

REGARD DU PSYCHANALYSTE...

André CHEVANCE

Regard du psychanalyste sur l'état de conscience du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer pour une prise en charge bien traitante non médicamenteuse.

Je me suis demandé ce que le psychologue clinicien, psychanalyste et spécialiste de la maladie d'Alzheimer, que je suis, pourrait apporter à ce congrès en termes de savoir et d'échanges enrichissants. Je me suis dès lors rappelé les propos écrits par le Professeur Brelet-Foulard à propos de l'originalité de mes travaux de recherche sur la maladie d'Alzheimer. Pour ce Professeur, l'une de mes qualités serait de développer une clinique subtile et convaincante, et donnant à penser en des endroits que moi-même je n'explore pas. Cette grande qualité que l'on me prête et qui m'honore, j'espère être capable aujourd'hui de vous l'offrir en vous donnant à penser en des lieux - ceux de la sophrologie - que moi-même je n'aurais pas explorés. J'espère ainsi générer en vous un savoir personnel et original qui vous enrichira aussi bien en tant que sophrologue qu'en tant qu'être humain.

Pour commencer je vais vous entretenir sur la question de l'état de conscience en me référant à des valeurs qui sont les vôtres puisque étant celles émises par Alfonso Caycedo. Celui-ci s'est interrogé sur l'intérêt - pour soigner ce qu'il appelait l'état de conscience pathologique chez les schizophrènes - de modifier la conscience. Il a ainsi fait l'hypothèse de la possible existence d'un état de conscience harmonieux qu'il faudrait acquérir, voire conquérir par un travail sur soi basé sur la positivité. On peut donc dire que la sophrologie a pour axiome la recherche d'effets positifs sur le mental pour générer des répercussions positives sur le corps.

L'état de conscience harmonieux me fait penser à l'état hypnotique, notamment lors d'hypnorelaxation. Hypno-relaxation dont le but est toujours la recherche du bien-être par une interaction entre l'esprit et le corps. Cette réflexion n'est pas anodine lorsqu'on sait

que l'hypnose a été l'une des bases de référence de Alfonso Caycedo et que l'état hypnotique a pour définition « état de conscience modifié ». Notons aussi que Freud a commencé par l'hypnose avant de créer la psychanalyse.

En tant que chercheur qui s'est intéressé à la question de l'hypnose et comme psychologue clinicien l'ayant pratiquée je pourrais développer davantage ce domaine. Mais, à la vérité, ce qui nous intéresse présentement, ce n'est pas la méthode, c'est l'état de conscience. C'est pourquoi à l'état hypnotique je me dois de rajouter ces états modifiés de conscience que sont l'hallucination et le rêve. Le rêve est en soi une forme d'hallucination, nous vivons ce que nous rêvons, y compris dans les cauchemars. Cauchemar que Freud a qualifié de rêve raté et que je considère être le parfait modèle de l'hallucination. Mais il existe plusieurs types d'hallucinations, celle qui nous intéresse aujourd'hui est l'hallucination mnésique et concerne une pathologie associée à la personne âgée, dont elle est une caractéristique comportementale majeure, je veux parler de la maladie d'Alzheimer. Cette hallucination qui comme son nom l'indique est assujettie à la mémoire du sujet, je vais vous proposer de la regarder dans une optique Proustienne « A la recherche du temps perdu », véritable recherche du bonheur perdu, mais qui à la vérité chez le patient Alzheimer comme chez Proust ne concerne pas le passé mais le futur. Gilles Deleuze, dans son livre "Proust et les signes" nous dit à propos de la recherche du temps perdu de Proust, que : "La recherche est tournée vers le futur, non vers le passé." De son côté, le patient Alzheimer, par l'oubli (premier et principal symptôme de la maladie d'Alzheimer) et par l'hallucination mnésique met à distance la peur et l'angoisse de ce qui s'affirme comme une certitude: la mort. Chez Proust comme chez le patient Alzheimer qui revit son passé, dans un cas comme dans l'autre, le moteur de la pensée, c'est le futur.

Dans l'état de conscience ordinaire, nous vivons le temps, aussi bien au présent qu'au passé et voyageons dans notre appareil psychique à travers le temps, pouvant ainsi aller jusqu'à l'extrapolation d'un futur. Par contre, dans l'état de conscience modifié qu'est l'hallucination mnésique, le passé devient le présent et permet de continuer à vivre sans penser à la réalité du temps présent, en rejetant à distance ce duo associatif que forment la vieillesse et la mort. L'hallucination permet de maintenir une ligne d'horizon. En retournant en arrière, c'est un nouvel espace-temps à vivre que le sujet Alzheimer se donne, en faisant notamment revivre sous la forme hallucinatoire ceux qu'ils ont aimés et

qui ne sont plus. Mais, les autres sont-ils prêts à le laisser vivre dans cet espace-temps qui n'est pas le leur. En clair, la société est-elle prête à voir dans l'hallucination mnésique autre chose que ce que l'on appelle communément un trouble du comportement dénué de sens. Cette interrogation invite à associer au terme « trouble du comportement » le concept de « processus de pensée ».

C'est pourquoi Dans cette seconde partie de ma conférence, je vous convie dans un monde, celui de mon expérience clinique de cette maladie, avec pour objectif non pas la guérison, mais plutôt d'acquérir un certain savoir dont le but recherché est l'accès au bien-être de l'ensemble des personnes concernées par cette pathologie (malade, soignants et famille). Il s'agit de prendre sens dans l'insensé pour un accompagnement bien-traitant et de qualité.

Qu'est-ce qu'un trouble du comportement ? Quels sont les facteurs du trouble. Et surtout qui est troublé, par qui et par quoi ? Si nous en avons eu la possibilité, il aurait été très intéressant - avant de faire cette conférence - de voir les réponses que chacun aurait donné, notamment à propos du « qui est troublé et par qui ? ». Car à la vérité, ce sur quoi nous allons échanger, à propos de la relation dans l'accompagnement du sujet âgé atteint de la maladie d'Alzheimer, c'est de l'interaction des comportements entre soignant et soigné. Dans la relation d'accompagnement, dès lors que le comportement déroutant est du côté du vieillard, le trouble lui est alors inévitablement du côté du soignant. C'est le comportement déroutant du sujet âgé dément Alzheimer qui trouble le soignant. Le comportement du malade est déroutant dès lors que l'on n'en comprend pas le sens. Mais ce n'est pas parce que l'on ne comprend pas la raison pour laquelle un malade Alzheimer se comporte de telle ou telle manière, que l'on doit se croire autorisé à penser que son comportement est dénué de sens. Admettre que le comportement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut avoir un sens qui nous échappe et en rechercher la signification, c'est lui permettre d'échapper à une souffrance notamment par une hallucination. L'hallucination du patient Alzheimer peut alors être considérée comme ayant une visée thérapeutique, notamment quand elle s'inscrit à l'intérieur d'un mouvement de compulsion de répétition à tendance restitutive. La tendance restitutive est selon Edward Bibring une fonction du moi qui tente de rétablir une situation antérieure à un traumatisme. Il s'agirait de dissoudre progressivement la tension en changeant la réalité

interne. L'hallucination est un phénomène psychique qui nous paraît répondre parfaitement au besoin d'un sujet de changer sa réalité interne, en rétablissant une situation antérieure. Mais le type d'hallucination qui est le plus en adéquation avec le besoin, c'est l'hallucination mnésique. Nous développerons davantage ce concept à partir du cas de Mme Simone.

Revenons au soignant. Dès lors qu'un soignant est troublé par le fait que le comportement du malade lui paraît insensé, la réponse comportementale du soignant à - par conséquence - de très fortes chances de s'avérer inappropriée. En effet, si l'on ne comprend pas le comportement d'une personne on a toutes les chances d'avoir envers cette personne un comportement inapproprié. Une telle réponse ne saurait être bien-traitante puisque générant de l'angoisse chez le sujet âgé Alzheimer. Si cette angoisse est trop violente, il ne restera au sujet que le passage à l'acte sous la forme d'une agressivité défensive visant à agir contre l'angoisse. Le sujet dément décharge la tension générée par son angoisse par l'agir, soit parce qu'il n'a pas capacité à la verbaliser, soit parce que ce qu'il verbalise, cet autre qu'est le soignant ou l'accompagnant n'a pas capacité à l'entendre. Comme je vais vous le montrer par un exemple, dans ce genre de situation, la réponse du soignant fera violence au sujet âgé dément et pourrait, de par cette violence, être qualifiée de geste maltraitant. Très exactement, je qualifierai mon exemple d'accompagnement maltraitant par défaut. Par défaut de reconnaissance de la réalité psychique du sujet.

Le cas que je vais vous exposer est celui de Mme Simone, personne âgée de 75 ans vivant en maison de retraite. Mme Simone se dirige un jour vers la porte de sortie de l'institution, une soignante lui demande alors où elle va et lui dit qu'il ne faut pas sortir. Mme Simone répond qu'il faut qu'elle sorte pour aller chercher ses enfants à l'école. Tout en l'empêchant physiquement de sortir, on lui explique que maintenant ses enfants sont grands, qu'ils sont chez eux et qu'elle se trouve en maison de retraite. Mme Simone commence à s'énerver, réitère avec force le fait qu'il faut qu'elle aille chercher ses enfants à l'école et qu'elle doit se dépêcher pour ne pas être en retard. On réitère l'explication dont le but consiste à ramener la personne au réel tout en l'empêchant de sortir. Mme Simone devient agressive. La solution choisie par les soignants est d'emmener Mme Simone de force dans sa chambre et de l'attacher sur une chaise. Je vous laisse juge de la

violence que l'on fait subir à cette dame. Quelque temps plus tard, la situation se répète Mme Simone veut aller chercher ses enfants à l'école, elle sera de nouveau mise sous contention après avoir brisé avec une chaise la porte d'entrée de l'institution. Pardon ! peut-être serait il plus juste de dire la porte de sortie de l'institution. Le premier enseignement de ce cas de figure, c'est la non prise en compte chez Mme Simone d'un processus psychique, celui de la régression. Mais régression du sujet âgé alzheimer ne veut pas dire retour en enfance ni d'ailleurs que c'est l'enfant qui fait retour, mais signifie un retour en arrière à une époque qui certes peut être l'enfance, mais pas nécessairement, comme le montre l'exemple de cette dame qui a choisi d'être mère et d'aller chercher ses enfants à l'école. Là où d'autres malades choisiront d'être enfant et vous diront qu'ils ne peuvent pas aller se coucher puisqu'ils attendent leur maman qui va venir les chercher. Chez les patients alzheimeriens, ce mécanisme défensif et adaptatif qu'est la régression va se mettre en scène à l'intérieur de ce que l'on appelle une hallucination mnésique. Il ne faut pas confondre l'hallucination psychique et l'hallucination mnésique. L'hallucination psychique est une production de type fantasmatique, véritable illusion sensorielle créée par le psychisme du sujet. Une hallucination mnésique, comme le mot mnésique l'indique, est une production psychique en rapport avec la mémoire du sujet. Elle n'est pas une création, mais une mise en scène du passé. Comme l'a si bien dit notre collègue Marion Péruchon « les hallucinations mnésiques s'étayaient sur un support perceptif interne qui est celui du passé réactualisé ». Dans un tel contexte quelle position adopter face à l'hallucination mnésique de Mme Simone. Devrions-nous la ramener au réel ? La tentative faite en ce sens, par la soignante nous indique que non. De plus, si l'on réussit à ramener le sujet au réel, cela se traduit généralement par le déclenchement d'un mouvement dépressif, voire d'un effondrement du sujet. C'est faire effraction au niveau du mécanisme défensif mis en place par le sujet. Le mouvement dépressif qui résulte de cette effraction est une réaction normale puisqu'une des fonctions de l'hallucination mnésique est de lutter contre un narcissisme défaillant en restaurant l'identité de la personne.

Dans un colloque, un professeur soutenait qu'il fallait ramener le sujet au réel pour lui maintenir son identité. Mais à la vérité le sujet a besoin de l'hallucination mnésique pour retrouver une identité que le réel lui dénie. Car ce que vit au jour le jour le sujet âgé Alzheimer, c'est de la mort sociale. C'est pourquoi il est préférable d'accompagner le patient dans ce que j'appelle l'Alzheimer réussi, c'est-à-dire un désir d'oubli accompli. « S'inscrivent dans cette catégorie les déments qui n'ont pas ou plus de souffrance morale,

qui semblent "vivre sur un petit nuage", en clair ceux qui ont réussi à oublier l'insupportable, ceux qui ont satisfait leur désir à la source de Léthé. Quelques mots sur ce mythe à partir duquel paradoxalement nous voulons démystifier la maladie d'Alzheimer en faisant de ce mythe la matrice de la compréhension de cette maladie. Car comme le dit l'ethno-psychanalyste Tobie Nathan : un mythe est une matrice dont la fonction est de produire du sens. C'est dans cet esprit-là que nous disons que Léthé est à la maladie d'Alzheimer, ce qu'Oedipe est à la névrose.

Paradoxalement, de par le mythe de Léthé, nous voulons démystifier la maladie d'Alzheimer en lui donnant du sens. Faire de Léthé le pendant psychique de la maladie d'Alzheimer, nous oblige - au-delà de la maladie - à prendre en compte chez le sujet âgé sa souffrance psychique et son désir d'oubli.

Dans la mythologie grecque, en un même lieu (près d'un oracle) existent deux sources: la source de la mémoire (Mnémosyné) et la source de l'oubli (Léthé)..

Léthé, la source de l'oubli, se situe aux enfers et c'est son eau que les morts viennent boire, pour oublier leur vie terrestre. Mais Léthé n'a pas seulement fonction de faire oublier aux morts leurs souvenirs de la vie terrestre, mais aussi de faire oublier aux âmes qui remontent vers la vie, le souvenir du monde souterrain et le souvenir du monde céleste. L'oubli ne symbolise plus la mort, mais le retour à la vie (Eliade 1988).

Ce qui nous fait dire qu'il n'y a, dans ce qui nous est proposé dès lors qu'il est question de descente aux enfers, de possibilité de vivre que dans l'oubli et par l'oubli.

Ce sont ceux qui font ce que j'appelle un Alzheimer réussi (état de conscience harmonieux) qui vivent dans l'oubli et par l'oubli. Ces personnes pourraient faire leur vers de Lamartine :

"Je viens chercher vivant le calme de Léthé. L'oubli seul désormais est ma félicité". » C'est le cas de Mme Simone qui avait trouvé une certaine félicité en oubliant le présent insupportable en vivant un passé réactualisé, peuplé de ces objets aimés où elle occupe la fonction de sujet indispensable toujours aimé et aimant. C'est-à-dire la fonction de mère, premier objet d'amour de tout être humain. Le présent ne lui offrant pour toute ligne d'horizon que l'omniprésence de la mort et son incontournable angoisse.

Malheureusement la solution trouvée par les soignants pour accompagner le sujet dans son hallucination n'a pas été la bonne. Il existe plusieurs possibilités pour gérer ce genre de situation. Nous n'en citerons qu'une en raison du temps.

Entre les deux épisodes hallucinatoires de Mme Simone, j'étais venu faire dans son institution une conférence débat dans laquelle j'avais parlé brièvement de la prise en charge du patient Alzheimer, notamment du besoin de s'adapter à l'hallucination mnésique plutôt que de chercher à le ramener dans un réel dont il ne veut pas ou dont il ne veut plus. A l'époque, il n'avait pas été question de cette dame. C'est lors d'une deuxième conférence qui eut lieu après le deuxième épisode hallucinatoire que l'on me parla de Mme Simone. Je rappelais alors les bases de ce que j'avais précédemment dit. La soignante me dit alors, « Mais, c'est ce que nous avons fait ». Je lui demandais de m'expliquer dans le détail ce qui s'était passé et ce qui avait été dit à cette dame. II lui a été dit - tout en lui barrant le passage - qu'elle ne s'inquiète pas que son mari allait aller chercher les enfants à l'  cole. Ce qui n'est pas correct dans cette approche c'est que l'on a oublié que l'hallucination mnésique n'est pas une création fantasmatique mais une réactualisation d'un vécu, ce qui signifie que la phrase que l'on va dire à la personne doit être la plus crédible possible. Elle doit coller autant que faire se peut à la réalité du passé de la personne. Aujourd'hui cette phrase aurait des chances d'être crédible car les maris vont parfois chercher les enfants à l'  cole, pour les personnes de l'époque de Mme Simone, la crédibilité d'une telle réponse est quasi nulle. Par conséquent celui qui vous dit cela est forcément un menteur qui vous veut du mal et veut du mal à vos enfants. De plus il vous barre le chemin de la sortie c'est là un acte agressif qui ne saurait --dans un tel contexte - être interprété autrement, car c'est effectivement un comportement agressif du soignant qui découle de son angoisse devant ce type de patients que l'on appelle fugueurs. Cette angoisse repose sur la croyance que les soignants sont là pour empêcher les fugues et que

si un résident fugue ils en seront tenus responsables devant la loi. Cette angoisse n'aide pas le soignant à trouver des solutions adaptées. De plus l'angoisse de l'un a toujours tendance à angoisser l'autre. Nous voici revenus à notre point de départ : qui est troublé et par qui ? Pour prétendre accompagner les adultes âgés désorientés, il faut constamment rechercher, à partir de l'interaction soignant-soigné, les réponses à ces questions et comprendre le pourquoi du trouble.

Dans le cas de Mme Simone il eut été bon de connaître son histoire de vie, faute de la connaître, si l'on veut lui proposer une solution pour la rassurer, il faut que celle-ci soit en harmonie avec les us et coutumes de l'époque. Cela veut dire qu'il faut se poser la question: qui était susceptible à l'époque d'aller chercher les enfants ? Il n'y a pas de réponse unique valable pour tous, mais des réponses adaptées à chacun. Ainsi une solution peut être valable pour de très nombreuses personnes sans pour autant être valable pour tous. C'est pourquoi je dirais que la règle avec un patient Alzheimer qui a recours l'hallucination mnésique c'est que nous devons nous adapter à lui, car lui, n'est plus capable de s'adapter à nous. Il ne vit plus dans l'ici et maintenant. Métaphoriquement, on pourrait dire que l'Alzheimérien essaie par l'hallucination mnésique de passer de l'état dépressif à l'état anticyclonique. Il tente de remplacer son ciel gris et triste par un ciel tout bleu sans nuage tel qu'il a pu le connaître. Il tente de passer du mal-être au bien-être, à la recherche du paradis perdu.

Le fait que ce soit la maman que les sujets Alzheimers fassent le plus souvent réapparaître en est selon nous la confirmation. Quand il y parvient, il fait ce que j'ai appelé un Alzheimer réussi. Quand il échoue, il peut dès lors sombrer dans cet antagonisme de l'oubli qu'est l'hypermnésie et penser en permanence au douloureux et à l'inquiétant.

Pour conclure je vous dirai que le patient Alzheimer peut trouver, grâce à Léthé (la source de l'oubli), un état de conscience harmonieux. Cet état de conscience harmonieux est basé sur l'oubli du présent angoissant et sur la positivité rassurante que peut procurer l'hallucination mnésique. Et c'est pourquoi je vous invite à voir dans l'hallucination mnésique autre chose que ce que l'on appelle communément un trouble du comportement dénué de sens.

Références bibliographiques :

Chevance, A. (1999), "*Psychopathologie de la vie quotidienne du sujet âgé. Alzheimer, le mal de Léthé*", thèse de doctorat de psychopathologie fondamentale et psychanalyse, Université Paris 7.

Chevance, A. (2003), "*Alzheimer, le mal de Léthé. Une hypothèse psychogène de la maladie d'Alzheimer est-elle crédible ?*", Cliniques Méditerranéennes, n° 67, Erès.

Chevance, A. (2004), "*Maladie familiale : bagage génétique ou historique?... Quand l'accompagnant devient à son tour Alzheimer...*", NPG Neuro-Psychiatrie-Gériatrie, n° 21.

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

Chevance, A. (2008), "Les spécificités de l'entretien clinique avec un sujet atteint de la maladie d'Alzheimer", in *11 entretiens cliniques en psychologie de l'adulte*, Paris, Dunod.

Docteur en Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse.

Psychologue clinicien.

Psychanalyste.

Ancien Attaché d'Enseignement et de Recherche de l'Université de Picardie, de l'Université Catholique de Sao Paulo (Brésil) et de l'Université d'Araraquara (Brésil).

Directeur Pédagogique de l'AFARSH (Association de Formation et de Recherche en Sciences Humaines).