jean PIAGET va développer l'hypothèse explicative du souvenir par l'intériorisation d'actes. Il associe l'apparition des contenus représentatifs à la relation à l'objet, et en cela s'éloigne fondamentalement des théories comportementalistes, nouant plutôt l'activité de mémoire, dans l'histoire du sujet au moment où l'individu se constitue dans la représentation de l'objet absent.

Le souvenir naît des retrouvailles (1) même d'un

objet perdu.

Mais ces différentes analyses psychologiques font l'impasse sur la dimension affective de l'activité de souvenance. Jean GUILLAUMIN dans son ouvrage : "la genèse du souvenir" l'analyse, et dit que même si PIAGET hésite, il ne proposera jamais une hypothèse affective de la genèse du souvenir.

Pourtant que ce soient les littéraires ou les romantiques allemands, les philosophes avec par exemple BERGSON qui l'affirme : "il n'y a pas de souvenance sans affect" ou même le bon sens qui voudrait réduire remémoration et mise en mémoire à la tonalité affective agréable ou désagréable des évènements, toujours, affects et souvenirs sont liés. La théorie analytique rend compte des liens entre affectivité et souvenir ; on peut suivre le destin de la place de l'affect dans le souvenir et la remémoration au fil de l'oeuvre de FREUD. Au début ce sont les premières interrogations avec BREUER sur l'hystérie. C'est une période de réalisme mémoriel où il suffit de retrouver dans le réel d'une histoire un souvenir "falsifié" par l'affect.

Puis au fur et à mesure des avancées techniques (conceptualisation du transfert) et théoriques, le fantasme vient réaliser le souvenir et lui donner une dimension de plus

en plus psychique.

Ce cheminement, déterminé, pour autant n'est pas sans hésitation pour FREUD qui jusqu'à la fin de sa vie, et peutêtre plus à la fin, gardera un intérêt pour la réalité du souvenir (texte de 1937 construction en analyse et analyse sans fin).

⁽¹⁾ Le substantif du verbe retrouver, en français est unique. Retrouvaille est d'un usage rare ou familier. Le mot usuel le plus proche serait recouvrement, mais il indiquerait la restitution d'une qualité propre, d'un dû, ce qui éloigne du champ de l'objectalité, où l'on se situe dès qu'il s'agit de perte d'objet.

Je voudrais m'arrêter à ce moment irréversible de percée dans la pensée freudienne ; moment où l'intérêt se déplace depuis une réalité historique à retrouver jusqu'à l'actuel de la fantasmatisation, moment où la réalité externe est désinvestie pour la réalité interne. (1)

Ce qu'il convient de comprendre, c'est que ce temps de constitution de l'appareil conceptuel psychanalytique est homothétique de l'esprit d'écoute psychanalytique des recherches et des inquiétudes des patients âgés ou non, et qu'il est homologue du moment de l'apparition du souvenir chez l'enfant ; ce souvenir indique une certaine qualité du fonctionnement psychique.

Jean GUILLAUMIN :

"Le premier moment de la remémoration consciente est placé sous le signe de l'inhibition. L'enfant s'arrête il y a un renversement actif des conduites de relation et immédiatement il y a une manifestation affective" (et plus loin) "l'enfant répète en secret et témoigne de l'investissement affectif de la réminiscence".

Il faut aimer se souvenir pour se souvenir ; c'est au fond ce que l'on rencontre au cours de certains

vieillissements heureux où la personne empêchée dans l'action, ralentie dans sa motricité, confrontée aux deuils, retrouve des souvenirs, et avec eux, la nostalgie que des mémoires quelquefois offrent à la lecture.

Le travail d'écriture de Marcel PROUST est articulé dans la recherche d'un temps qui n'est plus. Il y cherche là son style, son histoire, son livre, et le bonheur tout ensemble. Bien qu'il ne soit pas un vieillard, c'est un travail de mise en mémoire qui lui demande une attention psychique particulière.

"Longtemps, je me suis couché de bonne heure, ..."
(2).

C'est le début de la recherche du temps perdu (1913)
PROUST plus loin écrit.

"C'est peine perdu que nous cherchions à évoquer (notre passé), tous les efforts de notre intelligence sont inutiles. Il est caché loin de son domaine et de sa portée, en quelque objet matériel (ou la sensation que nous donnerait cet objet matériel) que nous ne soupçonnons pas cet objet, il dépend du hasard que nous le rencontrions ou que nous ne le rencontrions pas"..

(1) C'est moi qui soulique.

- (1) cf. D. SUCHET "le poids de l'âge"
 dans le n°5 des actes de l'ARAGP.
- (2) Extraits de "A la recherche du temps perdu"
 Du côté de chez SWANN. Ed. LAFFONT, T 1, 851 p.

Heureusement PROUST, plutôt le Narrateur le rencontre: "Il y avait déjà bien des années que, de Combray tout ce qui n'était pas le théâtre et le drame de mon coucher, n'existait plus pour moi, quand un jour d'hiver comme je rentrai à la maison, ma mère, voyant que j'avais froid, me proposa de ne me faire prendre, contre mon habitude un peu de thé. Je refusai d'abord et, je ne sais pourquoi me ravisai. Elle envoya chercher un de ces gâteaux courts et dodus appelés petites madeleines qui semblent avoir été moulées dans la valve rainurée d'une coquille de Saint-Jacques. Et bientôt, machinalement, accablé, par la morne journée et la perspective d'un triste lendemain je portai à mes lèvres une cuillerée du thé où j'avais laissé s'amollir un morceau de madeleine.

Mais à l'instant même où la gorgée mêlée de miettes de gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passe d'extraordinaire en moi. Un plaisir délicieux m'avait envahi, isolé, sans la notion de sa cause... Il m'avait aussitôt rendu les vicissitudes... de la vie indifférente. De

la même façon qu'opère l'amour...

Je bois une seconde gorgée où je ne trouve rien de plus que la première, une troisième qui m'apporte un peu moins que la seconde. Il est temps que je m'arrête, la vertu breuvage semble diminuer. Il est clair que la vérité que je cherche n'est pas en lui, mais en moi. (1)

Je pose la tasse et me tourne vers mon esprit. C'est

à lui de trouver la vérité..."

Pour le Narrateur, c'est une tâche difficile que de solliciter son esprit, il tente quelques raisonnements

hypothético-déductifs et va renoncer quand :

" Et tout d'un coup le souvenir m'est apparu. Ce goût c'était celui du petit morceau de madeleine que le dimanche matin à Combray... ma tante Léonine... m'offrait... La vue de la petite madeleine ne m'avait rien rappelé avant que je n'y goûté, ... Mais quand d'un passé ancien rien subsiste, après la mort des êtres, après la destruction des plus seules plus frêles mais vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles l'odeur et la saveur restent encore longtemps comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer, sur la ruine de tout le reste, à porter fléchir, sur leur gouttelette presque impalpable, l'édifice immense du souvenir..."

Survient alors pour le narrateur l'ensemble des souvenirs de Combray : maisons, jardin, fleurs, personnages, tout cela est sorti, dit-il, de sa tasse de thé.

Il est tout à fait dommage de découper ainsi le texte de PROUST.

Réduire ou choisir, c'est falsifier le style de celui qui ajoutait des mots aux mots, des phrases aux phrases et, avec ses paperolles, des pages aux pages.

C'est toucher peut-être à la saveur même du texte là où se ressent pour le lecteur le souvenir. Le style selon Didier ANZIEU c'est l'ensemble des traces des arrimages du corps de l'enfant au corps de la mère, à la voix de la mère et à son propre corps. Cependant ces extraits me semblent un remarquable témoignage du travail de souvenance.

Il faut trois temps pour accéder au plaisir du souvenir retrouvé. Deux temps de renoncement et un temps d'accord. Renoncement du souvenir-catharsis, le souvenir-réalité, morceau d'histoire qui s'imposerait par la magie d'une rencontre avec une réalité actuelle identique.

Renoncement au choc de l'émotion donc.

Renoncement aussi à la recherche intellectuelle, comme pour retrouver l'histoire par raisonnement et déduction.

Renoncement au poids des mots alors.

Renoncement à deux aveuglements, celui des souvenirs pris comme objets extérieurs qu'ils soient ramenés parule dehors ou déduits du dedans.

Troisième temps, d'un commun accord, le souvenir s'impose.

Jean-Bertrand PONTALIS cite Karl FRIEDRICH, peintre:
"Clos ton oeil physique afin de voir d'abord ton
tableau avec l'oeil de l'esprit, ensuite fais monter au jour
ce que tu as vu dans la nuit".

D'un commun accord entre maintenant et autrefois - en écho - le moment du souvenir subvertit la scansion du temps, il abolit la diachronie, impose la synchronie par l'atemporalité du fantasme qui les réunit.

Ce dont le Narrateur de PROUST témoigne, c'est de la force du souvenir pour lui-même, souvenir qui advient, par delà les sensations et le raisonnement, FREUD presque dans les mêmes années le théorise. C'est en 1899 le texte sur le souvenir couverture (ou souvenir écran). Depuis plus d'un an FREUD poursuit méthodiquement son auto-analyse. Ce travail sur lui et en lui s'est imposé dans le temps du deuil de son père dont il dit:

"Du fait de la mort, tout resurgit".

Temps de deuil où affluent les souvenirs. Temps de deuil, travail du souvenir, puisque ce n'est au bout du compte que le temps de constituer un autre souvenir de l'absent. Une autre image. Abandonner une articulation douloureuse du passé sur le présent et accéder à un jeu possible entre passé, présent et avenir.

Temps d'auto-analyse, aussi qui de même se marque par la remémoration.

Dans la foulée du renoncement à la théorie de la séduction, le statut du souvenir change. Pour FREUD cela s'impose, le souvenir n'existe pas en dehors d'un fantasme. Un fantasme agit dans le travail de la constitution du souvenir, par le tri de ce qui est gardé sur le devant de la scène et de ce qui est mis de côté ou réprimé.

Un fantasme agit aussi dans la remémoration. Le souvenir se forme par la mise en contact d'une trace mnésique avec une fantaisie. Ainsi fantasme et souvenir sont dans un rapport réciproque et atemporel de délégation et de représentation. Un souvenir couverture est un recouvrement (dans les deux sens du terme) de souvenirs d'enfance oubliés antérieurs ou ultérieurs. C'est le fruit d'une élaboration psychique à la

fois consciente et inconsciente, il rend toujours compte de la sexualité infantile c'est-à-dire du complexe d'Oedipe et de la castration.

Le souvenir que choisit FREUD est celui, dit-il, d'un ami :

"Dans un champ de fleurs jaunes, tout jeune garçon avec son cousin, il arrache un bouquet de fleurs cueillies par une fillette, sa cousine, et s'en trouve récompensé par deux femmes qui sont là avec un morceau de pain qui, dit-il, "garde dans mon souvenir un goût délicieux".

Par le jeu associatif déclenché avec le jaune des fleurs, couleur des pissenlits et de la robe d'une jeune fille désirable rencontrée beaucoup plus tard à une époque où il devait gagner son pain, et par l'association de, arracher un bouquet de fleurs et déflorer, ce souvenir révèle un contenu beaucoup moins innocent qu'il n'y paraissait à première écoute. La fantaisie réprimée rencontre une trace mnésique ancienne qui paraît plus inoffensive et peut aller jusqu'à la conscience.

Le récit du souvenir, comme le récit du rêve, s'organise selon un ou plusieurs fantasmes. Derrière diachronie apparente de ces récits de l'enfance, par l'adresse du récit du souvenir apparaît la synchronie fantasmatique de l'écho, dans la sexualité de l'adulte, de la sexualité infantile, c'est-à-dire complexe d'Oedipe et castration.

Madeleine C. (1) perd la mémoire. C'est ce qui la conduit en consultation au centre.

Elle voudrait que cela change. C'est contrariant, dit-elle, elle reste malgré tout assez indifférente, notant seulement que c'est le changement qui l'étonne.

A la suite de cette demande de soin, elle aura une chimiothérapie, accompagnée d'entretiens psychologiques sous forme de bilan d'évaluation mnésique, ceci, selon la modalité du protocole de soin dont elle bénéficie.

Pendant plusieurs mois, je verrai Madeleine C. très les 15 jours pour ses régulièrement tous consultations. Madeleine C. investit ce temps de rencontre où elle est invitée à parler comme elle l'entend, comme elle le sent, de sa mémoire.

Elle ne s'en prive pas.

Elle est conscieuse. Elle décrit sa mémoire avec un souci de précision que je peux maintenant qualifier elle peut d'autant mieux objectiver fonctionnement mnésique que par un mécanisme d'isolation, sa mémoire est hors d'elle. Objet d'étude scientifique, celle-là est analysée, jugée, observée, par elle décrite et par nous traitée. Elle n'y est pas. Ni moi non plus. C'est comme si nous nous croisions sans vraiment nous rencontrer au fil du cheminement de ces entretiens.

Cette dame est sympathique ; l'ambiance de ses bilans est agréable. Mais je ne peux pas me tromper. Il n'a jamais été question de psychothérapie et tout ce qui se passe là en

proque et atemporel de délégation et de representation. Un (1) Pour elle, j'hésitais encore entre deux acrophones. Madame C. ou Madame G. Dans l'oscillation entre savoir et avoir, Madeleine pour ses larmes l'a nommée.

est bien la preuve. Et puis, quelquefois, je pourrai même imaginer que c'est un cas enfin indiscutable d'amnésie purement organique. Inutile d'y être donc. Autrement dit, à part ça (l'amnésie), tout va bien... C'est ce qu'elle dit, et ce qu'elle me laisse penser.

Enfin, c'est ce que je croyais jusqu'au jour où

plusieurs éléments se sont associés en mon esprit.

Premier point d'accrochage.

Je suis frappée par un mécanisme répétitif d'erreur

dans ces bilans de rétention mnésique.

L'exercice consiste à reconnaître des pictogrammes, des dessins, de plus en plus schématisés puis mis dans le désordre. Et souvent, Madeleine C. a un mécanisme de dénégation étonnant, elle dit:

"Ce ne peut pas être ça (la chose juste le plus souvent)" et suit alors une rationnalisation de ce jugement

par une autre dénégation.

Par exemple, il peut s'agir dans les dessins d'une voiture vue de profil qui sur la planche suivante, est représentée par deux roues réunies par un trait (voulant figurer comme des roues réunies par un essieu).

Cette simplification ne fait appel à aucune symbolisation, c'est la prise d'une partie pour représenter le

tout. Par simplification c'est une figure de métonymie.

Madeleine C. dit à la vue du deuxième dessin : "ce ne peut pas être <u>la</u> voiture, parce que avec <u>deux roues</u> elle ne roule pas".

La voiture est deux fois reconnue : ("là", "deux roues"), deux fois niée, la proposition est jugée fausse et rejetée. "Alors ?" je demande, et elle cherche ce, à quoi ces deux ronds reliés lui font penser, et souvent d'ailleurs échoue dans cette voie métaphorique. Echec qu'elle ponctue rituellement d'un : "c'est honteux".

Deuxième point d'accrochage : la métaphore justement,

l'histoire.

Cette dame vive, plutôt poussée par un désir de réussir, cultivée, souvent imaginative dans sa vie, là, n'a jamais aucune image associée quand sa mémoire fait défaut "cela ne lui fait penser à rien", pas d'humour, pas de poésie. Aucun jeu entre les représentations ne paraît possible.

Enfin, troisième point d'accrochage : il me concerne.

Pourquoi est-ce si agréable de travailler avec Madeleine C.?

Ce dispositif de travail, des bilans mnésiques, n'est pas celui qui sollicite mon fonctionnement interne comme je le préfère, mes capacités de rêverie et d'association, et pourtant avec Madeleine C. je me sens au travail, réellement. Et c'est une question d'histoire, de métaphore.

En me parlant de sa mémoire qui ne fonctionne pas toujours, lui fait de mauvais tours, n'est pas fidèle, et sur laquelle elle ne peut plus compter, Madeleine n'a pas réussi à m'imposer la pensée d'une partie détachée d'elle que nous serions là en train d'analyser, soigner, médiquer, évaluer. Je pense plutôt à un compagnon, à un ou une amie, je ne sais pas. Vieilli, changé, étonnant, troublant, qu'elle me présente au fil des séances ; et le plaisir dont elle témoigne est celui, pour moi en l'écoutant, de sa relation affective à ce compagnon, ce double d'elle-même et de son histoire.

Ce qu'elle me propose c'est une figure de métonymie : prenez une partie de moi et vous m'aurez toute

entière sans moi.

Ce que j'entends c'est une figure de métaphore où se lient et se lisent la douleur des investissements affectifs déçus.

Métaphore - métonymie.

Je pense au texte de Guy ROSOLATO à ce sujet et plus précisément quand il met en lien ces deux modalités de pensée avec la relation d'inconnu.

La relation d'inconnu, est façonnée par la relation originaire à la mère. Elle a partie liée avec le non dit - avec la mort - et tente de rester dans l'ombre de la référence au père. Parmi les destins de la relation d'inconnu, Guy ROSOLATO mentionne la résistance à l'inconnu par la capacité de tenir à l'écart tout inconnu dans le langage et de réduire celui-ci à une cohérence métonymique, comme par exemple dans les relations humaines pragmatiques, l'enseignement ou les échanges de savoir. Il n'y a pas d'équivoque, l'inconnu est repéré voire défini, en tout cas, à connaître et au dehors.

Il n'y a pas de place pour les formations de l'inconscient, pas de place pour l'inconnu et pas de jeu métaphorique possible. Lorsque le jeu métaphorique apparaît, le "comme si", la relation d'inconnu est incluse dans le langage et le fonctionnement du sujet, par le seul fait que les mots ne rendent jamais compte des choses qu'ils désignent, et que les choses résistent aux mots qui les désignent.

Ainsi, entre Madeleine C. et moi les croisements de langage et de sens rendent compte d'une rencontre et d'un

espace de jeu possible.

Dès lors, un travail psychothérapique est envisageable. Je lui en parle.

Commencé ainsi, il se poursuit en entretien de face à face.

Elle me raconte la vie de sa mémoire.

Celle-ci a toujours été bonne. Elle retenait tout. A l'école on la sollicitait.

La mémoire de Madeleine C. était régulièrement interrogée par son père qui lui donnait des exercices quotidiens.

(Vous voyez pourquoi je pouvais être sensible à son

application que j'ai qualifiée de scolaire à mon égard).

Madeleine C. avait un entraînement mnésique parfait que jalousaient ses camarades et surveillantes et dont elle est encore fière.

La petite fille qui avait une telle mémoire prodigieuse était contrainte au silence. Silence du coeur en tout cas.

Son père ne parlait jamais en dehors des exercices pour la mémoire, et dans sa famille il n'était pas question qu'un enfant ait une pensée, un sentiment, une affectivité exprimés.

Pendant un temps, j'ai pu penser selon une lecture oedipienne et ainsi comprendre le fonctionnement psychique de Madeleine C. et son symptôme, où, dans un transfert paternel se retrouvaient le désir et la culpabilité de travailler sa mémoire ; plaisir de retenir ou celui de ne rien retenir ce

que son père lui donnait.

Mais retenir pour restituer ni plus ni moins un contenu non transformé, un contenu qui l'aurait traversée sans s'altérer, sans s'enrichir ni l'enrichir d'ailleurs. Retenir l'information et ne pas la laisser contaminer par la moindre émotion; ses affects sont domptés dans ces séquences de leçons particulières où un père sévère, qu'elle dit trop dur, reprend ce qu'il lui a donné. Des morceaux de mots et de phrases disjoints de son coeur. Elle dresse sa mémoire endurcie loin du coeur - Aujourd'hui elle dit, quand elle est anxieuse sans raison apparente: "jai gardé l'ennui mais j'ai perdu la chose", et je pense à toutes ces récitations de choses d'où l'évocation de l'ennui et d'autres affects étaient exclus.

Aujourd'hui encore, on peut comprendre cette façon de justifier ces amnésies par des jugements de valeur : c'est bon, je garde, c'est mauvais, je jette ; et aussi cette indifférence toujours aussi présente, et aussi l'impossibilité de raconter ou de se raconter des histoires "quand cela vient à manquer".

Aucune émotion... Il n'y a plus ni bon, ni mauvais souvenir, il y a des images qu'elle peut ou ne peut pas

évoquer, réciter.

Puis c'est une nouvelle phase de la thérapie.

Cette phase commence quand j'ai de plus en plus le sentiment que Madeleine C. raconte. Mais, ni elle ne se raconte, elle récite, restitue, son histoire sans adresse.

Elle décrit des séquences entières de sa vie. Les souvenirs affluent, mais ce qui compte pour elle c'est plus le fait de se souvenir ou de ne pas se souvenir et au fond le contenu du souvenir lui-même semble peu importer. J'ai l'image d'une chronique.

La chronique du passé ce n'est pas l'histoire. Page d'un mauvais journal peut-être, mais sûrement pas chapître de

belles mémoires.

Cette idée de chronique fait son chemin.

Je ne suis plus seulement un père - professeur - examinateur - sévère. Je suis le lecteur d'un récit qui ne m'est pas adressé. Récit de vie donné à lire.

Alors d'autres souvenirs reviennent.

Jeune mariée elle doit quitter sa mère pour suivre son mari dans ce pays froid du Nord où le confort matériel ne saura pas toujours allumer le feu de ses émotions, et de là tous les jours elle écrit à sa mère pour lui raconter.

Aujourd'hui elle pense lui avoir tout dit, elle n'a plus rien à dire, et n'a pu garder ses lettres, elle n'a plus ni trace interne ni trace externe ; c'est pour cela conclutelle que les enfants ne sauront rien et puis que cela ne les intéresse pas.

Pourtant encore, là elle ne paraît pas très affectée. Tableau pourtant bien émouvant de la jeune mariée, de sa mère et des enfants à venir. Plus tard, je comprendrai que ses enfants ne sont pas ceux que l'on croit c'est-à-dire les

siens, nombreux, dont elle mélange sans beaucoup d'affliction les dates de naissance, de mort, et les prénoms. Sauf à les réciter tous dans l'ordre, bien sûr.

L'enfant qui ne s'intéresse pas à la vie est un frère mort quand il avait 7 ans et que Madeleine C. en avait 5. Premier né qui laisse une maman aux yeux sans cesse pleins de larmes, toujours prête à s'effondrer, et Madeleine C. petite fille intelligente pour plaire à sa mère fera silence sur ce malheur, sur son malheur, sur tous ses sentiments. Et pour toujours. Oublier les sentiments, les taire - taire et oublier.

Deux raisons d'oublier. Madeleine C. pourra investir l'amnésie, la retenue comme mode relationnel infantile aux imagos parentales, père et mère réunis dans le silence aujourd'hui de la mort. L'amnésie est une fantaisie qui retrouve en Madeleine C. l'énigme de la rencontre parentale, et où tous les scénarios trouvent place.

Elle ajoute: "chez nous quand quelqu'un mourait, on n'en parlait plus jamais". Entrer dans l'amnésie, c'est entrer dans la mémoire. Celui dont on ne parle pas, celui qui sort de la tête croit-on, en fait envahit toute la pensée maternelle. Perdre la mémoire pour elle est d'une certaine façon se déposer, dans la pensée maternelle définitivement, comme une première fois avec les lettres quotidiennes. Dans un souvenir éternel.

Avec Madeleine C. on voit bien comment le trouble du souvenir concerne moins le contenu mnésique que le processus mnésique, et que l'investissement du processus mnésique luimême raconte la vie.

Mais encore faut-il pour avoir accès au processus se désengager de la fascination des contenus mnésiques.

Pour Madeleine C. les contenus défendent l'accès au processus de deux façons différentes, successives dans cette présentation et dans ma compréhension mais en fait simultanées en elle.

La première barrière est l'absence manifeste de contenus. Absence de souvenir ne veut pas dire absence de mémoire, mais plutôt une manière de mémoire. Et comment pourrait-il en être autrement au moment du vieillissement quand le sujet doit faire face à une plus grande masse de souvenirs. Je cite une patiente venue à 65 ans en psychothérapie pour des préoccupations sentimentales et amoureuses. Ce jour-là, elle dit qu'elle a oublié ce qu'elle voulait me dire. Il y a un silence, puis "la vieillesse, c'est difficile, parce que les souvenirs d'autrefois reviennent différemment, avec plus de présence, ils sont actuels".

L'afflux de souvenirs conduirait le sujet à une réorganisation dynamique de l'ensemble du fonctionnement mnésique. Reprise, dont l'appareil psychique avec l'après coup a le don... Le don, mais pas tout à fait le mystère.

a le don.... Le don, mais pas tout à fait le mystère.

Ce réaménagement obéit à l'ensemble des lois des processus psychiques, qu'ils soient primaires ou secondaires, et de ce fait aura un destin heureux ou malheureux.

Le destin malheureux est celui de l'amnésie de la démence.

et des enfants a venir. Plus tard, je compreniral que se: enfants ne sont pas ceux que l'on croit c'est-à-dire le: La personne perd son histoire. Sa reconnaissance du temps s'effondre. Il n'y a plus ni présent, ni futur, tout est actuel, le passé comme l'avenir sont là ensemble.

Les mots ne se séparent plus des choses, et bientôt ne se séparent même plus les uns des autres. La voix semble emprunter un texte qui n'est pas pour elle. Le son et le sens ne se correspondent pas. L'autre, celui qui entend,

quelquefois écoute, n'est qu'interloqué.

Les souvenirs énoncés, hâchés, sont comme des objets bizarres, n'ayant plus de valeur de communication de sens ou valeur de témoignage. Ils sont là certifiant du seul fait que l'on a été vivant, que l'on est vivant ; des souvenirs ou plutôt des choses souvenirs-caparaces souvenues, sans sans adresse, indéfiniment, l'interlocuteur aléatoire qu'eux-mêmes désespèrent, souvenirs carapaces fermés sur eux-mêmes, galets qui s'entrechoquent. Voilà pour le destin malheureux.

Le destin heureux c'est lorsque le sujet peut affronter la reprise élaborative des évocations secondaires, précipitées par l'actuel des pertes et des changements du vieillissement.

C'est affronter la relecture des souvenirs, des identifications, qui jusqu'alors assuraient la stabilité de la personnalité, et en accepter l'interprétation dans les différents registres qui s'y entrecroisent.

C'est découvrir qu'un souvenir est un fantasme, et

qu'un fantasme dit l'histoire.

C'est accepter cette analyse qui ne se dit pas sans s'agripper défensivement à un des niveaux que l'on dit vrai.

C'est pouvoir écrire un nouveau texte. Ce temps peut d'ailleurs donner lieu à l'écriture de mémoires ou de récit.

C'est lorsque le sujet a trouvé un interlocuteur interne suffisamment fiable à qui adresser son récit. L'histoire c'est alors les souvenirs liés dans une mémoire vivante, elle se reconstruit dans un "je me souviens" c'est-àdire je, se souvient, de moi.

Passé et présent liés et distincts. Liés dans un fantasme au nom du principe du plaisir et distincts dans le

temps au nom du principe de réalité.

Je me souviens, c'est quand les souvenirs peuvent advenir et être traités dans une pensée suffisamment souple et solide pour affronter le poids d'angoisse, de peine et de joie qui leur sont accrochés. Je me souviens et je te raconte, encore faut-il ne pas s'arrêter en route comme ce pourrait être le cas pour Madeleine C.

La seconde barrière est celle de souvenirs trop bien ficelés. Textes trop bien léchés.

Souvenirs trop nets, ils passent pour des souvenirs de l'enfance. Ils peuvent emprunter un temps le statut de souvenirs-couverture et ne sont que des souvenirs d'avoir été enfants.

D'allure oedipienne le plus souvent comme les souvenirs de récitation de leçons de Madeleine C., ils reviennent répétitivement, isolés, par association avec des sensations actuelles.

Mais ils ne paraissent pas suivre le devenir des souvenirs-couverture ; en effet, ils résistent à la mise en sens. Leur actualisation dans un champ transférentiel pour autant ne leur fait pas perdre leur dimension fantasmatique inconsciente qui les fige, ils ne donnent pas lieu à des jeux identificatoires. Ils ne sont pas dissouts, ne deviennent pas des morceaux d'histoire d'enfance, pris dans le tissu d'un récit.

Ils demeurent tels quels.

Olivier FLOURNOY, à l'époque où l'on parlait encore de souvenirs-écran repère l'organisation psychique d'imagesécran. Ces images présentent le bonheur de la satisfaction oedipienne et surtout associé, le bonheur de la complétude. Mais elles masquent une blessure narcissique, l'image s'est substituée à la blessure dont chacun d'entre nous garde la trace. L'image ferme la blessure, elle doit ne pas bouger au risque de réveiller la douleur. Cette blessure narcissique est double ou en deux temps : d'une part celle de la mère absente. Cette première atteinte à notre narcissisme infantile nous a conduit à la pensée. Mais c'est là le deuxième coup pour le narcissisme. Le fonctionnement mental lui-même l'inflige. (On peut dire que c'est le temps de l'intériorisation de la blessure) : voilà que penser ne permettra jamais de créer l'objet en soi totalement. A ce moment-là, un désir peut apparaître, celui du non fonctionnement. Celui du retour à l'état antérieur. Dans les images-écran voire plus avant dans souvenirs-carapaces de j'appelais les l'amnésie démentielle, on peut reconnaître l'actualisation figée de ce fantasme de non fonctionnement psychique.

L'isolation du souvenir, sa déliaison porte la trace

du travail, de la pulsion de mort.

Au moment de la reprise dans l'après-coup du vieillissement, l'issue élaborative se ferme et la psyché se voile d'images de souvenirs qui ne se racontent pas, mais s'égrènent épars, déliés. Ne nous y trompons pas, les voiles peuvent être flatteurs si l'écran oedipien reste le garant du

fantasme inconscient de complétude narcissique.

Ainsi en est-il pour Madeleine Ĉ. Il a bien fallu pour elle, afin d'échapper à la répétitivité de la même histoire de leçon, au trait oedipien assuré, accepter de mettre en cause son évidence et son confort. Apparaît alors, une autre histoire intriquée avec son poids de douleur et d'angoisse narcissique plus archaïque. Le texte est moins précis, moins récité, elle y est plus près d'elle-même, cependant.

La reprise élaborative dépend bien sûr de la solidité des images internes.

En commençant cette intervention, je disais que cette reprise élaborative trouvait un paradigme dans l'état amoureux et dans l'engagement psychothérapique. A ce titre, je trouve exemplaire le texte de FREUD. Pour nous parler du souvenir-couverture, il nous parle de son premier élan amoureux d'adolescent. Parce que cet ami est fictif, il l'a imaginé. Voilà pour le sentiment amoureux. Et puis, se remémorer et théoriser sur la remémoration l'engage à un texte dialogué. Dialogue de lui à lui, de lui à un autre. Voilà pour la psychothérapie.

- sur le dessin, il y a deux vieillards qui se font face. Le vieux monsieur tendrement se penche vers la vieille dame et lui dit : "S'il te plaît Elcira,

surtout ne te fâche pas,
mais nous étions quoi ?
ami ? frère et soeurs ?
mari et femme ?..." (1).

Le tragique dans perdre la mémoire serait de perdre l'amour, amour et mémoire liés, liant.

Les amoureux qui s'aiment ne peuvent imaginer avoir pu vivre sans l'autre. Il se racontent leurs souvenirs, s'inventent d'impossibles rencontres autrefois, et tissent

leur passé avec des bribes de présent.

A se convoquer inlassablement ainsi dans le passé ou l'avenir, ils indiquent que ce temps de complétude à deux, de narcissisme de fait de l'amour partagé, tolère mal l'énigme d'un autre temps, sans toi. Ils tressent les images du monde d'autrefois et des autres fois avec les liens de l'objet retrouvé.

Le deuxième paradigme est l'engagement psychothérapique. L'écoute d'une parole qui se défait plus qu'elle ne se forme en même temps qu'elle adresse les pensées, laisse entendre une manière de mémoire au travail.

Les catégories chronologiques sont subverties. Les histoires du passé s'entrecroisent avec celles du présent et des souvenirs adviennent comme des fantasmes.

Il convient d'accepter ce desserrement du récit.

Georges PEREC, écrivain du souvenir, pendant longtemps a écrit ses rêves. Il souhaitait qu'ils le racontent, l'expliquent, le transforment. Ses rêves étaient écrits méthodiquement, trop clairs et très énigmatiques. Ce sont, dit-il, des rêves carapaces. Je lui ai emprunté le mot.

"S'ils furent un jour déchiffrable" dit-il : "c'est lorsqu'ils purent devenir balbutiants, mot longtemps cherché, hésitations, sensations oppressantes, et non plus phrases trop léchées, textes trop bien ponctués où ne manquent jamais le titre ni la chute".

Ainsi en est-il des souvenirs, la mémoire les troubles, les lie et les anime.

La mémoire fait des histoires aux souvenirs.

A la fin de cet exposé qui est d'abord un texte écrit, j'ajouterai un troisième paradigme à ce travail de reprise élaborative, celui de l'écriture. On n'écrit pas pour se souvenir, mais parce qu'on se souvient.

PROUST M. : A la recherche du Temps Ferdu, Ed. Robert Laifor';

PONTARIA I 2. 1 for from distribution of the contract of the formal contract of the contract o

Owid, Collection Bouguins, 1987.

(1) Ed. Glénat - QUINO. Les Gaffes de Cupidon.

Georges PEREC:

"Tout le travail de l'écriture se fait toujours par rapport à une chose qui n'est plus et qui peut se figer un instant dans l'écriture comme une trace qui a disparu. Je ne sais pas comment intervient le présent, il devient la source d'une histoire, de quelque chose qui s'est passé avant".

BIBLIOGRAPHIE - Souvenirs sans mémoire.

ANGELERGUES R.: Existe-t-il une pathologie spécifique de la mémoire ? in Evolution Psychiatrique, 1974, Tome 39, fascicule II, pp. 331-244.

ANZIEU Didier : Comment dire, pp. 25-42, in NRP Gallimard, Histoires de Cas, numéro 42, 1990.

FLOURNOY Olivier : Entre Narcisse et Oedipe. Une image écran ou un souvenir écran, in NRP n° 13, 1976, pp. 281-292.

FLOURNOY Olivier : L'image-écran, in NRP, n° 15, 1977, Gallimard, pp. 177-184.

FREUD S.: -Des Souvenirs-couverture, 1899, PUF 1989, in Oeuvres complètes, T. III, pp. 253-276.

-Un trouble de mémoire sur l'acropole, 1936. Résultat, idées, problèmes, pp. 221-230, PUF 1987. -Du mécanisme psychique de l'oubli.

GREEN A.: Quelques considérations sur les problèmes psychanalytiques de la mémoire, in Evolution Psychiatrique, 1974, Tome 39, fascicule II, pp. 257-264.

GUILLAUMIN Jean : Genèse du Souvenir, PUF, 307 p., 1969.

KHAN Masud : Ne pas se souvenir de soi-même, in NRP, n° 15, 1977, Gallimard, pp. 59-68.

LYOTARD J. Fr.: Les voix d'une voix, pp. 199-216, in NRP. Histoire de cas, numéro 42, Gallimard 1990.

PEREC G.: Je suis né, Seuil, 114 p., 1990.

PONTALIS J.B.: La force d'attraction, Seuil, 117 p., 1990.

PROUST M.: A la recherche du Temps Perdu, Ed. Robert Laffont/Quid, Collection Bouquins, 1987.

ROSOLATO Guy : Que contemplait Freud sur l'acropole, in NRP, n° 15, 1917, Gallimard, pp. 125-138.

ROSOLATO Guy: L'oscillation métaphoro-métonymique, pp. 52-80, in La relation d'inconnu, Gallimard, 1978.

ROSOLATO Guy: Souvenir-écran, pp. 199-210, in La relation d'inconnu, Gallimard, 1978.

ROSOLATO Guy: La relation d'inconnu comme cheminement, pp. 7-18, introduction à la Relation d'inconnu, in La relation d'inconnu, Gallimard, 1978.

SCHACHT Lore : Découverte de l'historicité, in NRP, n° 15, 1977, Gallimard, pp. 69-80.

WIDLÖCHER D.: Oubli et réminiscence en psychanalyse, in Evolution Psychiatrique, 1974, Tome 39, fascicule II, pp. 257-264.