

**Université de Kasdi Merbah, Laboratoire du « developping psycho-educational practices », Faculté des sciences humaines et sociales, Ouargla 30000 l'Algérie**

**Fiche de participation au Colloque international sur Le vieillissement, la maladie d'Alzheimer, la dépendance : nouveaux problèmes, nouveaux enjeux regards croisés France-Algérie.**

Nom : Khardouche Bali

Prénom : Zahia

Docteur en psychologie clinique

Membre du laboratoire :

« developping psycho-educational practices »

Maitre de conférences « B » :

Faculté des sciences Humaines et Sociales.

Université Kasdi Merbah Ouargla.

Tel : 07 79 39 79 63

Adresse Mail : [lahnapsy@yahoo.fr](mailto:lahnapsy@yahoo.fr)

**Mots clés** : Alzheimer, étiologie, organique, psychogène.

**Axe** : la situation des personnes dépendantes (aspects cliniques, sociologiques...)

**Titre de la communication** : *Alzheimer entre explication organique et étiologie psychogène.*

La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative à étiologie organique, qui rend une hypothèse psychogène incertaine ; Cependant, lorsqu'un médecin établit un diagnostic, en se référant à ces considérations organiques, il sera forcément amené à répondre à une question majeure : les lésions sont-elles une cause ou une conséquence de la maladie ?

Si la médecine peut apporter une réponse au processus de la maladie (comment la maladie apparaît), la psychologie peut, elle, aider à mieux comprendre les conditions de son apparition et de son évolution: le pourquoi de la maladie, est à chercher -peut être- dans le contexte affectif où la maladie apparaît ; Certains neurobiologistes reconnaissent que la maladie d'Alzheimer,

n'a pas une étiologie bien définie ; sans prétendre pouvoir répondre à toutes les questions et contextes dans lequel la maladie apparait et évolue, nous essayerons de chercher à comprendre -à travers quelques cas- s'il y a des contextes particuliers qui servent de terreau pour l'apparition de cette maladie.

S'interroger sur l'histoire du patient atteint de la maladie d'Alzheimer, sur son histoire, sur sa vie, nous semble pouvoir apporter plus d'explication sur l'origine de cette maladie, Il ne s'agit pas dans ce travail de remettre en cause la réalité de ces lésions organiques, mais de signaler l'importance d'un examen approfondi du malade d'Alzheimer, où corps et psyché sont intrinsèquement liés.

Avec la vieillesse, les enjeux de la vie s'appauvrissent au dedans de soi, s'amenuisent davantage, quant il n'y a pas raison de vivre en dehors de soi. La problématique du vieillir n'est pas dissociée de la problématique de la vie avec la possibilité voire impossibilité de traiter les pertes et les renoncements, supporter les crises identitaires qui se renouvellent à chaque phase de la vie, ces considérations semblent importantes pour prendre soin de la vie psychique des vieux devenus dépendants parce que atteints de maladie d'Alzheimer.

Il s'agit dans notre recherche, d'appréhender le malade atteint d'Alzheimer dans sa globalité, où le corps et la psyché sont une entité unie, l'étiologie alors, est considérée comme multifactoriel. L'analyse des vécus de personnes, serviront de matières premières, à notre recherche.

**Titre de la communication :** *Alzheimer entre explication organique et étiologie psychogène.*

**Introduction :**

Le vieillissement est un processus qui se caractérise par des modifications physiologiques et cognitives, au niveau des différents systèmes : cardiovasculaire, digestif, locomoteur, urinaire, sexuel, dermatologique, immunitaire et au niveau du système nerveux central. L'organisation mondiale de la santé, définit ce processus de vieillesse, en retenant le critère d'âge, à savoir 65 ans et plus, alors que la définition sociale utilise l'âge de la cessation d'activité.

vieillir met le sujet devant un travail de remaniement identitaire. Les enjeux de la vie s'amenuisent à l'intérieure de soi et aussi à l'extérieure de soi bien sure des espaces de soin psychique sont là pour le dernier accompagnement des vieux.

La personne âgée qui vieillit mal, ne peut se raconter, donc se trouve devant la nécessité de dire autrement leur vécu, les mots souvent viennent à manqué pour que le vieux arrive à se réapproprier sa vie subjective. Les sujets vieux sont forcés à l'isolement à défaut de trouver des médiateurs qui mettront ces processus en route. Grâce aux activités proposées, ces activités révèlent que dans un autre contexte que la parole, les potentialités créatrices ne sont pas définitivement détruites avec la vieillesse en mal être, soit par l'apparition de la maladie comme c'est le cas dans l'Alzheimer ( Mijolla A. de, 2009)

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer se fait sur une base clinique en utilisant des tests neuropsychologiques et en ayant recours à un diagnostic différentiel (démence fronto temporale, démence vasculaire, tumeur cancéreuse, pseudo-démence... etc.), permettant d'exclure toute autre pathologie qui ressemble la maladie d'Alzheimer. La démarche qui permet d'étayer l'hypothèse diagnostique de possible ou probable maladie d'Alzheimer repose sur un entretien, un examen clinique et des examens paracliniques (Pasquier F. 2002).

Ce diagnostique basé sur une vision étiologique lésionnelle, ne justifie pourtant pas « de postuler l'inexistence d'une vie psychique chez l'Alzhémérien, de ne pas lui reconnaître un inconscient, et donc de ne pas lui trouver un semblable en humanité (...) Un abord psycho dynamique de la maladie d'Alzheimer qui viendrait en contrepoint d'une causalité tauopathique ou amyloïde élargirait en quelque sorte le champ épistémologique. Ce prisme de vision situerait le malade au centre de sa pathologie, le ferait re-advenir sujet et permettrait donc une lecture plurielle de cette affection médicale. » Nkodo Mekongo Yves-Patrick *et al.*, 2007, P. 208)

L'Organisation mondiale de la santé donne comme définition (la même que celle du DSM IV) de la démence : « Altération progressive de la mémoire et de l'idéation suffisamment marquée pour handicaper depuis au moins six mois, et d'un trouble d'au moins une des fonctions suivantes :

calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxies, gnosies ou modification de la personnalité» (Hazif-Thomas, T. Arroyo-Anllo, 1999, P. 59)

En vieillissant le sujet est sollicité dans sa capacité à se réappropriier les traces de son histoire singulière jusqu'au terme de son existence. Le travail psychique du vieillir, enrichissement ou appauvrissement (Quinodoz, 1993), réveille bien souvent des blessures narcissiques insoutenables, restées sans symbolisation. La psyché perd ses capacités d'élaboration ainsi, s'installe des processus de renoncement à être présent à soi-même et aux autres. ( Mijolla A. de, 2009)

Nous pouvons déduire autrement, que « l'objectif clinique consiste dans l'aide apportée au patient tant au niveau de la mentalisation, de la psychisation, du comportemental et du somatique. De trouver des moyens de réagir face à l'angoisse, moins coûteux en termes d'économie psychique» Nkodo Mekongo Yves-Patrick *et al.*, 2007, P. 211).

Nous savons que la mémoire durant le vieillissement se modifie et l'importance de la mémoire dans les fonctions cognitives font d'elle une des premières préoccupations du sujet âgé et de son entourage. Pour ces raisons, tout l'intérêt est porté pour la mémoire des vieux et les pathologies neurodégénératives font l'objet de nombreux travaux scientifiques notamment dans la maladie d'Alzheimer .

Il est « cependant un fait indiscutable, la stimulation cognitive a montré son efficacité au niveau d'une stabilisation plus longue à un palier de la maladie, perçu dans l'échelle de dégradation inhérent au processus démentiel » (Nkodo Mekongo Yves-Patrick *et al.*, 2007, P. 219)

Le caractère anxiogène de la prise en charge Face à Face dans un travail individuel d'inspiration psychanalytique chez les sujets déments à un stade avancé nous met en garde que l'on peut le réserver qu'aux formes débutantes (de la maladie) (Le Gouès, 1991).

Justement la remarque précédente, si elle est justifiée, c'est grâce à l'avancée de recherche, qui montre l'importance d'un abord psychodynamique des patients au début de leur maladie ; « Attitude qui aurait le double avantage de restituer la maladie dans la perspective de son historicité, (...) et d'élargir le champ épistémologique des savoirs sur la maladie et des soins à apporter au malades. Toutes choses qui contribueraient, outre à renforcer l'interdisciplinarité à stimuler des études de courant transdisciplinaires porteurs de promesses » (Nkodo Mekongo Yves-Patrick *et al.*, 2007, P.208)

Ainsi dans la même perspective, Marion Péruchon (2002) opte pour une approche hypercomplexe de la maladie d'Alzheimer, partant des résultats hétérogènes, sur l'étiologie et l'évolution de cette maladie, elle remet en question la causalité linéaire réductrice, l'auteur appelle donc, à l'articulation multifactorielle en articulant le soma et la psyché, du cerveau et de la pensée qui sont en perpétuelle interaction avec l'environnement, l'objet et la culture, vecteurs de transformation énergétique.

Péruchon M. tente d'appréhender, au cours de son investigation, ce qui fait la spécificité de l'involution démentielle marquée par une pathologie du lien et des limites neuropsychiques et par un retour du moi et de la pensée à l'archaïque. Elle articule les grands concepts clés : de la neurologie (plasticité cérébrale, neurogenèse, attrition...) et de la psychanalyse (pulsion, objet, investissement, dépression, trauma...).

Cette question semble légitime quand on sait que les prises en charge quotidiennes des personnes en souffrance physique ou psychologique se présentent avec un jargon tel que décrits par le médecin ; il est dès lors difficile de faire abstraction de ce corps et de son déterminisme et effet, dans les problèmes de santé.

### ***Problématique :***

Selon certains auteurs le contenu émotionnel du stimulus permet d'améliorer les performances de mémoire ; l'évaluation et l'influence des émotions sur les performances de mémoire des patients atteints d'Alzheimer sont élaborées par des auteurs, qui suggèrent, que les performances de rappel des patients Malade d'Alzheimer, sont améliorées par le contenu émotionnel de l'information, notamment dans des épreuves basées sur la description d'histoires associées à la présentation d'images (Boller, El Massioui, Devouche, Traykov, Pomati et Starkstein, 2002)

Suite à la présentation de visages d'hommes associés à des récits biographiques fictifs variant en termes de valence et d'éveil émotionnel par Blessing, Keil, Linden, Heim et Ray, (2006), Dans une dernière étude, où il est demandé aux patients malades d'Alzheimer de produire de façon répétée des jugements de préférence, de valence et d'intensité de l'éveil émotionnel.

Les patients étaient incapables de récupérer le contenu des histoires explicitement, mais malgré cela, ces résultats montrent en parallèle, que les patients modifient progressivement leurs jugements, ceci en adéquation avec le contenu émotionnel des histoires. Les patients préféraient les visages associés

aux récits de valence positive et évaluer les visages associés aux récits fictifs intenses comme plus intenses émotionnellement.

*Ces résultats montrent que les patients atteints d'Alzheimer, sont toujours capables d'acquérir progressivement des dispositions émotionnelles au gré de leur expérience.*

*Même si ces résultats ne s'inscrivent pas directement dans notre optique, il est important de signaler qu'on abordant la valence émotionnelle, dans le vieillissement, dans une optique un peu différente, mais complémentaire, il est important d'évaluer la qualité du vieillissement et le fonctionnement psychique des sujets.*

L'idéologie des sciences cognitives et neurobiologiques a produit, depuis les années 1980, une pensée organiciste en psychiatrie (DSM-IV) ainsi celle-ci se lie à l'unique champ psychopharmacologique (un symptôme = un médicament); La psychanalyse quand à elle, relève d'un domaine épistémologique ayant rompu avec celui du positivisme organiciste.

Dans cette communication, nous espérons montrer que le dialogue entre psychanalyse et neurosciences est possible, car ce sont deux disciplines avec un objet commun l'être humain- avec toute sa richesse et sa complication- et qui ne peut être entrepris par une seule approche.

*Si le test du Rorschach, est d'usage courant en évaluation psychologique et psychiatrique chez l'enfant comme chez l'adulte, il est aussi d'un grand intérêt en gériatrie. Ce test permet une évaluation globale de la structure et du fonctionnement de la personnalité il «est un outil scientifiquement validé et intéressant aussi bien pour des questions de diagnostic différentiel, d'indications de traitement, et d'évaluation de l'évolution de troubles psychiatriques, comme neuropsychologique » (Muzio E, Andronikof A, David JP, DI Menza C. 2001, P. 121).*

Pour illustrer son intérêt, nous essayerons de montrer sa possible contribution au diagnostic de démence de type Alzheimer (DTA). La littérature concernant le test du Rorschach appliqué sur des sujets déments, montre que l'évaluation du fonctionnement de la personnalité du sujet âgé est souvent un moyen précieux dans la compréhension des caractéristiques structurelles et dynamiques du sujet.

Il permet notamment « d'objectiver et de préciser des éléments singuliers de l'organisation psychologique de sujets qui, à d'autres niveaux d'évaluation (diagnostic clinique, étiologique, neuropsychométrie cognitive , niveaux de sévérité clinique, etc.), paraissent semblables (...) Au-delà de sa contribution potentielle à des démarches de diagnostic psychopathologique différentiel, il permet d'observer de manière très fine l'évolution dans l'organisation psychologique du sujet, donner des indications de traitement, et observer les effets du traitement » (Muzio E, Andronikof A, David JP, DI Menza C. 2001, P. 123).

Nous tentons de le montrer dans l'actuelle étude préliminaire, que le RRCH, peut contribuer au diagnostic de démence, aux stades de démence incertaine ou débutante, permettant ainsi la mise en place la plus rapide possible d'un dispositif de prise en charge adapté à chaque cas.

Selon Muzio E. et Al. 2001, il existe des marqueurs Rorschach de DTA. dans une première étape de confirmation de cette hypothèse, ils ont essayé de comparer les fréquences d'apparition de 7 marqueurs Rorschach hypothétiques (un marqueur identifiant un effondrement des ressources psychologiques adaptatives, et 6 marqueurs cognitifs) dans les protocoles de 10 patients présentant une DTA probable et de 20 patients contrôles ne présentant, à priori aucune altération des fonctions cognitives, (Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes pour la moyenne d'âge, le niveau d'éducation, et le nombre total de réponses au test du Rorschach).

Les résultats de cette recherche, montrent des différences de fréquence significatives entre les deux groupes pour 6 des 7 variables, ce qui a permis aux chercheurs de mettre en évidence un indice de DTA provisoire au test du Rorschach identifiant 8/10 de leurs patients DTA, et seulement 3/20 des patients contrôles. Les auteurs de cette recherche ont présenté des perspectives de recherche, et d'autres apports possibles du test du Rorschach en gériatrie.

*Dans la perspective que nous suivons, nous citons Péruchon M. qui dégage les traits saillants communs à 20 protocoles de Rorschach et de TAT de sujets âgés névrotiques, institutionnalisés. Une comparaison avec la névrose actuelle, l'état-limite et la démence sénile de type Alzheimer s'en suit permettant de rapprocher et de différencier la névrose vieillie de ces catégories nosographiques*

Ainsi à partir des 20 protocoles obtenus, l'auteur dégage, des éléments allant soit dans le sens de la névrose soit dans le sens de la dépsychisation. « car dépsychisation il y a dès lors que le grand âge intervient. Cette dépsychisation recouvre, d'une part, la disparition plus ou moins prononcée de la qualité mentale des représentations qui du coup régressent vers leur soubassement perceptif – ce qui ne manque pas de porter atteinte aux fantasmes ; d'autre part, l'affect qui se désintériorise tendant à retourner à l'émotion plus proche du corps et de la motricité, d'où sa grande difficulté à être associée aux représentations. en résulte la démentalisation des défenses qui, elles aussi, tend à se rabattre sur le perceptif ». (Péruchon M., 2002, P. 45)

*Utiliser le test Rorschach, pour comprendre le fonctionnement psychique du sujet dément, nous permettra de dégager la spécificité de ce fonctionnement chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer en rapport avec celui des sujets vieux. L'on s'intéressera aux productions mentales à travers le Rorschach (RRCH) chez le sujet dément avec L'essai de comparaison entre vieillissement normal et vieillissement pathologique.*

Dans notre réflexion, nous voulons savoir :

- 1- Quelles sont les organisations psychopathologiques dominantes chez les sujets vieux non déments : observerons nous des spécificités allant dans le sens de la névrose vieillie (dépsychisation)?
- 2- Est ce que la production projective donnera à voir un fonctionnement défaillant chez le malade d'Alzheimer : qui lui-même se donnera à voir à travers des aménagements défensifs limité, tel que nous le préciserons dans les hypothèses opérationnelles ?

### ***Les Hypothèses :***

A partir de tout ce que nous avons avancé précédemment, nous proposons les hypothèses suivantes :

- 1- Nous observerons chez les sujets vieux des spécificités dans leurs productions projectives, allant dans le sens de dépsychisation (tel qu'elles sont décrites dans les hypothèses opérationnelles)
- 2- La production projective donnera à voir un fonctionnement défaillant chez le malade d'Alzheimer ; qui lui-même se donnera à voir à travers des aménagements défensifs limité, tel que nous le préciserons dans les hypothèses opérationnelles.

### ***Opérationnalisation des hypothèses :***

**Le fonctionnement type « normal »** est caractérisé aux tests projectifs selon Traubenberg N.R., par des protocoles qui ont les caractéristiques suivantes :

- Mouvement Identificatoires bien définis ;
- Différenciation des rôles féminins et masculins selon les planches ;
- Alternance entre situations d'activité et de passivité ;
- Représentations Humaines bien définies (Traubenberg N. R., 1990)

Plus les protocoles sont proches de ces repères, plus le fonctionnement psychique est « normal » plus il s'éloigne de ces repères, plus il est « anormal »

**Dans le test RRCH, nous pouvons repérer la névrose vieillie, et donc la dépsychisation,** par la domination du percept au détriment de la projection et de l'imaginaire de sorte que nous observerons :

- réponses peu élevées qui se prêtent à la répétition ;
- un appauvrissement des contenus symboliques ou originaux ;
- référence à des contenus de la réalité externe
- le rapport au réel est gardé d'où un nombre suffisant des (F% et F+%).
- une diminution des kinesthésies en général ;
- diminution, voire absence, des réponses couleurs.

**Dans le test RRCH, nous pouvons repérer la spécificité de la production des sujets atteints d'Alzheimer** par des difficultés au niveau de la différenciation avec l'instabilité identitaire, tout comme les références personnelles considérablement accusées (M. Péruchon, 1994) :

- l'épreuve de réalité n'est plus du tout maintenue (les contenus manifestes et latents ne sont plus appréhendés).

- confusion des identifications sexuées et le télescopage des générations

- contradictions dans le discours ce qui signale que les processus secondaires sont battus en brèche (M. Péruchon, 2002) .

- absence d'éléments de conflits intrapsychiques (absence de défense mentalisée)

***L'objectif de la recherche :***

L'objectif de notre étude, est de permettre de saisir la spécificité d'aménagements psychiques sous jacents au vieillissement, et la compréhension de la problématique de chaque sujet vieux, Ce qui permettra d'envisager, une prise en charge plus adéquate à chaque sujet.

Ceci allait permettre, une meilleure écoute, d'orienter la thérapie psychologique dans la souffrance psychique à l'œuvre dans la démence.

***Méthode et techniques utilisés :***

Le travail est conçu par la psychologue et le médecin de sorte que ce dernier établit un diagnostic (avec un médecin neurologue) sur le rythme et l'évolution de la maladie chez chaque cas, et ce à long terme (dans un suivi à long terme).

Au final, il s'agit de comparer le diagnostic du médecin et de la psychologue ; La recherche est toujours en cours c'est la raison pour laquelle, nous nous pouvons révéler à présent, que les résultats préliminaires, concernant dix cas.

### **La méthode utilisé :**

Notre démarche est clinique, elle suppose deux activités : L'une est un « mode de travail clinique permettant le *recueil* (voire l'accueil) de données concernant un sujet ; (...) L'autre activité est la *production* par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative, qui doit rendre compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité (ne pas isoler les symptômes et considérer le sujet comme une totalité) et de singularité (c'est la personne qui importe avec ses spécificités, son originalité, son histoire) (Pardinielli J-L. et Fernandez L., 2009, p. 50)

### ***Critère du choix de la population d'étude :***

#### ***Pour être inclus dans la recherche les sujets doivent être:***

- Âgé de 65 à 85 ans vivant en famille.
- 05 sujets indemnes de toute maladie chronique
- 05 sujets Atteints de la maladie d'Alzheimer (au premier stade de la maladie)<sup>1</sup>.

### ***Caractéristiques descriptives de la population :***

Le groupe de recherche est constitué de 20 sujets au départ, mais nous ne présenterons que les résultats de 10 sujets, car la recherche est toujours en cours

Le niveau scolaire, des sujets va de l'analphabétisme au primaire ;

L'Age vari de 65-85 ans;

05 sujets indemnes de toute maladie chronique (3 de sexe féminin et 2 de sexe masculin), ce sont des sujets bien insérés socialement et le niveau socioculturel est variable.

05 sujets Atteints de la maladie d'Alzheimer ((3 de sexe féminin et 2 de sexe masculin également) le niveau socioculturel est variable aussi.

### ***Le dispositif technique utilisé:***

---

<sup>1</sup> Pour des raisons déontologiques, nous avons exclu, dans notre recherche, les malades au stade avancé de la maladie d'Alzheimer, vue les difficultés de contacte, et les risques d'aggravation et de désorganisation.

Notre étude prend appui sur deux techniques :

- L'entretien clinique ;

- Le Rorschach ;

Le diagnostic sur l'état de santé, est posé par le médecin et à chaque cas nous comparons les données du médecin et les données de notre bilan psychologique –à partir du test RRCH, l'entretien n'est utilisé que pour appuyer et mieux comprendre les cas).

Dans la perspective clinique, « il s'agit d'une approche du sujet considéré de manière holistique, et non de l'addition de résultats isolés censés "situer" son niveau intellectuel, désigner d'éventuelles difficultés dans l'appréhension de l'espace ou du schéma corporel, voire permettre le diagnostic d'un trouble psychopathologique .» (Emmanuelli M. 2003 p. 15).

### ***Lieu et période de recherche :***

La recherche s'est déroulée à la wilaya de Bejaia dans un cabinet de médecin privé (Dr. Khardouche née Annouche Lila) du 11 juillet à la fin Aout 2012, (pour les cas présentés dans cette recherche ; Cependant, nous comptons reprendre en décembre 2012 et Mars 2013, pour les 10 autres cas).

### ***Choix de la Population d'étude :***

Le choix de l'échantillon s'est fait, selon la présentation du sujet vieillissant en consultation chez le médecin.

Nous avons rencontré chaque cas individuellement, dans un bureau réservé pour notre recherche. Deux rendez- vous sont consacrés pour chaque cas : le premier pour l'entretien clinique qui sert à préparer le cas à l'examen par le test ; le second rendez vous est consacré pour le test Rorschach (avec un écart d'une semaine maximum et de 2 jours minimum, entre un rendez- vous et un autre).

Nous avons expliqué à chaque sujet notre objectif et ce qui est attendu de lui ; libre à lui d'accepter ou de refuser ; comme il pouvait quitter la recherche à tout moment s'il le désirait.

### ***Méthode d'analyse des techniques utilisées:***

Il est à noter que lors de notre analyse des données de l'entretien, l'objectif est d'étayer notre compréhension clinique du cas. Notre réflexion s'appuie plus sur les données du test projectif.

En partant des repères théoriques psychanalytiques, nous discuterons les résultats de 10 cas (05 sujets déments et 05 sujets sans aucun problème de santé majeur)

Les protocoles de Rorschach ont été cotés en référence au livret de cotation de Cécile Beizmann (1966), et analysé en référence aux travaux de C. Chabert (1983, 1987)

Pour effectuer une comparaison entre notre population d'étude et celle des adultes jeunes, nous renvoyons le lecteur aux grilles établies par Si Moussi A. et Benkhelifa M. (2009, P. 193-206) (ouvrage en Arabe cité au bas des références). Pour la construction de ces grilles, les auteurs sont partis des études de l'équipe de Paris V pour dégager les caractéristiques de la production chez des sujets algériens, ce livre est un grand apport pour nous pour comparer la névrose vieillie et celle de jeunes adultes.

### ***Présentation des résultats et discussion:***

#### ***1- Données projective au Rorschach : chez les sujets non déments: allant dans le sens de la névrose vieillie:***

Les résultats expriment une productivité moyenne ( $R = 13$ ), témoignant d'un besoin de ne pas trop s'impliquer personnellement ; ce qui va dans le sens d'un rapport au réel maintenu, L'adaptation à la réalité est soutenue par le nombre de réponses forme ( $F = 69$  en moyenne) tel qu'il en est habituellement dans la névrose (C. Chabert, 1998) : Cette adaptation acceptable à la réalité apparaît aussi dans le niveau des réponses banales ( $Ban = 04$  en moyenne) ; et un  $F +$  satisfaisant dans l'ensemble, malgré la présence des formes négatives, qui font penser à une déviation momentanée, par rapport à la réalité ( $F- = 11$  en moyenne).

Le mode d'appréhension de la réalité, révèle aussi l'évitement de l'implication personnelle, en optant pour une perception globale dans la norme ( $G = 23$ ), mais la domination des réponses partielles ( $D = 77$ ). Cette attitude témoigne d'un manque de création et l'accrochage à la réalité concrète contre une implication personnelle.

Les réponses humaines sont présentes (H %=10), ce qui va dans le sens de l'investissement de l'objet (comme on peut le trouver dans la névrose) les réponses animales souvent élevée (moyenne des A % = 45) qui traduirait la limitation de l'imaginaire ; dans le même sens, nous relevons ce manque d'implication personnelle dans la représentation des grandes Kinesthésies faibles (moyenne des K= 1). Ce qui peut signifier un problème de contrôle et de la régulation des pulsions et des difficultés par rapport à la représentation de soi et de l'autre.

Les réponses couleur en générale, sont inférieures à la norme (C= 1.5 en moyenne) ainsi que la diminution du RC qui ne représente que 23 en moyenne. Les sujets restent perturbés devant les planches pastel, tout ça donne à voir une difficulté dans l'expression des mouvements pulsionnels.

Exemple Aissa (75 ans sujet non dément) :

Planche II:

« Deux (rit) soldats « glaguerre » (pendant la guerre), ya du sang partout , on en a vu hein eh oui la souffrance »

Planche III:

« je ne crois pas qu'ils s'amuse à nous provoquer, la guerre khlasse (ça y est) »

PLVII:

« Deux têtes de petites, elles profitent de la fin de la guerre, elles s'amuse ».

Les réponses formes couleur sont aussi rares (FC= 2 en moyenne) ce qui va dans le sens de la difficulté du sujet à lier l'affect aux représentations : « signe allant probablement dans le sens de la dépsychisation » (Péruchon Marion, 2002, P. 47)

## ***2- Données projective au Rorschach : Les résultats chez les sujets malades d'Alzheimer:***

Les sujets malades d'Alzheimer, sont très proches du concret, ce que nous pouvons relever à travers l'accrochage des sujets au perceptif le nombre de réponses (R=11 en moyenne) même si le nombre reste limité, il faut comme même dire, que le perceptif est présent au détriment du projectif, sauf

exceptionnellement on remarque une apparition accidentelle de représentations significatives dans leurs contenus.

Les perceptions globales sont dominantes ( $G = 66$ ) mais avec des réponses brèves sans résonance fantasmagorique. On remarque immédiatement, l'absence de combinaison mentale dans ces réponses. Les sujets déments se contentent de délimiter les contours des tâches avec un éloignement de leurs contenus et spécificités.

*Le recours aux réponses globale, ne signifie cependant pas l'intégrité de la pensée des sujets déments, nous assistons souvent à des difficultés de perceptions, tant les possibilités de contention interne et externe sont minimales. Les contenus manifestes et latents ne sont plus appréhendés, est sont remplacés par la compulsion de répétition.*

D'ailleurs, les G sont répartis plus dans les planches compactes (ce qui signifie que l'intégrité est suggérée extérieurement) ; c'est dire que les sujets déments peinent à garder leur intégrité, surtout si on ajoute à cela le nombre de formes négatives élevé ( $F = 54$ ).

De l'autre côté, même si quelques réponses couleurs -notamment les réponses couleur forme ( $CF = 1$ ) sont présentes dans les planches pastels; ces réponses, ne sont pas une scène d'émergence des pulsions ainsi c'est plus les réponses du genre « puisque il y a des couleurs (alors) des jardins », « des fleurs en plastique » « une feuille verte », parfois c'est juste nomination couleurs etc. ce qui témoigne de l'émergence des associations primaires, leurs rareté par rapport à la norme, va dans le sens d'une pauvreté de l'imaginaire et des affects liés aux représentations, ce manque est souvent compensé par le recours au concret et au perceptif.

Avec 2 cas sur 5, nous avons relevé un aspect dépressif des réponses chez les malades d'Alzheimer qui s'est traduit par les réponses estompées (E) réponses genre : « ça donne la chère de poule ce tapis » ; « c'est une peinture moche c'est perforé, non non juste moucheté » ; dans le même sens nous avons relevé parfois une sensibilité aux couleurs achromatique où les  $C' = 0.5$  en moyenne.

la relation d'objet est marquée par le contenu régressif ainsi les relations sont anaclitiques, exemple : « les deux là sont pas des hommes, ils sont collés ses ( ) sont collés (ces données vont dans le sens des résultats de Péruchon M. 1994/ 2002 où elle cite que ces contenus anaclitiques s'intensifient massivement, souvent jusqu'à la caricature, chez les sujets déments).

En générale ce qui caractérise les contenus, c'est plus la pauvreté dans la production. Les contenus s'approprient souvent à répétitions, ce qui va dans le sens de la rigidité de la pensée ; Ainsi comme le dit Péruchon M. (2002) on peut envisager un continuum prudemment entre névrose vieillie et maladie

d'Alzheimer, une différence majeure les oppose radicalement : la destruction des limites et, avec elle, l'épreuve de réalité dans la démence.

### **Conclusion :**

Outre la nécessité d'évaluer l'intégrité des capacités mentales, il est par ailleurs important de définir les facteurs susceptibles d'exploiter de façon optimale ces capacités afin d'améliorer la prise en charge des patients malades d'Alzheimer. C'est pourquoi, nous avons opté pour une étude globale du fonctionnement psychique.

Le fonctionnement névrotique est particulièrement fragilisé avec le vieillissement. Les conditions de vie où le statut social du sujet vieux est frappé de plein fouet, de même pour l'intégrité physique et cognitive, et une réalité interne qui perd sa force même si les conflits demeurent intrapsychiques, comme nous l'avons vu chez les sujets non déments.

Nous avons observé des difficultés d'adopter des prises de positions identificatoires c'est dire que les sujets vieux ont du mal à se positionner par rapport à leurs objets (internes et externes), *tout comme l'adulte jeune, le rapport avec le désir et la frustration, la rivalité sont maintenus ; ce qui fait, cependant, la spécificité du sujet vieux c'est la souffrance liée de ce dernier, à sa vie interne et externe, au-delà de leur limite dans l'expression.*

La comparaison et l'approfondissement des différences psychiques interindividuelles, permet de mieux saisir le processus de la vieillesse aux besoins spécifiques et de donner sens à la pluralité des configurations des vécus de cette dernière.

Ces résultats mériteraient un approfondissement et sans doute l'exploitation plus large et longitudinale ; Ce que nous souhaitons poursuivre, actuellement.

Même si nos données coïncident avec les résultats signalés par les auteurs dans le domaine, notamment celles de Péruchon M. (1994 / 2002), il est important d'évoquer la dynamique individuelle chez chaque sujet. De ce point de vue, chaque cas ne peut être comparé à aucun autre. Essayer de comprendre la logique fonctionnelle chez chaque sujet, est le garant de la compréhension de son fonctionnement.

Enfin nous voulons insister, sur l'importance de comprendre les processus sous jacents aux symptômes de la maladie d'Alzheimer au lieu de se contenter du côté organique (neurologique) seul.

## ***Bibliographie:***

Beizmann C., (1966), *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*, Paris, Ed. Du centre de psychologie appliquée 1<sup>ère</sup> édition.

Boller, F., El Massioui, F., Devouche, E., Traykov, L., Pomati, S., et Starkstein, S.E. (2002). Processing emotional information in Alzheimer's disease: effects on memory performance and neurophysiological correlate, .In *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 14, 104-112.

Chabert C., (1983), *le Rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique*, Paris, Dunod

Chabert C., (1987), *psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Paris, Dunod.

Chabert C., (1998), *psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod.

Chevance A. (2005), *Désir d'oubli chez le patient Alzheimer, un concept clé pour une prise en charge thérapeutique*, In cinq paradigmes cliniques du vieillissement, Paris, Dunod.

Emmanuelli M., Boekholt M., (1995), du corps à la pensée, *psychologie clinique et projective*, vol. 1, Paris, Dunod.

Emmanuelli M., (2003), L'examen psychologique en pratique clinique : les apports de la théorie psychanalytique, *Le Carnet PSY* 5 (n° 82), p. 15-17.)

Hazif-Thomas, T. Arroyo-Anllo, (1999), Histoire du concept de démence, dans *Gérontologie et société*, n° 88, , PP.49-78.

Le Goues G. (1991), *Le psychanalyste et le vieillard*, Paris, P.U.F

Mijolla A. De (2009), *Aller vers cette liberté in Vieillir... Des psychanalystes parlent. Un désir qui dure*. Toulouse, Editions Eres.

Muzio E, Andronikof A, David JP, Dimenza C. (2001),L'intérêt du test du Rorschach (Système Intégré) dans l'évaluation psychométrique en gériatrie: exemple de la démence de type Alzheimer, In *La Revue de Gériatrie*, Tome 26, N°2 Février, PP. 121-130

Nkodo Mekongo Yves-Patrick et al., (2007), « Maladie d'Alzheimer: la psychologie clinique en contrepoint de la médecine », *Cahiers de psychologie clinique*, 1 no 28, PP. 207-219.

Pasquier F., (2002), Approche clinique de la maladie d'Alzheimer. In : Duyckaerts C., pasquier F.,. *Démence*. Paris , Doin, PP. 101-116.

Peruchon M. (1994), *Le déclin de la vie psychique. Psychanalyse de la démence sénile*. Paris, Dunod.

Péruchon Marion, (2002), « La névrose dans le grand âge à l'appui d'épreuves projectives », *Cahiers de psychologie clinique*, 1 no 18, PP. 45-56.

Quinodoz d. (1993). Le travail du vieillir : appauvrissement ou enrichissement? *10e journée d'étude ARAGP*, Lyon.

Verdon Benoît, « Le paradigme de la névrose à l'épreuve du temps. » Remarques à propos de la question de la névrose actuelle », *Champ psychosomatique*, 2003/2 no 30, PP. 83-100