

APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE LA DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER

Melle POILLOT Audrey, Dr MENECHIER Pascal, Pr PLOTON Louis

Laboratoire "Psychologie de la santé et du développement" (E.A.3729), Institut de Psychologie, Université Lyon-2,
5 Avenue Pierre Mendès-France, F-69676 Bron cédex.

e-mail : audrey.poillot@yahoo.fr

Les approches cognitives, neurologiques et psychodynamiques vont se compléter pour une connaissance globale de la maladie d'Alzheimer. Les événements de vie difficiles peuvent s'apparenter à des facteurs pathogènes pour l'économie psychique de la personne. Ils peuvent impacter les capacités du sujet à effectuer un travail de deuil, complexifiant l'adaptation du sujet aux pertes liées au vieillissement.

MOTS CLES: Maladie d'Alzheimer, événements de vie, deuils, pertes

La recherche portant sur la maladie d'Alzheimer s'est intéressée de manière préférentielle à ses aspects biologiques et neurologiques. Elle est alors décrite en terme de pathologie neuro-dégénérative complexe et du déclin cognitif associé. Le risque de telles approches est de vider les comportements et les symptômes de tout sens pour le sujet, en les réduisant aux conséquences de l'atteinte cérébrale, privant la personne de toute subjectivité et d'intentionnalité.

Les approches cognitives et neurologiques connaissent leurs propres limites. On peut citer en exemple le cas de Sœur Marie issu de la « Nun Study » [1], étude portant sur une évaluation cognitive annuelle et sur l'étude post-mortem du cerveau de 678 Soeurs. Sœur Marie, à quelques mois de sa mort, avait obtenu des résultats la présentant comme indemne de troubles cognitifs alors que l'étude de son cerveau avait par la suite mis en évidence une dégénérescence neuro-fibrillaire et une abondance de plaques séniles. Tout laisse supposer qu'outre l'impact lésionnel, il existe des facteurs complémentaires dans la dynamique alzheimerienne.

L'approche psychodynamique:

Des auteurs se sont intéressés à la question de la maladie d'Alzheimer suivant un autre plan d'observation [2], psychodynamique. Cette approche est basée sur une hypothèse commune: la persistance d'un appareil psychique chez les sujets souffrants de troubles cognitifs [2]. Celui-ci est mis en évidence par les symptômes eux-mêmes qui peuvent partiellement régresser, de manière spontanée et sur une durée plus ou moins longue.

Parmi ces auteurs, certains se sont intéressés au rôle pathogène des événements que la personne a pu rencontrer au cours de sa vie. Person et Skoog [3], à partir d'une étude longitudinale incluant 374 sujets, ont mis en évidence l'existence de « risques psychosociaux », inducteurs de vulnérabilité dans la maladie d'Alzheimer. Il s'agit plus particulièrement de la perte d'un parent avant l'âge de 16 ans, un métier manuel très rude, une maladie physique chez le conjoint après l'âge de 65 ans et la survenue d'une maladie grave chez un enfant après l'âge de 65 ans.

Le programme ABORD (Alzheimer Banque d'Observation, de Recherche et de Données) a été élaboré dans les années 80, par Hugonot et Ploton [4,5]. Il était composé d'un dossier médico-psychologique, de 400 items, permettant de mieux connaître les antécédents médicaux, sociaux, psychologiques, relationnels et familiaux des malades Alzheimer. L'exploitation statistique des résultats [6] a mis en évidence l'existence de prévalences chez les sujets malades concernant: des relations intra-familiales marquées par la rupture et l'isolement, certains événements de vie et un mode de réaction, de réponses inadaptées face aux difficultés.

Il reste cependant relativement intuitif de considérer comme pathogène la signification d'un ou plusieurs événements de vie particuliers pour le sujet. Cependant le vieillissement pourrait être compris comme le propose Janin en tant qu'une « continuité de la vie psychique où l'on pourrait métaphoriquement comprendre que les couches les plus récentes reposent sur des strates plus anciennes et ainsi des difficultés survenues au cours du troisième âge ne peuvent s'expliquer, se comprendre et se traiter que si l'on a la possibilité de prendre en compte des difficultés antérieures » [7]. Ainsi l'étude des événements de vie passés prend toute sa valeur.

Impact des événements relatifs à l'enfance:

L'enfance reste une période essentielle dans le développement de la personne. Plusieurs études font référence à l'impact d'un contexte événementiel particulier (perte d'un parent, séparations précoces, situations de maltraitances,...) dans la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés [3,8,9].

Un autre élément nécessaire à considérer est l'environnement familial, et plus particulièrement maternel, dans lequel l'enfant vient au monde. Un lien a été évoqué entre la maladie d'Alzheimer et un contexte environnemental particulier comme l'existence

d'une dépression maternelle, un deuil vécu par l'un ou l'autre des parents, événements qui ont en commun le dénominateur de « l'insensé d'un changement incompréhensible de l'attitude parentale à l'égard de l'enfant » [9]. Green a développé le concept de « mère morte » [10] qui correspond au processus par lequel l'image d'une mère vivante et aimante se transforme pour l'enfant en une figure lointaine quasi-inanimée. La mère si elle demeure bien en vie est psychiquement morte, accaparée par la dépression et la souffrance. Elle va désinvestir l'enfant, celui-ci faisant alors l'expérience de la perte d'amour maternel.

Ainsi des interactions précoces défectueuses risquent d'inscrire le fonctionnement psychique sous le primat du doute quant à l'amour de tout objet et favorise le développement de modalités relationnelles marquées par la peur d'être abandonné. L'observation clinique met d'ailleurs en évidence l'importance de l'angoisse d'abandon chez les malades Alzheimer ainsi que leur difficulté à gérer les situations de séparations. Ils ne peuvent rester seuls et ont besoin de la permanence de personnes réelles, équivalents d'objets extérieurs au Moi auxquels ils peuvent se raccrocher n'ayant pas une base interne suffisamment sûre, corrélatif d'une insuffisance d'objets internes [9].

La confrontation à un vécu de stress prolongé:

Des événements de vie peuvent induire ce que nous appellerons un stress prolongé, qui se caractérise par une permanence de l'état de stress, pouvant provoquer des remaniements psychiques importants chez le sujet. Clément et coll. [8] ont développé une théorie reposant sur la notion de « stress précoce », prenant son origine dans des événements de vie stressants avant l'adolescence. Ses hypothèses s'appuient sur des études animales où après une privation maternelle précoce, ils ont observé à l'âge adulte une plus grande vulnérabilité aux

situations délétères, ainsi que des lésions hippocampiques (qui correspond à la localisation stratégique de la maladie d'Alzheimer). D'autres auteurs évoquent également que le stress serait un facteur de risque de décompensation d'une maladie d'Alzheimer, puisque délétère pour notre cerveau [11]. Ainsi une exposition chronique au stress pourrait favoriser à terme la perte de mémoire liée à l'âge.

Les situations de pertes et de deuils:

L'intérêt que l'on peut porter aux deuils provient d'une part de la charge affective associée à la perte et d'autre part, au travail psychique nécessaire imposé au sujet. Freud perçoit le deuil comme la capacité du Moi à élaborer des pertes d'objets investis par la libido [12]. Les investissements vont être retirés de l'objet perdu, puis retournés sur le Moi, et ce dans le but de réinvestir un nouvel objet.

Le travail de deuil est long et douloureux, demandant une grande dépense d'énergie. Il peut être complexifié, voir rendu impossible, par la qualité de l'objet perdu pour le sujet (parent, enfant,...), par les circonstances même de la perte (mort brutale, suicide,...) et par les sentiments associés à la perte chez le sujet (culpabilité,...). Ce travail psychique va mettre à l'épreuve les capacités d'adaptation du sujet et le renvoie à ses insuffisances et à sa propre « finitude », sa propre disparition.

Les pertes liées au vieillissement:

La charge psychique du vieillissement va être augmentée par l'ensemble des pertes subies au cours de cette période: déclin physique, pertes d'objets réels et symboliques, induisant une fragilisation de l'être dans son entier et nécessitant sans cesse un réajustement de l'équilibre interne de la personne. La réalité à laquelle le sujet se retrouve confronté devient douloureuse et peut occasionner des blessures narcissiques, en tant qu'atteinte de l'image de

soi.

L'appareil psychique va évoluer par crises en nombre de plus en plus importants. Celles-ci vont être provoquées autant par le dehors (perte d'objet) que le dedans (perte de soi) et déstabilisent l'organisation du Moi jusqu'à ce que celui-ci parvienne à se réorganiser, généralement à un niveau inférieur au précédent. Pour survivre, le sujet doit être capable de faire des deuils et « le deuil qu'il faut bien faire, c'est celui de soi-même » [13].

Ceci est accompagné d'un amincissement des capacités de mentalisation, le pare-excitation ne remplit plus sa fonction de bouclier protecteur face aux tensions et aux conflits et les capacités d'intégration psychique des différentes pertes diminuent. Le sujet va devenir hyper réactif aux aléas de la vie et tout événement pourra avoir un effet traumatique. Classiquement le traumatisme est décrit par Maisondieu comme un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathologiques durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » [14].

La bascule démentielle:

La vieillesse s'accompagne de remaniements affectifs et pulsionnels et de phénomènes régressifs, confrontant le sujet à la reviviscence d'expériences anciennes, plus ou moins traumatiques. Goda suppose qu'au seuil de la vieillesse, une personnalité marquée par le sceau d'un traumatisme conscient ou inconscient va souffrir d'une sorte d'invalidité à l'égard des tâches du troisième âge [15]. Que l'évènement traumatique soit survenu dans la petite enfance ou à l'âge adulte, cette rupture de continuité, avec sa dimension de perte de sens, rend la personne inapte à surmonter les crises d'adaptations du vieillissement. En particulier, l'inefficacité du travail de deuil qui a empêché de métaboliser et de liquider le traumatisme initial fera également échouer la nécessaire

intégration des épreuves liées à l'expérience affective du vieillissement.

Ainsi, dans une hypothèse psychodynamique, la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés pourraient témoigner de difficultés d'élaboration tardive de pertes, qui convoquent des pertes beaucoup plus précoces. On peut émettre l'hypothèse que l'élaboration de ces deuils multiples dépasse les capacités restantes du sujet, celles-ci pouvant déjà être entachées par des lésions cérébrales et différents facteurs pathogènes (événements de vie délétères,...). Le sujet pourrait alors faire le choix inconscient d'une bascule vers un fonctionnement mental de secours, forme de défense paradoxale qui permettrait d'éviter de penser à la mort à venir.

La maladie d'Alzheimer apparaît alors comme une défense ultime de l'auto-conservation, une forme de « présentation déficitaire de soi » [2], remplissant une fonction de compromis entre les nécessités de l'économie psychique du sujet (vivre) et celle contradictoire de l'économie groupale (demande faite à la personne vieillissante de quitter la scène des vivants).

Il est intéressant de souligner que les mêmes traumatismes peuvent se retrouver dans d'autres pathologies cliniques du vieillissement, comme la dépression. On peut alors émettre l'hypothèse que le sujet ferait le choix inconscient de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté. Comme si après un temps de résistance aux reviviscences, aux pertes et aux traumatismes du vieillissement, le sujet choisirait de lâcher prises, préférant l'oubli.

REFERENCES:

- 1- Snowdon DA. Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study. *Ann Intern Med* 2003;139 (5 Pt 2) : 450-4.
- 2- Ploton L. *Maladie d'Alzheimer, A l'écoute d'un langage*. Lyon: Chronique Sociale, 2004.
- 3- Person G, Skoog I. A prospective of psychosocial risk-factors for late onset dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 15-22.
- 4- Ploton L, Gualdo N, Gaucher J, et al. Retrospective study of vulnerability criteria for late adulthood depressions and Alzheimer Type Dementias: the ABORD program. *International association of gerontology, XVIIth World Congress of Gerontology*, Vancouver, 1-6 Juillet 2001.
- 5- Vignat JP, Ploton L, Guillaud-Bataille JM, Gallice I. Mise au point d'un dossier standardisé des états démentiels de la personne âgée. *Revue Française de Psychiatrie* 1987; 5(8): 22-7.
- 6- Gualdo-Magaud N. La maladie d'Alzheimer: question sur la recherche illustrées par le programme A.B.O.R.D (Alzheimer Banque d'Observation de Recherche et de Données). Thèse de médecine, Faculté de médecine Alexis Carel, Lyon. Avril 2001.
- 7- Janin C. *figure et destins du traumatisme*. Paris: PUF, 1996.
- 8- Clement JP. Le processus démentiel: un naufrage ou une chance? *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2000; 37 (4): 20-3.
- 9- Myslinski M. La démence : échec-réussite de l'abandon pour s'en remettre. In Grosclaude M. *Psychothérapie des démences*. Paris: John Libbey Eurotext, 1996: 99-104.
- 10- Green A. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Les éditions de Minuit, 1983.
- 11- Sapolsky RM. Why stress is bad for your brain. *Science* 1996; 273 (5276): 749-50.
- 12- Freud S. Deuils et mélancolie. In: Freud S. *Métopsychoanalyse*. Paris: Gallimard, 1968: 145-71.
- 13- Herfray C. Vieillesse: identité, deuil et castration. *Bulletin de psychologie* 1985; 370 (38): 523-31.
- 14- Maisondieu J, Cozic JY, Laouabdia S, Rajjou C. La démence existe-t-elle? Des démences aux thanatoses. *Psychiatrie Française* 1982; 5: 35-45.
- 15- Goda G, Gognalons-Nicolet M, Zoller P. Peut-on réussir sa vieillesse ? Témoignage et perspectives en gérontologie psycho-sociale. *Médecine et hygiène* 1991; 54.