

# Sentiment de continuité et de cohérence de soi dans la maladie d'Alzheimer

Frédérique Foltzer-Debray, Liliane Baut

DANS **LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES** 2016/6 n° 338 , PAGES 67 À 70  
ÉDITIONS **MARTIN MÉDIA**

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.338.0067

Date de mise en ligne : 01/06/2016

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2016-6-page-67?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](http://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.

# Sentiment de continuité et de cohérence de soi dans la maladie d'Alzheimer



Frédérique  
Foltzer-Debray

Psychologue clinicienne



Liliane Baut

Ergothérapeute

**L'entrée en institution d'une personne âgée, à la suite de signes de démence, s'inscrit dans un contexte de perte, confrontant cette dernière à des deuils successifs. Un atelier thérapeutique autour de la pâtisserie, mené par une ergothérapeute et une psychologue clinicienne, permet d'accompagner de façon duelle et médiatisée les nécessaires remaniements psychiques que le sujet traverse. Gros plan sur cette initiative.**

L'identité s'origine à partir du sentiment d'existence. Ce processus est ébranlé lorsque survient une démence de type Alzheimer nécessitant une entrée en institution. La personne âgée s'inscrit dans un contexte de perte, l'avancée en âge confrontant à des deuils successifs (ceux des capacités physiques, intellectuelles et parfois sensorielles). Le sujet doit procéder à de nécessaires remaniements psychiques. La survenue de troubles psycho-comportementaux met souvent en lumière la souffrance psychique qui en résulte. Partant de cette observation, nous avons conçu un atelier thérapeutique mené par une ergothérapeute et une psychologue clinicienne. Cette alliance favorise la complémentarité des approches et préserve le résident d'un regard unique. Cet atelier s'effectue au sein d'un groupe fermé de quatre résidents présentant un *Mini-Mental State* (MMS) inférieur à quinze. Il s'appuie sur le médiateur « pâtisserie », activité riche de sens pour cette génération. La stimulation psychosensorielle, entraînant l'activation de la mémoire procédurale, permet l'émergence d'éléments du passé et la réouverture de l'espace psychique. En témoigne la rencontre avec Michèle qui montre comment un accompagnement spécifique favorise l'apaisement et diminue significativement les troubles psycho-comportementaux.

## HISTOIRES DE VIE ET DE LA MALADIE

Michèle est âgée de 90 ans. Elle est originaire d'Algérie. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. Elle décrit son enfance comme difficile, avec des parents autoritaires et un frère à sa charge. Michèle s'est mariée à l'âge de 18 ans, le couple a eu quatre enfants. À l'âge de 30 ans, Michèle a repris ses études pour devenir institutrice, un métier qu'elle a beaucoup investi. En 1963, à la suite de l'indépendance de l'Algérie, la famille quitte le pays pour s'installer à Orly où Michèle a obtenu un poste dans l'enseignement.

Durant ces années, Michèle s'est particulièrement occupée de l'un de ses fils, Jacques, atteint de schizophrénie. Malgré une vie difficile, elle est décrite par sa fille comme une femme travailleuse qui ne se plaignait jamais, toujours souriante et chaleureuse. Les grands repas de famille se passaient chez eux. Elle qualifie sa mère de « cordon bleu » aidée par sa grand-mère qui vivait également avec eux.

Jacques décède dans l'appartement de ses parents à l'âge de 50 ans. Michèle perd son époux deux ans plus tard et se retrouve veuve à 72 ans. Progressivement, Michèle se désengage de ses activités quotidiennes et réduit ses interactions sociales. Quinze ans plus tard, Michèle entre en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en raison de l'apparition de troubles psycho-comportementaux à domicile. Elle présente aujourd'hui une démence de type Alzheimer avec un MMS à 11/30.

## Problématique

Au sein de la structure, Michèle présente un excellent contact, elle interagit facilement avec le personnel soignant et les résidents. Lors de rencontres informelles, on note dans son discours des idées d'autodépréciation et un sentiment d'inutilité marqué : « *Je ne suis plus bonne à rien, ça marche plus bien là-haut.* » Il en résulte une souffrance psychique majorée par la conscience, même partielle, de ses troubles. Les troubles mnésiques liés au syndrome démentiel rendent difficile l'accès spontané à la mémoire épisodique et, par conséquent, éprouvent le sentiment d'existence et l'identité du sujet. Comment se sentir exister avec l'impression de perdre peu à peu son identité ?

Au crépuscule, la résidente manifeste des crises d'angoisse s'illustrant par une déambulation excessive, des manifestations émotionnelles, des plaintes, des gémissements ainsi qu'une reviviscence de souvenirs →

→ anciens. Elle dit devoir, par exemple, aller chercher ses enfants à l'école. Elle est en quête de ses parents. Sans l'intervention d'un tiers permettant un travail de réassurance, Michèle est confrontée à des angoisses massives.

### OBSERVATIONS CLINIQUES EN SITUATION GROUPE

Au sein de cet accompagnement en ergothérapie et psychologie, nous proposons à Michèle d'investir l'atelier pâtisserie. À son arrivée, la résidente présente des troubles psycho-comportementaux avec des gémissements et des manifestations d'angoisses. Nous l'accueillons au sein d'un groupe fermé de quatre résidents. Cet atelier se déroule au restaurant de l'EHPAD, lieu pensé en délimitant un espace singulier permettant de sécuriser et de contenir les angoisses, tout en facilitant les échanges. Il est également porteur de sens par sa fonction et contribue à la prise de repères. Michèle a tendance à se dévaloriser dans les prémices de l'activité, elle exprime qu'elle ne sait pas faire les choses, craignant une mise en échec. Les premières séquences d'action permettent de réactiver la mémoire procédurale. L'activité pâtisserie ayant été pratiquée de manière coutumière par la résidente, elle est particulièrement efficace. Ainsi, par l'initiation de gestes automatiques, elle concourt au bon déroulement de la recette : Michèle sépare spontanément le blanc du jaune d'œuf, coupe les pommes en fines lamelles.

Sécurisée et valorisée par le dispositif thérapeutique, Michèle s'affirme progressivement au sein du groupe. On note des prises d'initiatives de plus en plus fréquentes et adaptées, renforcées par l'efficacité de la mémoire procédurale.

Un suivi en groupe est intéressant pour cette résidente, car il favorise la relation à l'autre. Dans la journée, bien qu'elle entre facilement en contact avec autrui, la relation reste difficile. En effet, comment comprendre l'autre quand les troubles s'engouffrent dans la discussion ? Hélène Oppenheim-Gluckman, psychiatre psychanalyste, traite cette question en abordant la notion « *d'expérience d'intersubjectivité* ». L'auteur insiste sur la nécessité de « *l'existence d'un cadre commun de significations et de moyens de communication, un jeu de langage (verbal ou non) partagé et partageable* » (Oppenheim-Gluckman, 2012). L'apparition de troubles cognitifs bouleverse ce référentiel commun et altère la relation à l'autre.

Au sein du groupe, les thérapeutes agissent donc comme des médiateurs de la relation en liant la parole là où les mots manquent, là où les persévérations s'immiscent. Au cours des séances, nous sommes surprises d'observer que le lien se crée, les résidentes s'écoutent et sont même de plus en plus attentives au discours de l'autre. Parfois lorsqu'un

long silence se crée chez l'une des participantes, son esprit semble vagabonder, et c'est alors qu'elle vient compléter avec exactitude la parole de sa voisine de table, comme pour nous rappeler de ne jamais être tentées de la « sous-estimer ».

La fonction contenante du cadre est privilégiée et étayée par la disponibilité des thérapeutes pour soutenir, contenir et inviter à la rencontre. Des repères fixes ont été instaurés : l'aspect spatio-temporel, la constitution du groupe et les règles de fonctionnement de l'atelier. Le cadre thérapeutique s'appuie sur le concept « *d'enveloppe psychique groupale* » évoqué par le psychanalyste Didier Anzieu (1999).

Le groupe constitue une barrière protectrice contre l'extérieur en délimitant le dedans du dehors, favorisant ainsi la contenance. Le choix de former un groupe fermé a pour but d'éviter les angoisses de perte et d'abandon prégnantes chez la personne démentielle. L'enveloppe groupale induit chez la personne un sentiment d'appartenance au groupe. L'enveloppe individuelle, quant à elle, lui permet de s'individualiser au sein du dispositif groupal et minore les angoisses liées au sentiment de dilution de soi. Le caractère sécurisant du cadre thérapeutique permet la verbalisation d'affects. Autant de paroles qui ont besoin d'être exprimées dans un lieu pensé à cette fin, un lieu où la confidentialité est un principe de base, un lieu où l'écoute est active. Lorsque le cadre est « intrusé », l'enveloppe se fissure, les troubles psycho-comportementaux réapparaissent et perturbent l'homéostasie groupale.

### Évolution et renarcissisation

Au fil des séances, Michèle prend une place de leader dans le groupe, elle se positionne comme experte de la pâtisserie, distribuant spontanément des conseils aux autres résidentes. La renarcissisation est alors opérante, car le groupe donne, selon Kurt Lewin, psychologue, « *plus d'autonomie au sujet, en le rendant plus conscient de son implication personnelle* » (De Mijolla A. Mijolla-Mellor, 1992). Pour optimiser notre travail, nous nous appuyons sur une activité signifiante, la pâtisserie, faisant écho à son histoire personnelle. À travers son discours et son histoire de vie, nous constatons l'impact de cette activité dans la construction de son rôle de mère et d'épouse, tout en valorisant son identité sociale. Nous l'interpellons sur sa capacité de désirer quelque chose qui fait sens pour son être, et dans son histoire, sur les registres affectif et narcissique. Ainsi, nous maintenons le sentiment de continuité de soi dans le temps et de cohérence de soi tout en positionnant Michèle comme sujet désirant. Ann Wilcock, ergothérapeute australienne, met en lien l'activité et le sentiment d'existence. La représentation de soi et de son devenir, fil conducteur de notre existence, s'exprime à travers nos activités. Elles peuvent alors

être considérées comme le reflet de l'identité : « *il ne s'agit plus seulement de faire, mais d'être et de devenir* » (Margot-Cattin, 2008). L'apparition de troubles cognitifs bouleverse ce schéma et contraint la personne à réaménager son quotidien. Le concept de déprise, décrit par le sociologue Serge Clément en 1994, est une des stratégies adaptatives, aboutissant à « *l'abandon de certaines activités [...] et à leurs remplacements par d'autres qui exigent moins d'efforts* » (Caradec, 2008). Pour Michèle, le désengagement a été précoce, les troubles cognitifs induisant une mise en échec devenue trop douloureuse. « *Privée d'activités significatives, la personne âgée s'éloigne de ce qui donne du sens à sa vie, à son identité et développe de plus en plus de "troubles du comportement", pour remplir ce vide.* » (Margot-Cattin, 2008.)



Au cours de la réalisation, Michèle peut être en difficulté dans la planification des étapes et l'instauration de stratégies. Citons, par exemple, la séance durant laquelle elle verse trop de farine dans le verre doseur. Déstabilisée par cet événement, la résidente cesse son activité, ne parvenant plus à s'adapter à la situation. Cette incapacité de la résolution de problème, entraîne une mise en échec extrêmement douloureuse et peut conduire, si elle n'est pas contenue, à l'émergence des troubles psycho-comportementaux. « *Les troubles cognitifs [...] réactivent des éléments de l'expérience originaires d'impuissance et de "désaide" du nourrisson, l'expérience de détresse, liée à la prématurité physiologique.* » (Oppenheim Gluckman, 2012.) Le dispositif thérapeutique mis en place a donc pour objectif de minorer ce ressenti par une stimulation soutenue et personnalisée. Néanmoins, en cas d'échec, Michèle dispose « *d'un espace de confrontation ou d'expression de ce sentiment [...] peu recevable au quotidien* » (Fabre-Mellini, 2008). Le cadre de l'atelier doit alors être suffisamment bon, au sens de Donald Woods Winnicott, en tant que holding\*, pour accueillir l'expression de ses ressentis sans que l'effet soit désorganisant. Notre accompagnement permet de désamorcer l'anxiété et de minorer l'apparition de ces troubles. L'intérêt d'un travail en cothérapie, ergothérapeute-psychologue, trouve particulièrement son sens dans ce cadre. L'analyse d'activité, propre aux ergothérapeutes, permet simultanément d'adapter l'activité aux capacités du résident et d'observer ce qui se joue au cours de la réalisation, dans la relation entre la personne et son objet. La spécificité du psychologue relève d'un travail de liens. Les affects verbalisés sont rapportés au contexte dans lequel ils s'inscrivent, l'histoire de vie du sujet et son fonctionnement psychique. La parole intime est reprise en validant les affects exprimés. Par ailleurs, le psychologue

contient « *les mouvements émotionnels forts qui émergent lors de la réappropriation de souvenirs.* » (Moser, 2013). Pour Michèle, il s'agit notamment d'accueillir sa tristesse et sa colère. Ainsi, le psychologue l'aide à conscientiser ses émotions sans effracter ses défenses ; le suivi en groupe ne permettant pas de faire état au sujet des interprétations qui en découlent. La stimulation polysensorielle, inhérente à l'activité pâtisserie favorise l'émergence de souvenirs, notamment par les stimulations tactiles et gustatives qui réactivent la mémoire émotionnelle. Alizé Moser, psychologue, souligne le lien entre sensorialité et inscription mnésique. Cette approche sensorielle permet de « *recréer le contexte [...] d'encodage en mémoire de l'information et de faciliter ainsi l'émergence de souvenirs auxquels les participantes n'auraient pas spontanément accès.* » (Moser, 2013). Les souvenirs recueillis sont à forte tonalité émotionnelle, la consolidation étant renforcée par l'émotion. Michèle nous rapporte sa vie en Algérie, la gourmandise de ses enfants et ses difficultés conjugales. Nous validons son récit et son vécu, à la lumière du passé, mais aussi à celle du présent. Ces résurgences rétablissent la personne dans sa conscience de soi : « *Chaque émotion se lie à un souvenir qui tisse la toile de son identité.* » (Van der Linden M., D'Argembeau A., 2008.) Au cours de cet atelier, nous nous appuyons sur l'efficacité de la mémoire procédurale pour libérer la personne de l'anxiété de « *ne plus savoir faire* » et lui donner ainsi l'opportunité d'utiliser son énergie psychique à la réminiscence. Cette →

#### Note

\* Le holding est un concept winnicottien. Il signifie littéralement « le maintien ». C'est l'ensemble des soins maternels qui soutiennent le Moi de l'enfant encore immature et lui confèrent le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.

→ dernière est renforcée par la stimulation polysensorielle qui facilite l'investissement progressif dans l'activité sans effracter l'inhibition verbale du résident. Robert N. Butler (1963), psychiatre américain, décrit la réminiscence comme le retour progressif à la conscience d'expériences personnelles passées, et la résurgence de conflits non résolus. Aborder la question « qui suis-je ? » permet à Michèle de se réapproprier son histoire et d'y donner un sens au regard de sa perception actuelle. Nous interrogeons son identité à travers ses critères objectifs (physiques, juridiques, sociaux), mais surtout sa subjectivité. Au cours des séances, Michèle évoque les éléments marquants de sa biographie qui ont modifié et soutenu son identité (maternité, fonction d'institutrice). L'identité s'appuie sur un processus évolutif : « *Chaque individu se transforme en permanence tout en restant le même. Il éprouve un sentiment de continuité alors que la vie est discontinuée.* » (Legrand, 1993.) L'apparition de troubles cognitifs vient entraver ce processus « *Quand le Moi se délite, se disloque, quand la mémoire s'efface, que les mots viennent à manquer, que reste-t-il du sujet, de*

*l'humain ?* » (Montandon, 2005.) Il en résulte un ébranlement du narcissisme primordial, selon Mélanie Klein, psychanalyste, grâce auquel le sujet éprouve une sensation de permanence de soi. Claudine Montani et Marine Ruffiot, psychologues, émettent l'hypothèse selon laquelle le sentiment de dépersonnalisation trouverait son origine dans la défaillance du moi-peau. Cette dernière ne romprait pas « *au hasard de ses sillons structurels mais là où les blessures narcissiques ont été les plus profondes* » (Montani, Ruffiot, 2009). Michèle persévère sur la question du manque de considération qui a ponctué son existence. Bien que son discours soit décousu, on le retrouve dans son récit familial, professionnel et social. Ces résurgences s'accompagnent d'affects colériques, contenus et validés pour favoriser l'apaisement. Le groupe est également un acteur majeur du dispositif thérapeutique. Ces évocations font naître un sentiment d'appartenance et de différenciation (prise de position face au contexte politique de l'époque et climat familial) permettant aux participants de renforcer leur identité individuelle. En renforçant le sentiment d'existence, ce processus participe à l'équilibration du Moi. L'accompagnement de Michèle illustre le fonctionnement et nous amène à envisager l'hypothèse selon laquelle la démence semble se nourrir d'une problématique de liens. Privée de sens par l'impossibilité d'en créer entre ressentis et événements vécus, la perte identitaire s'accompagne d'une sensation de vide intérieur, souvent compensée par l'apparition de troubles psycho-comportementaux.

## CONCLUSION

Au fil de l'activité, on constate que les résidents sont souriants, apaisés, disponibles psychiquement et remobilisables dans l'agir. Notre accompagnement inscrit la personne dans un processus de lien entre le passé et le présent, entre une émotion et une pensée, mais aussi dans le lien avec l'autre. La réminiscence lui permet de ré-investir son identité, et, donc, d'écartier les angoisses liées au sentiment de dépersonnalisation. Par ailleurs, le résident est en situation d'accumuler des expériences positives (la réalisation, l'évocation de souvenirs, la communication), concourant ainsi à sa renarcissisation. La minoration de la souffrance psychique s'objective par la disparition des troubles psycho-comportementaux et favorise la ré-ouverture de l'espace psychique. On constate que les bénéfices de l'atelier sont observables dans l'ici et le maintenant d'une séance. Nous avons également pu noter l'absence d'angoisse crépusculaire ou de trouble du sommeil consécutivement à la séance. Enfin, il nous semble intéressant de mettre l'accent sur ce lien entre activité signifiante et identité dans le cadre des prises en charge non médicamenteuses. ▶

## Bibliographie

- Anzieu D.**, 1999, *Le Groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.
- Butler R. N.**, 1963, « Life Review : an Interpretation of Reminiscence in the Aged. Psychiatry », *Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 26 (1) : 65-76.
- Caradec V.**, 2008, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin.
- Fabre-Mellini A.**, 2008, « L'intervention auprès de personnes présentant des troubles du comportement et des troubles psychoaffectifs », in Trouvé E. (sous la direction de), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Marseille, Solal.
- Legrand M.**, 1993, *L'Approche biographique*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Oppenheim-Gluckman H.**, 2012, « Atteinte de la pensée et de l'identité », *Le Journal des psychologues*, 302 : 35-40.
- Margot-Cattin I.**, 2008, « La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée », in Trouvé E. (sous la direction de), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, Marseille, Solal.
- Mijolla (De) A., Mjolla-Mellor (De) S.**, 1992, *Psychanalyse*, Paris, PUF, 2008.
- Montandon A.**, 2005, *Écrire le vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal.
- Montani C., Ruffiot M.**, 2009, « L'image du corps à l'épreuve de la démence », *Cliniques méditerranéennes* 79 : 103-116.
- Moser A.**, 2013, « Psychologie clinique étude de l'influence d'un atelier à médiation sensorielle stimulant la mémoire sur l'expression identitaire chez les personnes âgées souffrant de démence de type Alzheimer », *Études et pratiques en psychologie*, 1 (2) : 74-93.
- Van Der Linden M., Argembeau (D') A.**, 2008, « L'émotion, ciment du souvenir », *Cerveau & Psycho*, 28 : 48-51.