

# Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer, sur notre vie psychique

*Louis PLOTON,*

Professeur émérite de gérontologie, Université Lyon-2

[louis.d.ploton@gmail.com](mailto:louis.d.ploton@gmail.com)

La fréquentation des malades d'Alzheimer, avec l'observation de leurs défaillances, conduit à une réflexion générale sur des questions telles que:

- Quel est le rapport entre la pensée et le cerveau?
- Quelle représentation concevoir de l'existence, mais aussi de l'articulation de différents registres psychiques, qu'il y a lieu de caractériser pour comprendre les phénomènes cliniques observés?
- Quelle est la place de l'affectivité dans la vie psychique?
- Quel est le rôle de la subjectivité (des processus dits « de mentalisation » et de leurs défaillances) ?

Ce sont ces questions auxquelles nous allons tenter de répondre.

## 1- Quel est le rapport entre la pensée et le cerveau?

La pensée, comme toute forme de traitement d'informations<sup>1</sup>, ne peut pas se concevoir sans support. Il s'agit la concernant d'un support biologique.

Mais il n'y a pas de relations de cause à effet entre les phénomènes biologiques cérébraux et les phénomènes psychologiques. Il y a entre eux une situation de correspondance ou plus précisément de traduction simultanée. L'un est la traduction de l'autre (dans un autre registre, un autre ordre de réalité) et réciproquement. Et, ils contribuent à se structurer mutuellement.

Ce faisant, il y a :

---

<sup>1</sup> Entendre : informations au sens large, c'est-à-dire souvenirs, affects, etc.

- des boucles d'interactions biologiques (relevant du raisonnement systémique)
- des opérations psychiques (pouvant également relever du raisonnement systémique).

Et à chaque étape on peut concevoir des correspondances réciproques entre ce qui se passe sur le plan biologique et sur le plan psychique.

C'est ainsi que, par exemple, il y aura correspondance entre des déficits cérébraux en sérotonine et en noradrénaline, avec une humeur dépressive et des pensées négatives (propres au sujet). Cela étant : pratiquer une relance en neuromédiateurs réactivera les pensées positives, tout comme (si on agit précocement) réintroduire des pensées positives ramène une humeur normale (ce qui suppose l'induction d'un taux rehaussé de neuromédiateurs).

**Car la biologie cérébrale est l'empreinte des contenus de pensée, leur correspondance (leur inscription) matérielle. Et, partant de là, il est normal que des désordres de la pensée aillent de pair avec des désordres biochimiques cérébraux lesquels peuvent avoir des conséquences micro-anatomiques (voire, à terme macro-anatomiques) ce qui est de nature, en rétroaction, à engendrer des failles dans le fonctionnement même de la pensée, c'est à dire sur le mode de gestion des contenus.**

**Cela étant, il est tout à fait concevable que l'on puisse passer d'un désordre des contenus ou de tensions au sein de ceux-ci à un dysfonctionnement du contenant, en d'autres termes à des modifications voire à des perturbations générales des aptitudes psychiques.**

## 2- Comment s'articulent les différents registres psychiques concevables et donc les différentes approches de la vie psychique ?

L'observation clinique des défaillances objectivables dans la maladie d'Alzheimer conduit à distinguer, dans la vie psychique, différents plans ou équivalents d'appareils fonctionnels spécifiques.

Ils se délitent dans la maladie d'Alzheimer (ou se révèlent robustes) une analyse clinique fine permettant d'avoir une représentation de leur rôle préexistant chez tout un chacun<sup>2</sup>. Ignorer le rôle de l'un de ces registres revient à faire l'impasse d'une part de la réalité à l'œuvre, avec le risque de ne pas pouvoir expliquer ce qui survient.

Nous serons ainsi amenés à caractériser :

- un appareil cognitif ;
- un appareil subjectif ;
- un appareil affectif ;
- un appareil bio-psychique.

Il se posera de plus, à propos de leurs défaillances, mais aussi à propos des mécanismes adaptatifs dont ils sont le siège, la question fondamentale du principe adaptatif, comme gardien de la vie, avec en corolaire la question des stratégies adaptatives, qui impliquent l'intervention de ces différents registres dans les interactions comportementales.

### A – L'appareil cognitif

Les fonctions cognitives ont pour caractéristique de s'être **développées par apprentissage et d'être mobilisables de façon consciente et volontaire**. Il s'agit :

- des opérations mentales décrites par PIAGET (conservation de la matière et des quantités, dissociation : poids / volume) mais aussi des capacités d'anticipation, de conceptualisation, etc.
- des différentes aptitudes, telles que: praxies, gnosies, langage;
- des mémoires cognitives, qui sont déclaratives (exprimées avec des mots). Mémoires permettant de situer

<sup>2</sup> Dans le cadre d'un fonctionnement psychique dit normal.

spontanément les événements avec leur chronologie.

**Les fonctions cognitives vont de pair avec les notions d'intelligence et de mémoires cognitives.**

### B – L'appareil subjectif

C'est celui qui a été décrit par S. FREUD, sous le nom d'appareil psychique. Il est le **lieu du fantasme et de l'imaginaire et sa caractéristique principale est de fonctionner sur le mode associatif** (fonctionnement de type analogique).

Ses fonctions concernent :

- La régulation du confort psychique par le travail dit « de mentalisation ». Il s'agit (nous y reviendrons) de l'association de constructions psychiques aux émotions brutes pour les rendre mentalement fréquentables. Il constitue un équivalent d'aire de jeu intérieure, ce qui permet, en amortissant l'effet déstabilisant des affects bruts, de gérer les distances relationnelles de façon souple.
- La régulation entre vie psychique consciente et inconsciente, avec les opérations dites de défense (notamment : refoulement, dénégation, déplacement, condensation, déni, projection, clivage...). Ce faisant, il peut modifier à des fins protectrices : la prise en compte de la réalité, les souvenirs et les conduites...

**On est en droit de parler d'intelligence (adaptation pertinente) et de mémoire subjectives.**

Mais la mémoire subjective fonctionne sur le mode de l'après-coup, mode d'évocation par ressemblance. Et, surtout, elle ignore la question du temps.

### C – L'appareil affectif:

Il constitue le registre le plus basique de la psyché, celui des affects et de leur traduction par des émotions<sup>3</sup>.

C'est sur ce plan qu'émergent et sont gérées les émotions positives ou négatives (au sens général du terme). Cela concerne le plaisir le

<sup>3</sup> Il s'agit de deux termes qui se recouvrent ou non selon les auteurs auxquels on se réfère.

déplaisir et la colère, mais aussi la joie, la tristesse, la thymie dépressive et la composante affective du deuil.

Personnellement je lui impute également : la motivation, la démotivation et l'apathie. J'y voie de même le siège du type d'attachement et la base affective de l'estime de soi (avec le sentiment d'être important pour autrui). Et, à ce propos, je pense que le conatif qui est plus un courant énergétique que le lieu d'opérations adaptatives, n'a pas à être distingué comme une instance psychique en soi.

En fait, ce que faute de mieux j'en suis venu à dénommer « appareil affectif » est un registre de **proto-pensée** (germinale, globale, préverbale) où émergent et interagissent des **matrices inconscientes de pensées (pensée matricielle) de nature affective**.

Chez le sujet normal, ces racines affectives des pensées, induiront l'émergence de pensées qui ont un contenu formulable, dans les registres subjectif et cognitif.

Chez le malades d'Alzheimer, les pensées resteront à l'état de germes affectifs, c'est-à-dire de **pensées virtuelles, sans contenu formulable, mais ayant néanmoins une traduction comportementale**.

**Dans les deux cas**, il y a indéniablement un moteur affectif inconscient des choix et des conduites, en ce sens que le fonctionnement affectif ne saurait se réduire aux pulsions du « ça », tel qu'il est défini par S. FREUD (1938)<sup>4</sup>.

Aussi, cela autorise à **introduire les notions d'intelligence (adaptation pertinente) et de mémoire affectives**: mémoire globale, non déclarative, subconsciente, robuste, que j'assimile volontiers à la mémoire implicite (?).

## D – La question de l'appareil psychobiologique.

Il y a deux façons de concevoir les choses. Soit penser que les régulations biologiques n'ont aucun lien avec la vie psychique ou tout au plus peuvent être perturbées par des facteurs de stress qui déréguleraient le

fonctionnement somatique<sup>5</sup>. Ce qui n'exclut pas, pour autant, de parler d'adaptations et de mémoire biologique.

Soit de supposer l'existence d'une instance psychique en charge des mécanismes d'adaptation défendant la vie, mais qui est sujette « faute de mieux » à des défaillances ou des impasses, permettant l'apparition et le développement de pathologies somatiques (cancers etc.).

Dans les deux cas, on peut mettre en cause une influence émotionnelle, elle-même en interaction avec ce qui se passe sur les plans subjectif et (même) cognitif.

## E – La question d'une instance adaptative générale

On est en droit de s'interroger sur la question même du principe adaptatif qui régit la vie dans ses différents aspects<sup>6</sup>, et dont il est en quelque sorte le gardien.

Est-ce un principe inscrit dans les gènes, avec des adaptations survenant aux différents plans que nous venons d'individualiser ? Mais comment concevoir la méta-adaptation qui, en temps normal, rend ces plans synergiques et permet la survenue de conduites cohérentes concourant à la préservation de la vie ?

C'est là que se pose la question d'une instance centrale profonde ou d'un mécanisme, totalement inconscient, susceptible : soit d'appliquer des schémas adaptatifs innés<sup>7</sup>, soit des stratégies héritées de l'expérience (la sienne propre ou celle observée chez des modèles).

Avec alors deux hypothèses fonctionnelles ne s'excluant pas, l'une laissant une place au hasard dans une forme d'expérimentation concrète de solutions (avec des corrections en cascade, jusqu'à satisfaction), l'autre supposant une possibilité intrapsychique plus élaborée d'anticiper ce qui se passerait si tel type de position était prise dans tel registre du fonctionnement psychique, avec ses implications comportementales<sup>8</sup>. Il s'agirait en

<sup>4</sup> Il renvoie beaucoup plus au « ça » de GRODDECK (*Le Livre du ça*, 1923, Gallimard 1963).

<sup>5</sup> En dérégulant notamment le fonctionnement neuro-cérébral.

<sup>6</sup> Biologiques, psychiques, comportementaux...

<sup>7</sup> Génétiques ou épigénétiques.

<sup>8</sup> Ce qui suppose une perception des attentes et particularités de l'autre.

quelque sorte d'un équivalent d'aire de simulation interne (totalement inconsciente) des effets de nos possibles options adaptatives dans une situation donnée, avec les moyens disponibles.<sup>9</sup>

## F – Hypothèses fonctionnelle

Chacun des plans fonctionnels qui viennent d'être caractérisés est assurément le siège d'une part qui lui est propre de prise en compte de la réalité. Ce qui est acté sur l'un d'eux est, ce faisant, complémentaire de ce qui est mobilisé sur les autres. Une métaphore de ce phénomène est fournie par la conjugaison des couleurs primaires pour constituer une image polychrome, avec toutes la richesse de nuances possible.

Mais, manifestement, s'il existe des correspondances il y a aussi des inter-régulations entre ces plans.

D'une part : **le contenu des uns peut modeler (moduler, modifier en partie) ce qui se passe sur les autres.**

On pourrait, par exemple, évoquer l'impact émotionnel des fantasmes en citant la question d'une jeune soignante : « a-t-on le droit de m'imposer de rentrer dans la chambre de quelqu'un qui vient de mourir ? ».

Et, plus généralement, on peut faire référence à ce qu'on observe par exemple dans les phobies, lorsqu'un fantôme est à l'origine d'une émergence émotionnelle, elle-même source d'un dysfonctionnement cognitif : par exemple se conduire vis à vis d'une araignée comme s'il s'agissait d'un animal dangereux.

D'autre part : **on observe des phénomènes de rotation des symptômes entre les différents appareils qui viennent d'être décrits.**

C'est ainsi que des schizophrènes, lorsqu'ils souffrent d'une défaillance somatique (par exemple une maladie infectieuse) peuvent connaître une période d'apaisement sur les plans subjectif et affectif. De telles observations, rappelons-le, furent à l'origine de tentatives thérapeutiques à l'aube du XX<sup>ème</sup> siècle<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Ce qui existe pour les jeux électroniques de stratégie, le plus simple étant le jeu d'échecs.

<sup>10</sup> Impaludation, abcès de fixation etc. Mais une chose est de s'améliorer dans le cadre d'une défaillance

On est en droit, à ce propos, d'émettre l'hypothèse que le potentiel neurobiologique libéré par le renoncement à lutter plus contre une agression bénéfique aux autres plans, en termes de performances. Une illustration en est fournie par le cas de Sœur Marie, relaté dans la « Nun Study » (SNOWDON 1997) : enseignante qui a conservé un potentiel cognitif hors pair jusqu'à 102 ans (avec un cerveau très altéré), et qui avait connu plusieurs cancers dans ses antécédents médicaux.

De telles observations incitent à vérifier, a contrario, si les sujets peu performants (s'économisant) sur le plan cognitif et/ou subjectif, auraient des chances d'être spontanément en meilleure santé somatique. Il s'agit là d'une piste de recherche qui, si elle se vérifiait positive, conduirait à réinterroger les constructions théoriques selon lesquelles la pauvreté du travail de mentalisation faciliterait le développement d'affections considérées comme psychosomatiques<sup>11</sup>.

## G – Remarque épistémologique

C'est sans doute la faculté d'un plan de réguler le fonctionnement des autres qui a pu conduire, tout naturellement, à tenter d'expliquer l'ensemble du fonctionnement psychique à partir de l'un d'eux<sup>12</sup>.

C'est ainsi qu'une exploration des phénomènes cognitifs a pu conduire à une explication de l'ensemble des phénomènes comportementaux, par exemple en référant la dépression aux pensées négatives et à leurs corrélations sur les autres plans, au risque d'y voir abusivement des conséquences.

Mais on peut tout autant expliquer la dépression à partir d'une théorie des affects négatifs engendrant des pensées négatives et un retournement de l'agressivité contre soi. Tous comme on peut en fournir une représentation d'origine subjective, à partir d'une blessure narcissique.

spontanée des défenses immunitaires et une autre est de faire les frais d'une agression biologique imposée à l'organisme, d'où les piètres résultats de ces tentatives.

<sup>11</sup> Notion qui d'un point de vue psychiste est extensive à l'ensemble des pathologies somatiques

<sup>12</sup> Celui que l'on connaît et que l'on maîtrise intellectuellement le mieux.



Aussi, chacune de ces approches risque de se révéler réductrice si elle vise, en soi, à vouloir tout expliquer, en faisant l'impasse des autres et donc de tout un pan de la vie psychique.

Toutes ont un domaine de validité privilégié, mais toutes ont leurs limites:

- Le cognitif butte sur la question du fantasme, de l'imaginaire et du contenu des rêves.
- Le subjectif butte sur la question du temps et faire l'impasse de son existence expose à ne rien comprendre aux conduites marquées du sceau des conflits inconscients ou du poids de fantasmes tant originaires que personnels, d'autant qu'il ignore le temps, ce qui va marquer les conduites d'une dimension irrationnelle, dans la mesure où des facteurs (fantasmatiques ou objectivement traumatiques) vont interférer avec la réalité présente indépendamment de toute chronologie.
- L'affectif, lui, est privé de contenus formels. Mais, prendre acte de son rôle permet l'utilisation de médicaments qui modifient des seuils d'excitation. Tout en sachant que, par exemple, l'induction d'un type de pensées (positives, négatives...) ne saurait être celle de telles pensées précises, qui nécessairement appartiennent à une personne précise en fonction de son histoire etc.

Il y a donc lieu, selon la nature du problème à explorer et / ou à traiter de choisir sur quel plan il est pertinent de se placer conjonctuellement. C'est-à-dire aussi de choisir quelle théorie, quelle clef de représentation, des phénomènes concernés, devra être employée préférentiellement. Les théories du fonctionnement psychique dont nous disposons, n'étant de fait que des outils plus ou moins performant pour proposer des explications potentielles au thérapeute et orienter son action. Sachant que le choix d'un type d'approche doit essentiellement viser une relation adéquate avec quelqu'un qui souffre<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> C'est ainsi qu'aborder avec un questionnaire (même si ce n'est qu'en tête) quelqu'un qui déborde d'angoisse ou de colère serait extrêmement risqué.

### 3- Quelle place attribuer à l'affectivité dans la vie psychique?

Le cheminement des décompensations dans la maladie d'Alzheimer amène à se poser la question de l'existence d'un domaine du fonctionnement psychique spécifiquement affectif. Avec sa propre dynamique, intégrée dans le fonctionnement psychique général.

Sa particularité est d'être robuste, c'est-à-dire de rester performant quand les autres domaines cessent de l'être. C'est ainsi qu'il perdure jusqu'au terme de la vie une forme de vie affective, même si elle s'exprime essentiellement sur le mode comportemental<sup>14</sup> (nous y reviendront). Tout se passant comme si le malade gardait une forme de perception affective, assortie de capacités d'expression pertinentes dans le même registre.

C'est pourquoi, j'irais jusqu'à dire que la trame affective de la pensée est le siège d'opérations qui servent de canevas (et/ou de catalyseur?) à l'ensemble du fonctionnement psychique (lieu de phénomènes d'adaptation affective et donc comportementale). Et qu'elle est capable de modifier le fonctionnement cognitif, notamment pour induire, à tous les âges de la vie des contre-performances. Avec peut-être, chez les vieillards, une propension à celles-ci pour des motifs multiples pouvant se cumuler<sup>15</sup>.

Aussi, chez un sujet disposant de toutes ses facultés, il importe de prendre en compte à quel point le registre affectif est de nature à sous-tendre des choix et ses conduites. L'affectivité pouvant être comparée à ce qu'est le rythme concernant le chant, tandis que la subjectivité correspondrait, elle, à la mélodie et la cognition aux paroles.

En pratique, cela a conduit avec les Malades d'Alzheimer:

- A travailler en s'appuyant sur l'hypothèse du maintien d'une forme inconsciente de mémoire et d'intelligence affective (dans une logique adaptative, défensive...).

<sup>14</sup> Et se révèle volontiers dépourvue de nuances.

<sup>15</sup> Pouvant autant relever de l'économie psychique que de causes biologiques, le non-emploi venant aggraver les choses, pour constituer une forme de voie finale commune dans le vieillissement.

- A pouvoir assurer au malade que son identité affective ne sera pas altérée par sa maladie;

Dans l'approche clinique à rechercher des outils conceptuels adaptés, tels que les théories de l'attachement (BOWLBY 2002).

- Mais la métabolisation des affects suppose, d'une manière générale des aptitudes qui sont défailtantes chez les malades d'Alzheimer, à savoir :
  - La mise en mots, avec la fonction cathartique qu'elle exerce et la possibilité de réappropriation psychique du récit qu'elle permet;
  - Le travail d'association d'idées dit travail de mentalisation (que penser d'une situation, à quoi fait-elle penser ?) qui permet de rendre des émotions délétères plus psychiquement intégrables ;
  - La compréhension (une cohérence explicative) qui, elle, relève du registre cognitif, registre qui est devenu trop défailtant pour que ce qui est éprouvé puisse être compris et accepté<sup>16</sup>.

Un individu dit « normal » bénéficie de l'ensemble de ces mécanismes pour amortir le caractère traumatique des émotions. Ce n'est que soumis à des tensions internes non métabolisables qu'il aura recours à une décharge émotionnelle sous forme de passage à l'acte. Un malade d'Alzheimer, lui, ne dispose plus que de l'expression comportementale, ce qui est de nature à majorer le risque de passage à l'acte (on parle de troubles du comportement).

#### 4- Le rôle de la subjectivité

##### A - Les processus de mentalisation

Ils ont en premier lieu une fonction de « pare-excitation », vis-à-vis des pulsions comme vis-à-vis de la réalité objective (telle que perçue cognitivement). Pour ce ils opèrent une forme d'amortissement émotionnel en associant ces excitations à des constructions subjectives, afin de les rendre psychiquement tolérables, voire « intégrable ». C'est-à-dire qu'ils

<sup>16</sup> D'où la panique dans de multiples situations de soin, faute de compréhension.

permettent, au moins, d'opérer une forme de distanciation émotionnelle (par l'appropriation subjective).

Cela passe par la création de sens, en termes de plus-value subjective<sup>17</sup>, qui est le fruit d'un travail : d'association (idées, souvenirs, fantasmes) de métaphorisation (création de sens figuré, de « comme si ») de symbolisation (une chose en représente une autre)<sup>18</sup>.

C'est ainsi que les processus de mentalisation permettent une forme d'appropriation psychoaffective de la réalité externe, dans un équivalent « d'aire de jeu » interne.

Ils contribuent au développement du sentiment d'identité reposant sur la qualité des contenus intériorisés, dans un environnement qui est ainsi plus ou moins maîtrisé émotionnellement, avec le sentiment d'exister et, surtout, la capacité de se reconnaître soi-même en sur la base de ressources intérieures.

Ils opèrent un équivalent de **fonction de membrane psychique** permettant la distinction: moi / non moi, avec la différenciation entre événement externe et événement interne. **Ce qui contribue à la capacité de gérer la distance relationnelle de façon souple, sans vécu d'intrusion psychique.**

##### B – Les conséquences d'un processus de mentalisation défailtant

La conséquence première est une faible capacité « d'amortissement » des émotions liées aux traumatismes et frustrations<sup>19</sup>.

A un degré de gravité plus élevé, les tensions ou l'excitation peuvent se traduire par de l'agitation psychomotrice, voire des passages à l'acte. Un faible accès au sens figuré conduit à prendre le discours d'autrui au pied de la lettre, avec corrélativement (sous la pression émotionnelle) le risque de difficultés à discerner ce qui vient du dehors et du dedans (phénomènes projectifs). Là se situe la possibilité d'émergences délirantes, avec

<sup>17</sup> Ce qui va au-delà de l'explication rationnelle cognitive, dépourvue de coloration subjective.

<sup>18</sup> La symbolisation allant bien au-delà de la mise en mots qui peut n'être que conventionnelle et ne relever que d'un apprentissage (d'un conditionnement) sans véritable capacité de symbolisation.

<sup>19</sup> Y compris les moindres.

différentes façons de concevoir la genèse du délire :

- relève-t-il d'un état de conscience modifié sous l'effet du stress?
- est-il le fruit d'une incapacité à identifier (voire à concevoir) de l'imaginaire, qui, s'il fait intrusion risque d'être confondu avec du réel, le sens figuré et le sens propre étant amalgamés comme dans le rêve?
- est un imaginaire «inachevé» (notion de graduation: fantasme, fabulation, délire)?

Quoi qu'il en soit la faiblesse des processus de mentalisation va de pair avec celle d'une identité propre faible, identité d'emprunt par étayage sur les autres. **Et, surtout avec le besoin de mettre l'autre à distance: la proximité non maîtrisée risquant de faire éprouver un vécu d'emprise, voire d'intrusion (de pénétration) psychique. D'où le recours à des mécanismes de contrôle de la relation.**

### C - Les stratégies de contrôle de la relation

Pour être maître de la relation un sujet pourra, sur un mode mineur, tout à fait inconsciemment recourir à :

- la maîtrise du discours : par exemple, poser des questions sans écouter la réponse...
- des attitudes, mimiques et postures (mais aussi une odeur?) qui indisposent, incommode ou intimident?
- une organisation obsessionnelle des relations, en ne supportant pas que l'autre puisse faire à sa propre façon<sup>20</sup>.

Sur un mode majeur on assistera à un contrôle de la relation, par :

- une prise de pouvoir sur le mode maniaque, à laquelle il n'est possible de résister qu'au risque d'un conflit frontal ;
- des symptômes (stratégies inconscientes) ayant des effets d'attaque à la pensée d'autrui. Il s'agit par exemple<sup>21</sup> des demandes paradoxales qui désarment cognitivement, mais aussi de :

- L'intimidation, l'agitation, la violence, qui stupéfient,
- Délire et confusion qui affolent et désorganisent la réponse en rendant confus,
- La bizarrerie, qui se révèle contagieuse et envahit l'interlocuteur ;
- La projection qui rend perplexe,
- L'angoisse qui angoisse,
- La proximité excessive qui stresse ;
- L'auto et l'hétéro dérision qui déstabilisent en annulant la portée de ce qui est dit ou montré...

On notera, à propos des phénomènes d'attaque à la pensée, la capacité des malades d'Alzheimer à créer autour d'eux un sentiment de vide psychique contagieux, renforcé par le parasitage cognitif et émotionnel qu'induisent les cris, les demandes incessantes et répétées, mais aussi la pauvreté des « feed-back » dans les échanges.

### D – Les différents degrés de souplesse relationnelle

La structure névrotique, se caractérise par des processus de mentalisation riches, avec un rôle déterminant de l'**activité fantasmatique et une bonne souplesse dans les ajustements de distance relationnelle.**

Les « états limites » disposent de capacités de mentalisation moins efficaces, avec un sentiment récurrent de vide intérieur et la recherche de sensations pour se sentir exister. Chez eux le défaut de fantasmatisation peut laisser place à de la fabulation et des situations frustrantes ou des atteintes narcissiques minimales peuvent conduire à des passages à l'acte.

La structure psychotique correspond, elle, aux processus de mentalisation les plus pauvres, avec un accès réduit ou nul au sens figuré. C'est dans ce cas que l'amortissement émotionnel et le plus défaillant, avec le plus de difficulté à réguler la distance relationnelle de façon souple et adéquate, d'où le recours possible à « l'attaque à la pensée » comme

<sup>20</sup> En lui déniait la possibilité d'être « autre » c'est-à-dire librement différent de ce qui est attendu de lui.

<sup>21</sup> Sans pouvoir faire une liste exhaustive.

mode inconscient de mise à distance (le délire etc.).

Les déstructurations démentielles connaissent, elles, une carence totale de mentalisation et sont à l'origine de phénomènes massifs d'attaque à la pensée.

### **En conclusion**

L'étude de la maladie d'Alzheimer nous a conduit à revoir la question générale de la représentation du fonctionnement psychique et des interactions inconscientes dans les systèmes relationnels.

Cette approche conduit:

- d'un point de vue épistémologique, à établir une complémentarité pragmatique entre les différentes théories de la vie psychique;
- d'un point de vue clinique, à:
  - aborder la psychopathologie en garantissant à tout malade une permanence de son identité profonde la plus déterminante (l'identité affective)
  - réhumaniser les symptômes en les abordant sous l'angle de leur fonction relationnelle.

### **Bibliographie**

Bowlby J. , *Attachement et perte, volume 1 : l'attachement*. PUF, 2002.

Freud S. , *Abrégé de psychanalyse*. PUF, 1938.

Snowdon D., « Alzheimer disease : lessons from the nun study », *The gerontologist*, T .37, n°2, 1997, p.150-156.