

Troubles du comportement chez la personne âgée : une sexualité « *postgénitale* » pathologique ?

Richard Salicrú

DANS **LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES** 2013/9 n° 312 , PAGES 54 À 59
ÉDITIONS **MARTIN MÉDIA**

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.312.0054

Date de mise en ligne : 05/11/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2013-9-page-54?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



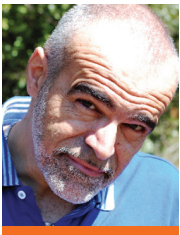
Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Troubles du comportement chez la personne âgée : une sexualité « postgénérale » pathologique ?

La neurologie et la neuropsychanalyse sont sources de spéculations sur les comportements déroutants de la personne âgée et sur l'expression d'une sexualité psychopathologique. On peut dès lors se demander si le surgissement de pulsions incontrôlables ne serait pas la conséquence d'une érosion des mécanismes de défense.



Richard Salicrú

Psychologue clinicien, psychanalyste
Docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse

La clinique des syndromes démentiels Alzheimer ou de type Alzheimer chez les personnes âgées ne peut éviter une étude plus approfondie des mécanismes de défense et surtout de leur évolution au cours de la maturation du sujet. Certaines démences du grand âge s'initient par des troubles du comportement. Dans d'autres situations de ce type, les troubles du comportement font partie de l'évolution de la maladie. Entre autres signes s'observent le plus souvent des troubles du contrôle de soi tels que nous pouvons les observer dans le cadre des manifestations de type « fronto-temporales » (hyperoralité, irritabilité, désinhibition comportementale ou verbale, trouble du contrôle émotionnel, etc.) (Delbeuck, Pasquier, 2008). Mais cette observation est sûrement liée aux atteintes des régions frontales (cortex orbito-frontal) (Derouesné, 2008) touchant à la fois à la sphère cognitive et à la sphère affective, celle qui nous intéresse tout particulièrement ici. L'étude de ce type d'accès démentiel permet probablement de mieux discerner l'involution des mécanismes de défense. Si nous considérons que les mécanismes de défense se construisent tout au long de l'existence, nous sommes en mesure de leur donner, en fonction de l'âge de la personne,

des qualités évolutives : archaïques, infantiles, adultes, matures, etc. Les mécanismes de défense se modifient et surtout se complexifient avec la maturation du psychisme. L'hypothèse que nous tenterons de soutenir est la suivante : les mécanismes de défense, en vieillissant, avec la perte de l'élasticité psychique et organique, se fatiguent, s'érodent jusqu'à quelquefois régresser à leur état premier. Nous partons du modèle suivant : les mécanismes sont construits selon des couches successives au cours de la maturation du sujet. Il s'agit d'un processus de complexification lié tant à l'expérience de la vie qu'à la cumulation des traumatismes. Ce principe est une modélisation personnelle qui nous permet d'envisager notre clinique et se réfère à notre récente réflexion sur le vieillissement des mécanismes de défense (Salicrú, 2012). Le deuxième postulat issu de ce travail est que ces couches, à la faveur du vieillissement et de la détérioration neurodégénérative, s'estompent progressivement jusqu'à la régression parfois complète à un état proche de l'état archaïque. Cette hypothèse d'involution de la structure psychique permet de mieux appréhender, entre autres, les troubles du comportement perturbateurs chez les patients touchés par une démence de type Alzheimer. Cette modélisation, comme toute modélisation, n'a qu'une valeur spéculative, mais elle est directement inspirée des dernières avancées de la neurologie et de la neuropsychanalyse.

UNE RÉALITÉ NEUROLOGIQUE

Pour qualifier le vieillissement des mécanismes de défense, l'image de l'érosion se justifie par l'observation clinique d'une régression psychique. L'érosion est la disparition des dernières couches formées laissant apparaître des couches anciennes, c'est-à-dire des systèmes de plus en plus rudimentaires qui redeviennent actifs à leur tour. Lorsqu'un mécanisme de défense s'affine en fonction d'une expérience vécue, il superpose au précédent système

une forme de réaction nouvelle à la situation à laquelle il résiste. Lorsque ce dernier système disparaît, l'ancien est à nouveau mis en œuvre chaque fois que la situation se représente. Si, sans doute, des liens restent à faire avec les réalités neurologiques, ce n'est clairement pas notre propos dans cet article. Modéliser le vieillissement des mécanismes de défense sur l'érosion rejoint et précise bien sûr l'idée de régression déjà largement utilisée dans la clinique psychopathologique des personnes âgées.

S'il est exact que les dernières constructions cérébrales sont frontales, c'est-à-dire le site d'autocontrôle de notre psychisme (le cerveau frontal finit de se construire vers vingt-cinq ans), alors l'observation des patients subissant avec l'âge des lésions cérébrales des régions frontales nous permet d'asseoir cette modélisation. Pierre Charazac estime, pour sa part, qu'il s'agit probablement là d'un phénomène plus général et d'un remaniement topique chronologique global : « *Le surmoi étant l'instance la plus tardivement constituée, elle devrait être la première remaniée par le vieillissement* » (Charazac, 2012). L'atteinte de ces régions engage la personne dans des comportements pour lesquels les retenues socio-éducatives ne sont plus compétentes. Propos triviaux, gestes déplacés voire agressifs, désinhibition et cris sont les comportements perturbateurs les plus fréquents que l'on peut observer dans ce cadre psychopathologique. Avec le temps et lorsque l'état physique de la personne le permet encore, ces comportements sont de plus en plus saillants, obligeant dans la plupart des situations d'introduire des sédatifs puissants, la parole ne suffisant plus à récupérer les distances critiques du patient et son autocontrôle. Du point de vue psychanalytique, cela fonctionne comme si l'instance surmoïque perdait de sa puissance et s'effaçait petit à petit, facilitant du coup l'émergence des rejets de l'inconscient jusque-là refoulés. Le surgissement pulsionnel prend alors le pas. Du point de vue clinique, nous pouvons observer une désinhibition pulsionnelle, voire l'apparition des pulsions partielles telles que nous les connaissons chez le jeune enfant. Exhibitions, agressions sexuelles, actes sadiques puis, parallèlement, fixations pulsionnelles sur les sphères anale et buccale sont très souvent identifiables au décours des troubles du comportement perturbateurs. Peut-on alors supposer qu'il y a une « *partialisaiton* » des pulsions qui, de fait, remettrait à l'ordre du jour une déstructuration vers une forme pré-génitale de la sexualité ? Devrons-nous alors parler de forme « *post-génitale* » pathologique ?

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Un homme de quatre-vingt-sept ans nous avait été présenté il y a quelques mois pour des troubles du comportement, qui survenaient tout au long de la journée lorsqu'on tentait

de lui apporter les soins nécessaires. Dès lors qu'il avait une personne en face de lui, il commençait par proférer des insultes sans raison apparente, puis s'il parvenait à saisir le bras ou la main de son interlocuteur, il la serrait très fort, quitte à planter ses ongles. Un masque sadique s'affichait alors sur son visage. Il serrait les dents, plissait les yeux comme pour bien montrer qu'il n'espérait qu'une chose : « Faire mal ». Aucune parole ne permettait de calmer le comportement ni l'injonction d'arrêter ni les appels à la raison. Mais le plus surprenant reste que, dans son discours, en apparence inadapté, apparaissait assez souvent le remors, la demande d'un pardon, comme s'il se rendait compte dans l'après-coup de la violence qui émanait de lui-même et qu'il ne pouvait pas contrôler. Cependant, aucun mouvement de regret de ses actes ne suffisait à stopper son agression. Cet exemple clinique n'est pas unique. Il existe un grand nombre de situations pour lesquelles les comportements ne sont pas explicables, en particulier les cris permanents qu'aucun raisonnement ne permet de rationaliser les origines. Pourtant, si nous pensons ces comportements comme les restes archaïques de systèmes défensifs, alors nous pourrions peut-être observer qu'ils sont réactionnels à des situations conflictuelles aussi frustrées que la faim, la douleur ou le besoin d'élimination quand nous cherchons en tous sens une signification complexe de cette manifestation. Nous ne pouvons pas penser qu'il s'agit réellement d'un retour simple de la phase pré-génitale parce que la structure psychique reste partiellement adulte et que, de plus, la situation est de toute évidence pathologique. L'expérience de la vie, l'éducation, la sclérose progressive de la névrose du sujet, modifient ce dernier jusqu'à un point de non-retour. De plus, le regard de l'autre garde toute sa valeur et il est de surcroît à l'origine des positions subjectives de chaque individu.

Comme si l'instance surmoïque perdait de sa puissance et s'effaçait petit à petit.

Or, lorsqu'un sujet âgé ayant des troubles du comportement se présente au regard de l'autre, malgré la forte tendance à l'infantilisation qu'il suscite par ses attitudes, il lui sera toujours renvoyé en miroir une image de la distorsion entre la présentation d'une pulsion partielle infantile et la présentation d'un corps adulte en proie à cette pulsion.

Cette distorsion persiste au point qu'il n'est pas possible de penser de façon logique en une régression pré-génitale même s'il s'agit probablement du surgissement de pulsions partielles infantiles telles qu'elles ont été abandonnées à l'adolescence de l'individu. S'engager alors dans la ➔

→ description d'une sexualité *postgénérale* pathologique prend tout son intérêt, car elle présente à la fois la possibilité d'invoquer et de se référer à l'organisation prégénitale freudienne tout en restant compatible avec une clinique du vieillissement, évitant ainsi toute tentative de propulser la personne âgée dans sa globalité vers une infantilisation trop souvent promue et acceptée par l'entourage de celle-ci. Freud décrit la construction de la sexualité adulte dans sa première topique. Cette maturation se fait en deux temps : la phase de latence, qui est balisée par le refoulement des pulsions, puis la phase de la puberté dont le but sera l'unification des pulsions partielles vers un choix d'objet unique : « *Le choix d'objet de la puberté doit renoncer aux objets infantiles et prendre un nouveau départ en tant que courant sensuel* » (Freud, 1905). Bien que notre objectif ne soit pas de reprendre le déroulement de ces deux phases en miroir du vieillissement, nous pouvons tout de même décrire un remaniement des investissements libidinaux dont une des conséquences pathologiques pourrait être la rupture du primat du génital dans un certain nombre de situations psychopathologiques. Cette période de remaniement peut être matérialisée, par exemple, avec l'extinction quasi volontaire des désirs sexuels par le sujet lui-même qui peut survenir de façon pathologique très précocement dès l'âge de la ménopause chez certaines femmes (positions névrotiques obsessionnelles encore trop souvent légitimées par des présupposés sociaux et familiaux) et avec la perte des capacités érectiles chez l'homme lorsqu'elle advient. En tout état de cause, nous pouvons observer une phase au cours de laquelle la question de la sexualité sera partiellement éludée. En effet, cette phase est socialement appuyée par le refus collectif d'accorder à la personne âgée toute forme de capacité génitale. Il s'agit d'un déni encore assez important de nos jours, même si nous sommes probablement à la veille d'une deuxième révolution sexuelle qui sera celle des seniors du baby-boom de l'après-guerre et qui, sans doute, modifiera ce type d'évolution. Durant cette période plus ou moins longue, la libido est donc en grande partie sublimée sur la génération des petits-enfants lorsqu'il y en a, mais aussi sur des activités multiples, propres à la première période de

Il y a chez tous les sujets âgés un repli narcissique défensif.

retraite entre soixante-cinq et soixante-quinze ans (activités intellectuelles, sportives, associatives, etc.). Mais cette phase est en même temps la scène de nombreuses pertes parallèles de capacités ou d'investissements sociaux durant laquelle la libido est en grande partie libérée puis sublimée sur divers objets. Il est important de comprendre que, compte tenu des deuils multiples de la vieillesse, les investissements libidinaux sont sans cesse l'objet d'un repositionnement qui finit sans doute

par « user », d'une certaine manière, les capacités subjectives à l'investissement. Il y a normalement chez tous les sujets âgés un repli narcissique défensif pour éviter les arrachements affectifs douloureux à répétition. Fort heureusement, cela n'est en aucun cas une issue inévitable. La majorité des âgés gardent leurs capacités d'investissement libidinaux intacts et abordent la vieillesse en gérant sans difficulté leurs désirs et leur sexualité tout comme ils le faisaient à l'âge adulte. Mais, dans un cadre pathologique, avec la progression des dégradations cognitives, la concentration sur une tâche intellectuelle devient de plus en plus difficile, les mécanismes de défense, comme la sublimation, ont de plus en plus de mal à fonctionner et à permettre un investissement libidinal satisfaisant pour le moi. Nous assistons donc, à la suite



de cette phase de remaniement libidinal et dans un délai variable en fonction des sujets, à une perte des capacités de choix d'objet, quelquefois contemporaine à la perte de l'objet d'amour dans la réalité, par le décès d'un conjoint et enfin une désintronisation de la pulsion sexuelle génitale en pulsions partielles, avec un surinvestissement fréquent des pulsions anale et orale. La libido se trouve alors engagée dans des investissements partiels. Il existe en plus, sans doute, une nécessité de diviser les investissements libidinaux avec l'arrivée de nouvelles générations dans la famille (arrière-petits-enfants), cette division venant fragiliser le choix d'objet unique dans la structure familiale originaire (parents/enfants). De façon concomitante, la relation de couple elle-même passe par des phases de fragilisation et l'investissement libidinal

s'érode. À l'issue de cette période de crise de l'instance surmoïque, nous assisterons à une réapparition des pulsions partielles telles que les pulsions scopiques, sadiques-anales, orales. C'est bien ce remaniement psychique en regard des différentes phases de la sexualité infantile qui nous autorise à penser en terme de postgénéral en référence au pré-général.

LE SUJET DANS SON ENVIRONNEMENT

La désincontration pulsionnelle va se réaliser dans le grand âge et donner libre cours à l'expression des pulsions partielles infantiles. Le jeu des pulsions sadiques-anales est extrêmement fréquent surtout au sein des institutions où l'on peut l'observer jusque dans les contre-attitudes des professionnels qui prennent en charge les personnes



âgées. Les relèves soignantes peuvent, à l'extrême, être entièrement consacrées aux questions du transit des patients. Mais les questions d'oralité ne sont pas en reste. L'institution gériatrique est essentiellement fixée sur deux pôles d'importance quotidienne : les protections et l'alimentation. Ce n'est sûrement pas un hasard, mais bien un reflet de ce qui se joue en leur sein. Il n'est pas rare d'observer en institution des personnes âgées qui manipulent leurs selles. Les soignants les découvrent maculés, le matin, dans leur lit. Cela peut même mener ces derniers à utiliser des formes de contention pour éviter ce type de comportement (grenouillère, sécuridrap). Mais nous avons pu constater, à l'occasion de changement de service et donc d'équipe soignante, pour certains résidents,

que ce type de comportement pouvait céder à la faveur d'attitudes sociales plus normales. Ces observations nous permettent de penser que ces comportements sont bien des systèmes de défense de type sadique-anal qui surviennent de manière réactionnelle à des situations de contraintes institutionnelles. Le changement de lieu et d'environnement, pour peu qu'il soit perçu comme positif par la personne démente (et nul ne peut prédire ce qui pourra être perçu comme tel) peut diminuer l'utilisation de ces mécanismes défensifs. Il y a malheureusement dans le terme de démence un signifiant qui ôte à ce type de comportement tout rapport possible à une explication rationnelle. Pourtant, le fait que ces comportements cèdent à l'occasion de modification de l'environnement est une démonstration claire que ces actes « déments » ont une signification et sont de véritables mécanismes défensifs en regard des agressions environnementales qui ne sauraient être appréhendées d'une façon plus efficace.

LES PERTES DE CAPACITÉ DE REFOULEMENT

Pour en revenir donc aux mécanismes de défense, nous allons nous intéresser plus précisément à la réapparition des pulsions sadiques-anales. Comme nous l'avons déjà indiqué, nous avons souvent observé qu'elles resurgissent à la faveur de l'épuisement d'une névrose obsessionnelle. « *Freud a successivement dégagé la spécificité étiopathogénique de la névrose obsessionnelle du point de vue des mécanismes (déplacement de l'affect sur des représentations plus ou moins distantes du conflit originel, isolation, annulation rétroactive) ; du point de vue de la vie pulsionnelle (ambivalence, fixation au stade anal et régression) ; du point de vue topique enfin (relation sadomasochiste intériorisée sous la forme de la tension entre le moi et un surmoi particulièrement cruel)* » (Laplanche et Pontalis, 1967). Nous voyons bien à quel point l'ensemble des formations réactionnelles de la névrose obsessionnelle s'expriment sur un terrain précurseur des troubles du comportement perturbateurs. Et, dans la réalité, nous observons assez fréquemment que les pulsions sadiques-anales chez la personne âgée sont caractéristiques de structures psychiques fortement obsessionnelles. Lorsque l'histoire de vie permet de décrire ces personnalités, nous avons souvent affaire à une rigidité psychique antérieure. De fait, l'apparition des troubles au travers d'un débridage des comportements sadiques-anaux est souvent très paradoxale pour l'entourage. Ainsi, l'agressivité au cours de la toilette, la manipulation des selles durant la nuit, les jurons et un langage trivial apparaissent chez une personnalité décrite comme très droite, voire rigide. Ce paradoxe n'existe qu'aux yeux du profane, car, pour le clinicien, les mécanismes de défense qui apparaissent au cours des pathologies psychiques dans la maladie d'Alzheimer →

→ et les démences associées sont les pendants plus archaïques des formations réactionnelles dans les structures obsessionnelles.

Les mécanismes de défense qui permettent la retenue et le refoulement de ces pulsions, voire leur sublimation dans certains traits de caractère saillants (force de caractère, autorité, narcissisme), ne paraissent donc plus pouvoir jouer leur rôle. Normalement, « *quand le refoulement est utilisé, le sujet ressent des sentiments et des pulsions qu'il ne reconnaît pas, tout en ne reconnaissant pas non plus la situation ou la personne qui a pu les évoquer. Ignorant pourquoi ses pulsions et sentiments sont en jeu, le sujet les exprime sans les modifier ou les change en utilisant un mécanisme de défense supplémentaire. Par exemple, l'envie refoulée de frapper quelqu'un peut être transformée encore plus par un déplacement et se traduire par une crise de nerfs du sujet à propos d'un ennui sans gravité* » (Perry, Guelfi, Despland, Hanin, Lamas, 2009).

Avec le vieillissement des défenses, partiellement, sur le terrain sadique-anal, le sujet perd de sa structuration. Il peut néanmoins garder d'autres capacités défensives. Nous observons alors certains troubles du comportement agressifs, voire sadiques, tentatives de pincement durant la toilette, coups portés aux soignants et insultes la plupart du temps fondées sur un registre sexuel.

L'objectif est, de toute évidence, de « faire mal » en réaction à l'intrusion des soignants dans la sphère intime. Il s'agit bien de mécanismes de défense sadiques-anaux. De même, la manipulation des selles relève d'un effondrement des mécanismes de refoulement des pulsions anales infantiles. Il semble qu'elles restent telles quelles au cœur du psychisme et qu'elles réapparaissent comme une conséquence directe d'une perte des capacités de refoulement. Il est aussi clair que le mécanisme de déplacement n'est plus compétent à son

tour. La réaction est donc brutale, faisant sûrement suite à une résurgence inconsciente d'une émotion et donc de pulsions liées aux stress de l'enfance jusque-là refoulées avec succès. Chez la personne âgée en proie à une démence ou à une psycholyse selon Gérard Le Gouès, « *la diminution progressive de la répression des affects libère plus tôt et plus intensément l'expression de ceux-ci* » (Le Gouès, 2000).

Cette sexualité *postgénérale* surviendrait donc à la suite de l'effondrement des mécanismes de défense qui, jusque-là, ont permis la rétention et le refoulement des pulsions partielles. Dans les situations critiques, pour lesquelles nous nous heurtons à des comportements particulièrement insupportables, la modélisation de ces états par l'avènement d'une sexualité *postgénérale* est particulièrement explicite. Un des principaux intérêts est de comprendre qu'il s'agit de pulsions sexuelles partielles. Cela nous engage forcément à traiter la question autrement que par une simple attitude réprobatrice. Car, en effet, une des différences fondamentales avec une sexualité *prégénérale* est l'élasticité et la possibilité éducative. Lors des surgissements des pulsions partielles chez l'enfant, il est possible, pour l'éducateur, d'intervenir pour tenter de faire entendre les interdits et permettre la construction progressive de l'instance surmoïque avec l'installation d'un investissement libidinal vers l'apprentissage. Lors de tels surgissements dans le grand âge, il est impossible de faire entendre l'interdit. Cela est dû, sans doute, au fait que les mécanismes de défense ne sont pas en phase de construction mais bien d'effondrement. Nous savons que les mécanismes de défense sont capables de gérer, entre autres, les pulsions sexuelles. Leur incompétence progressive avec la fatigue cérébrale et cognitive ne permet plus pour le sujet d'intégrer la prononciation d'un interdit. Il semble que ce système de régulation n'est plus à même d'effectuer le travail psychique qui est tout à fait possible dans l'enfance. Les investissements libidinaux nécessaires à l'intégration d'un interdit ne sont plus possibles. Donc, même si l'interdit semble compris et accepté par la personne, l'incapacité du sujet de transférer la libido, ici liée à la pulsion partielle, fait que, rapidement, cette dernière réapparaît telle quelle. Il ne s'agit peut-être là pas d'une perte de la mémoire récente liée à un trouble cognitif ni même d'une incapacité d'intégrer une nouvelle information, mais bien d'une impossibilité de réinvestissement libidinal liée à la disparition du mécanisme de défense, qui permettait jusque-là cette opération psychique.

Nous savons par ailleurs que les échecs d'intégration des interdits dans l'enfance mènent finalement à des psychismes aux tendances perverses ou psychopathes. Or, il est assez rare d'observer ce type d'atteinte de la sphère frontale chez ces personnalités. Il est bien plus fréquent de les trouver chez des sujets obsessionnels ou pervers-narcissiques au psychisme

Bibliographie

Charazac P., 2012, *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*, Paris, Dunod.

Delbeuck X., Pasquier F., 2008, « Démences fronto-temporales », in Belin C., Ergis A.-M., Moreaud O. et al., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal.

Derouesné C., 2008, « Manifestations psychologiques et comportementales de la maladie d'Alzheimer », in Belin C., Ergis A.-M., Moreaud O. et al., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal.

Freud S., 1905, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987.

Laplanche J., Pontalis J.-B., 1967, « Névrose obsessionnelle » in *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.

Le Gouès G., 2000, *L'Âge et le principe de plaisir*, Paris, Dunod.

Perry J.-C., Guelfi J. D., Despland J.-N., Hanin B., Lamas C., 2009, *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

Salicrú R., 2012, *Vieillesse et érosion des défenses : La forteresse dévastée*, Lyon, Chronique sociale.

construit sur des bases structurelles obsessionnelles voire paranoïdes. Nous pouvons penser que la fatigue cérébrale provient d'une vie entière au service du refoulement, des rétentions, des frustrations, des conjurations permanentes et surtout des tentatives de maîtrise de soi ou de l'autre. Ou, autre option descriptive, que l'affaiblissement cérébral dû au vieillissement normal provoque une incapacité des mécanismes de défense de retenir ce qui a toujours été retenu depuis la petite enfance et l'installation d'un surmoi despotique. Ce despote, qui règne en maître absolu sur son domaine, ne semble pas bien vieillir, il paraît se fatiguer bien plus vite et ne plus être en mesure de maintenir le calme dans ses rangs avec le vieillissement.

EN CONCLUSION

Nous pensons que la notion de *sexualité postgénérale pathologique* peut soutenir la réflexion sur la prise en charge des personnes âgées en proie à une maladie présentant une symptomatologie avec troubles du comportement perturbateurs. Il faut noter que ces troubles sont des plus difficiles à prendre en charge en institution. Mais ils sont aussi la plupart du temps à l'origine même des institutionnalisations, car ils compromettent durement le maintien à domicile. Ce sont ces troubles qui, par ailleurs, provoquent l'éloignement des familles. En élaborant une véritable réflexion fondée sur l'observation clinique, à la lumière de la théorie freudienne de la libido, nous pensons

autoriser une appréhension différente des troubles du comportement par un travail sur la représentation collective, familiale et institutionnelle de ces derniers. Il importe en effet d'envisager ces troubles comme une incapacité de se défendre contre des pulsions partielles au même titre qu'un jeune enfant, mais en lui apportant une réponse adaptée à l'âge et aux capacités réelles du sujet. Ainsi, les méthodes qui consistent à considérer la personne démente comme un sujet à part entière, dans sa dignité, à respecter son intimité, à éviter toute forme d'infantilisation et à soutenir ses capacités défensives, permettront de conserver plus longtemps les aptitudes sociales des patients. L'institution, trop souvent, abolit définitivement les capacités défensives en imposant sans discernement les règles du collectif. Les familles, aussi, participent par leur incompréhension des troubles à une démolition systématique des mécanismes de défense déjà mis à mal par les troubles neurodégénératifs. La prescription de sédatifs, si elle apaise, ne permet pas de reconstruction psychique et étouffe en même temps les mécanismes défensifs résiduels qui pourraient permettre un maintien de certaines capacités. L'attitude conservatrice des mécanismes de défense consiste à accepter l'autonomie psychique de la personne âgée. Cela sous-entend d'être en mesure de supporter les refus, de valider les colères, d'adapter sa propre vision du monde à la distorsion de la vision de la personne démente. C'est bien ce que tendrait à promouvoir et à soutenir cette réflexion théorique. ▶