Maladie d'Alzheimer et involution

« Les états primitifs peuvent toujours
être réinstaurés.
Le psychique primitif est, au sens plein,
impérissable. » (1)

Mme F., atteinte de démence de type Alzheimer à un stade sévère, crie ; elle crie systématiquement avant les repas ; elle crie quand elle désire aller aux toilettes… Telles sont nos interprétations puisqu'une fois le besoin assouvi, l'agir sonore cesse. Tout se passe comme si Mme F. ne supportait plus d'attendre, et ne pouvait différer le plaisir associé à l'expérience de satisfaction.

Le DSM-IV définit la démence comme une « altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours, apparue depuis au moins six mois, et un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, praxie, gnosie. » (2). La maladie d'Alzheimer représente 70% des démences. Il s'agit d'une affection neurodégénérative du système nerveux central qui provoque une détérioration progressive et durable des fonctions cognitives, en raison de lésions neuropathologiques spécifiques (plaques amyloïdes et dégénérescence neurofibrillaire).

L'activité perceptive, sensorielle, domine largement la vie du sujet atteint de maladie d'Alzheimer à un stade sévère. La recherche le montre, les méthodes de soin non médicamenteuses, proposant une sensorialisation de l'environnement (musicothérapie, luminothérapie, aromathérapie, massages, …) diminuent largement l'intensité des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [1] (SCPD) (3), notamment à un stade avéré de la maladie (4). En outre, elles ont un effet positif sur l'état cognitif, ainsi que sur la dépression, l'anxiété (5) et l'apathie (6, 7, 8, 9, 10).

Comment concevoir que cette involution vers un monde perceptif et sensoriel, repérée chez le sujet dément à un stade sévère, mettrait à jour des processus normalement « recouverts » par les processus primaires et secondaires ? Comment cela se traduit-il dans la clinique ?

Evolution et dissolution chez Hughlings Jackson

Sur les traces de Spencer, Hughlings Jackson, neurologue anglais du 19ème siècle, étudie les rapports entre cerveau et pensée. L'épilepsie constitue le thème central de ses recherches ; l'aphasie, l'apraxie, les troubles moteurs, ou encore les troubles psychiques, font également l'objet de divers articles et ouvrages.

Jackson s'intéresse aux problèmes de localisation des centres cérébraux, ainsi qu'aux symptômes produits par l'individu s'ils venaient à être lésés. Pour lui, le système nerveux est un ensemble de circuits sensori-moteurs superposés, chacun spécialisé dans la production de certains types de mouvements et d'actions : les circuits situés aux étages inférieurs du système nerveux (dans la moelle et le tronc cérébral) produisent des mouvements entièrement automatiques, tandis que les circuits les plus élevés (dans le cortex frontal) produisent des mouvements volontaires et peuvent rendre compte d'actions très complexes (11) comme par exemple la parole.

Il reprend alors les concepts d'évolution et de dissolution du système nerveux développés par Spencer : ainsi dit-il en 1889, que « dans la doctrine de l'évolution nous avons des principes qui s'appliquent sans aucun doute à l'ensemble de l'organisme et à chacune de ses affections. C'est d'abord un moyen de classification scientifique et un guide pour découvrir de nouveaux faits. » (12).

L’évolution désigne chez Jackson le développement du cerveau, mais pas seulement ; en 1884, il explique qu’« il y a quelque chose de plus : il y a ce que j’appelle l’évolution interne, un processus qui est le plus actif dans les centres supérieurs… Il y a, sur le versant physique, une organisation de différents arrangements nerveux de nos centres supérieurs, au cours des échanges habituels avec l’environnement. » (13). De cette façon, et comme le souligne Spencer dès ses premiers écrits, l’évolution correspond également à un progrès vers une plus grande hétérogénéité.

Conçue en termes de désintégration (14) par Spencer, la dissolution est définie par Jackson comme l’inverse de l’évolution (11). Jackson parvient à démontrer que les troubles moteurs, engendrés par une lésion du système nerveux, consistent en une désorganisation des aspects les plus complexes, les plus volontaires et les plus différenciés de la fonction motrice, qui s’en trouve, par conséquent, immédiatement réduite à ses aspects les plus simples, les plus automatiques et les moins différenciés. Il propose, à partir de là, d’appliquer la doctrine évolutionniste aux maladies nerveuses et mentales, entrevues comme des dissolutions, en d’autres termes, comme des régressions de l’évolution (11). Il ne s’agit évidemment et heureusement jamais d’une inversion exacte de l’évolution, ni jamais d’un processus de dissolution totale, auquel la mort serait inévitable. De surcroît, la régression n’atteint pas les structures les plus organisées, les plus simples, les plus automatiques.

Trois principes fondamentaux reposent à la base de la théorie de Jackson (13). Le premier principe est celui de la hiérarchie des fonctions nerveuses qu’organise, dans un ordre défini, l’évolution, et que désorganise dans un ordre inverse la dissolution. L’évolution consiste ainsi en un passage du plus organisé au moins organisé ; du plus simple au plus complexe ; et du plus automatique au plus volontaire. La dissolution suit la marche inverse en allant du plus complexe, du plus volontaire et du moins organisé vers le plus simple, le plus automatique, et le mieux organisé.

Le second principe met en opposition les dissolutions générales et les dissolutions locales. Dans la dissolution générale, le système nerveux tout entier est sous la même influence novice, mais les différents centres nerveux ne sont pas également affectés : les centres les plus élevés, moins résistants, cèdent les premiers ; les centres moyens, mieux organisés, résistent plus longtemps ; et les centres inférieurs, les mieux organisés, résistent le plus longtemps. Dans la dissolution locale, la maladie d’une partie du système nerveux n’entraîne qu’une régression locale de l’évolution dans la partie malade.

Enfin, le troisième principe relève d’une distinction entre les symptômes positifs et négatifs :

« La symptomatologie des maladies nerveuses a une condition double : dans chaque cas il y a un élément positif et un élément négatif. L’évolution n’étant pas entièrement dissoute, un certain niveau d’évolution persiste. Donc dire « subir la dissolution » équivaut à dire « être réduit à un niveau inférieur de l’évolution. Pour entrer en plus de détails, la perte du moins organisé, du plus complexe et du plus volontaire, implique la rétention du plus organisé, du moins complexe, et du moins volontaire. »(13)

Nous comprenons alors l’aspect négatif comme portant sur l’affection à proprement parlé, et l’aspect positif centré sur la levée de l’inhibition qui était exercée par le niveau supérieur à l’état normal [2].

Sur la lancée de Spencer et Jackson, Théodule Ribot se consacre à l’étude de la mémoire et propose une loi dont le principe fondateur est que le nouveau meurt avant l’ancien. Il la formule ainsi :

« La destruction progressive de la mémoire suit donc une marche logique, une loi. Elle descend progressivement de l’instable au stable. Elle commence par les souvenirs récents qui, mal fixés dans

les éléments nerveux, rarement répétés et par conséquent faible ment associés avec les autres, représentent l'organisation à son degré le plus faible. Elle finit par cette mémoire sensorielle, instinctive, qui, fixée dans l'organisme, devenue une partie de lui-même ou plutôt lui-même, représente l'organisation à son degré le plus fort. Du terme initial au terme final, la marche de l'amnésie, réglée par la nature des choses, suit la ligne de la moindre résistance, c'est-à-dire de la moindre organisation. (…) Cette loi, que j'appellerai loi de régression ou de réversion, me paraît ressortir des faits, s'imposer comme une vérité objective. ».(15)

Ribot avance que ce qui disparaît en dernier réapparaîtra en premier, si toutefois cela était possible. La destruction de la mémoire est envisagée sous l'angle jacksonien ; elle consiste en effet en une régression du plus nouveau au plus ancien, du complexe au simple, du volontaire à l'automatique, du moins organisé au plus organisé.

Ainsi, les apports successifs de Spencer, Jackson, et Ribot ouvrent le champ à de précieuses perspectives nouvelles pour envisager la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Si, à ce stade, le sujet présente de nombreux déficits cognitifs, parmi lesquels de profondes altérations langagières, auxquels s'ajoutent généralement différents symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), il semble bien que cela témoigne de son incapacité à élaborer ce qui lui arrive. Dès lors, l'enjeu se situe au niveau de l'impact sur les processus psychiques primaires et secondaires, tous deux constitutifs de l'appareil psychique proposé par Freud dès sa première topique.

Le modèle Jacksonien, source d'inspiration de Freud

Pour ses études sur l'aphasie, puis plus largement pour sa conception de l'appareil psychique, Freud prend appui sur les travaux de Hughlings Jackson. Ainsi, dans la première topique freudienne (1900), l'appareil psychique apparait comme composé de différents systèmes psychiques (Conscient, Préconscient, Inconscient), dont chacun constitue un lieu psychique. La représentation peut quant à elle être conçue comme le « porte parole » de cet appareil psychique. Pour qu'il y ait représentation, il faut un représentant (une image, un phonème, …) de la représentation et un affect[3] qui lui est lié. Ce qui est dans l'inconscient, c'est le représentant, le trait unaire [4] dont parle Lacan. L'affect, lui, se situe à la frontière entre psyché et soma. Il fait partie du représentant psychique de la pulsion. Si le représentant peut être refoulé, forclos, admis ou dénié, l'affect, lui, a d'autres destins : le déplacement, le retournement sur la personne propre, le renversement dans le contraire, ou encore la sublimation (16). Quand il y a séparation dans la représentation, l'affect est délié et cela provoque l'angoisse. Pour le dire en termes de système mnémonique, en système de frayage, on a le système neuronal (représentant) et les neurones de l'affect. Quand l'affect est réveillé, les voies neuronales de l'affect s'ouvrent, elles vont appeler la représentation et le retour du représentant. Un travail de symbolisation est alors possible.

Le Conscient et le Préconscient sont tous deux régis par le processus secondaire, qui se rattache au principe de réalité et tient compte de la réalité extérieure en reportant le moment de la satisfaction. L'énergie psychique est dite liée. Il permet d'élaborer la pensée à un niveau plus élevé (mots articulés entre-eux, etc.). L'inconscient, système le plus archaïque de l'appareil psychique, est régi par le processus primaire. Il est rattaché au principe de plaisir qui vise à réduire les tensions psychiques, et ainsi obtenir du plaisir. Ce processus est atemporel, il ne tient pas compte de la réalité. L'énergie psychique qui le sous-tend est libre (ou « non liée »), ce qui permet de faciliter le passage d'une représentation à une autre, par déplacement ou condensation. A la suite de Freud, la hiérarchie des processus psychiques relatifs à l'appareil psychique est telle que l'individu accèderait d'abord aux processus primaires (représentations de chose) avant d'accéder aux processus secondaires (représentations de mot).

Dans la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, tout se passe comme si la perte d'un discours cohérent ponctué d'une lexicologie serait un signe annonciateur d'une détérioration progressive des processus secondaires, dépendant directement du système préconscient-conscient. L'affect déclenché par la perception ne se verrait jamais attribuer le représentant qui lui correspond.

Les apports de Jackson et Freud appliqués à la maladie d'Alzheimer à un stade sévère

Inscrits dans une démarche jacksonienne, nous proposons que les processus secondaires, plus élaborés, en dernier construits, soient les premiers touchés, notamment du fait de l'enjeu du principe de réalité (Freud, 1925), réalité de laquelle le sujet dément semble ne plus pouvoir se défaire.

Dans son *Habilitation à Diriger les Recherches* (2010), Quaderi pose l'hypothèse d'une régression infantile à un stade perceptif : « La MAA est une maladie provoquant une régression à un stade perceptif par un déficit du refoulement originaire qui induit l'entrée dans la parole et donc dans le souvenir. » [5] (17). Les altérations cognitives empêcheraient la formation du souvenir, ce qui imposerait au sujet dément de rester dans un temps que Quaderi appelle « continu-actuel. » [6] (17). Ce qui marque la richesse de sa recherche est d'associer cette régression à une dépendance absolue à l'environnement, tout stade de la démence confondu. La position subjective du sujet dément est paranoïde, il pense que tout lui est adressé, et ainsi, cherche constamment à tout interpréter. Chaque mot, chaque geste, chaque stimulus ne sont pas compris. Cette indissociation entre le sujet atteint de MAA et son environnement tient, selon lui, d'une « régression à un Moi-corps (17), traduisant par la même une régression à un narcissisme primaire.

Mais ce terme de régression, à forte connotation négative, est le lieu de toutes sortes de quiproquos. Il est en effet coutume d'entendre dans les établissements de soin que le sujet « redevient un enfant », la régression devenant ainsi synonyme de retour en enfance et non d'un retour vers l'infantile. Afin d'éviter cette confusion qui entraîne malheureusement de nombreuses conduites d'infantilisation, nous préférons le terme d'involution, toujours en écho au modèle de Jackson, qui, étymologiquement, engage l'idée d'un enveloppement. Si les processus psychiques secondaires recouvrent les processus primaires, c'est bien leur altération qui permet la découverte de processus inférieurs, actifs tout au long de la vie.

L'involution vers un « moi-individu », ainsi que la mise à mal des processus psychiques plongeraient définitivement le moi du sujet dément dans cette « impuissance dangereuse » (18) dont parle Freud (1895). En effet, dans la partie consacrée aux « Processus primaires et processus secondaires », il expose deux situations lors desquelles le Moi se situerait dans cette situation : tout d'abord, face à un désir qui se présente au sujet et à l'état de tension qu'il génère pour lui, le Moi investit d'anciens souvenirs portant sur un objet qui serait capable d'apporter une satisfaction. Seulement, et c'est bien là que le danger réside, cette satisfaction est impossible puisque l'objet est en réalité absent. Il est essentiel de rappeler que l'un des problèmes majeurs du Moi quand à son rapport à la réalité réside en une différenciation : celle entre perception et représentation onirique ou hallucinatoire. Cette discrimination est permise grâce à ce que Freud qualifie d'épreuve de réalité, épreuve lors de laquelle peut opérer une distinction entre excitations externes et excitations internes. La seconde situation relatée concerne l'incapacité du sujet à réinvestir une image (une « image hostile », pour reprendre ses termes) lui permettant de soupçonner le déplaisir et donc de l'éviter. En temps normal donc, le sujet perçoit, grâce à l'excitation perceptive annonçant une décharge, un indice (« indice de réalité » nous dira Freud quelques lignes plus loin), un signal qui doit lui faire comprendre la proximité du déplaisir et la nécessité d'investir une autre image que l'image initiale qui s'imposait à lui. Le cas échéant, « le déplaisir sera immense et la défense primaire excessive. » (18).

Mais l'omniprésence de la réalité dans la MAA à un stade sévère (17) ne laisserait plus de place à un signal prévoyant le déplaisir, donc plus de signal de danger, ce qui amènerait à un surinvestissement de la réalité. Le vécu systématique dans l'instant présent l'empêche, comme nous le ferions, de faire un tri de toutes les informations sensorielles perçues. Ainsi, utiles ou non, agréables ou pas, le sujet dément cherche à interpréter tout ce qui arrive jusqu'à sa psyché, convaincu que tout lui est adressé. Pourtant, Freud le notait, certaines informations provoquant un affect pénible ont tout intérêt à être oubliées. Le sujet dément ne cesse de vouloir se souvenir, c'est d'ailleurs ce qui faisait dire à Quaderi que « le dément souffre en réalité de son incapacité d'oublier qu'il ne peut plus oublier de se souvenir » (19). Le sujet atteint de MAA à un stade sévère ne peut se défaire de ces affects pénibles, le « prendre-en-soi » (20) semble continuellement actif.

Seulement, le cas de Mme F. rend compte du fait que le processus primaire semble ne plus être totalement effectif, l'incapacité à attendre que nous lui supposons témoignant de son impossibilité à halluciner un objet absent ou une action à venir. Nous touchons ici de près au schéma RSI (Réel, Symbolique, Imaginaire) défini par Lacan (21). Il apparait que, dans la MAA à un stade sévère, le réel est totalement dé(sen)chaîné face à une fonction symbolique inopérante : le registre de l'imaginaire serait le premier touché.

Nous approcherions des processus plus primitifs, plus originaires, relevant d'une prépondérance de l'activité perceptive, sensorielle, qui auraient toujours été là mais étaient dominés, recouverts par des processus plus élaborés.

Une involution vers des processus originaires ?

Aulagnier propose, en 1975, d'ajouter aux processus primaires et secondaires de Freud les processus originaires, où le « pictogramme » serait actif. Reposant sur le postulat de l'auto-engendrement (paradigme de l'originaire), il est défini comme « la représentation que la psyché se donne d'elle-même comme activité représentante, elle se représente comme source engendrant le plaisir érogène des zones corporelles, elle contemple sa propre image et son propre pouvoir dans son engendré, soit dans ce vu, cet entendu, ce perçu, qui se représente comme auto-engendré par son activité. [7] » (20).

Le pictogramme constitue ainsi la forme la plus originaire de la représentation, il serait ces traces au plus proche du corps. Il permet, à partir d'un éprouvé corporel, d'halluciner l'objet absent. Ce qui le caractérise, c'est la fusion – confusion de la zone – objet complémentaire qui correspond à « la représentation primordiale par laquelle la psyché met en scène toute expérience de rencontre entre elle et le monde. [8] » (20). La zone-objet complémentaire, non séparée du sujet, créée ainsi quelque chose pour venir satisfaire ce qui est nécessaire à un moment précis, le pictogramme étant déclenché directement par l'orifice. Dès lors, le pictogramme incarne cette « première représentation que se donne d'elle-même l'activité psychique par sa mise-en-forme de l'objet zone complémentaire et par le schéma relationnel qu'elle impose à ces deux entités. [9] » (20). Au cours de l'originaire, l'expérience se différencie entre plaisir et déplaisir, entre vide et plein, entre dedans et dehors, entre satisfaction et insatisfaction… expérience à laquelle l'activité psychique va répondre soit par l'acceptation (prendre) soit par le refus (rejeter).

Aulagnier définit deux formes de représentation originaire : celle relative au plaisir qui donnera le pictogramme de fusion, et celle corrélative au déplaisir qui amènera le pictogramme de rejet (c'est cela, le schéma relationnel). Ce temps originaire repose sur une rencontre, celle entre une zone sensorielle du corps infantile (bouche) et un objet source d'excitations (sein). Le pictogramme constitue dès lors le premier mouvement de représentation de l'enfant, lors duquel il va mettre en forme l'image objet et la zone complémentaire. Il se construit uniquement à partir d'une information

sensorielle (le vu, l'entendu, le goûté…). Dans l'originaire, la représentation de l'activité psychique et celle du monde sont une seule et même chose : le pictogramme est à la fois le représenté (l'objet métabolisé en un symbole correspondant) et le représentant (la fonction qui permet l'activité de représentation).

L'hypothèse fondatrice du modèle d'Aulagnier est telle que l'activité psychique comprend trois processus de métabolisation qui apparaissent dès que la psyché du sujet est confrontée à des informations lui étant étrangères, afin de les intégrer dans une représentation. Le premier serait le processus originaire, où opérerait la représentation pictographique (pictogrammes) ; le second serait constitué par le processus primaire, marqué par la représentation phantasmatique (phantasmes) ; enfin, le troisième serait constitué par le processus secondaire avec les représentations idéiques (énoncés). Le déclenchement des processus primaires et secondaires s'imposera lors de la découverte d'autres propriétés imputables à l'objet, à savoir, l'existence du monde extérieur (« extra-territorialité », prise en charge par le processus primaire) et le sens qui peut lui être attribué (Aulagnier parle de « propriété de signifier », travail du processus secondaire).

Ces processus originaires relèveraient de ce qui est le plus enfoui dans le système inconscient, dans lequel les représentations élémentaires résultent directement de l'investissement des objets originaires : « Le système inconscient contient les investissements de chose des objets, les premiers et véritables investissements d'objets ; le système préconscient apparaît quand cette représentation de choses est surinvestie du fait qu'elle est reliée aux représentations de mots qui lui correspondent. Ce sont, nous pouvons le présumer, ces surinvestissements qui introduisent une organisation psychique plus élevée et qui rendent possible le remplacement du processus primaire par le processus secondaire qui règne dans le préconscient.[10] » (22).

Si un devenir, un redevenir conscient est envisageable, c'est bien du fait que les représentations de mots sont à entrevoir sous l'angle de restes mnésiques qui « ont été autrefois des perceptions et peuvent, comme tous les restes mnésiques, redevenir conscients. » (23). Ainsi, les restes verbaux sont bien issus pour la grande majorité, de perceptions auditives, et « le mot est bien à proprement parler le reste mnésique du mot entendu[11] » (sans négliger pour autant l'existence de restes d'ordre visuel) (23).

Avec sa « Note sur le « Bloc-notes magique » » (1925), Freud nous précise que celui-ci aurait les caractéristiques principales de l'appareil psychique, à savoir, concilier une capacité indéfinie de recevoir des perceptions toujours nouvelles et la conservation de traces mnésiques durables. Le dispositif se constitue de trois couches que Freud va faire correspondre avec les trois systèmes psychiques :

1. une couche de résine ou de cire brun foncé (traces non utilisées mais bien présentes : inconscient) ;
2. un papier ciré mince et translucide (réception du stimulus ; ne forme pas de trace durables : préconscient) ;
3. une feuille de celluloïd (pare – stimulus : conscient).

En appuyant sur la feuille de celluloïd qui protège le mince papier ciré, celui-ci va coller à la cire sous la pression permettant ainsi de voir les traces. Si l'on décolle le papier ciré de la cire, on ne voit plus la trace, même s'il reste des sillons dans la résine ou la cire.

Le couple qui forme le système Pc – Cs correspond au couple feuille de celluloïd – papier ciré : « il ne me semble pas trop aventureux d'assimiler la feuille recouvrante constituée de celluloïd et de papier ciré au système Pc – Cs avec son pare-stimulus, d'assimiler aussi le tableau de cire à l'inconscient qui se trouve derrière et enfin l'apparition et la disparition de l'écriture à l'allumage et l'extinction

de la conscience dans la perception. » (24). Le système Pc – Cs reçoit les perceptions et en transmet l'excitation au système inconscient ; dès que l'investissement du premier système est stoppé, c'est tout le fonctionnement du dispositif qui s'arrête. Là aussi, nous touchons un point crucial pour tenter d'expliquer ce qu'il en est du fonctionnement psychique du sujet dément. Nous y reviendrons.

Dans la démence à un stade sévère, tout se passe comme si la feuille de celluloïd n'adhérait plus sur la cire : les informations perceptives sont tellement nombreuses qu'elles ne peuvent plus s'inscrire dans le système, être métabolisées en des informations homogènes, comme au temps de l'originaire où l'enfant utilisait le pictogramme car il n'avait pas encore accès aux processus d'ordre supérieur. Nous le verrons dans la suite de notre réflexion, les choses ne se passent pas à l'identique dans le cas de l'involution.

Il y aurait, dans la MAA à un stade sévère, une prévalence de l'affect, une violence de l'affect liée probablement à une incapacité à retrouver le représentant psychique correspondant. Le représentant de la représentation fait défaut, et l'affect s'en trouve accentué. Seulement, ce que nous ne devons surtout pas négliger, c'est que, bien qu'il puisse s'agir d'un retour vers des processus originaires, le sujet dément a connu des processus psychiques plus élaborés, d'où notre hypothèse d'un « affect avec une trace de représentation », ou celle de Quaderi d'une « violence d'affect avec « plus » de représentation », pour bien faire la différence d'avec la psychose où représentation et affect sont radicalement rejetés. Il n'est, en effet, pas exclu que le sujet dément n'ait à faire qu'à l'excitation de la zone corporelle sans ne jamais pouvoir se représenter l'objet source de satisfaction. Andrès relève à ce sujet que « le représentant comme excitation somatique ne recouvre aucune image ; il est en quelque sorte un appel du corps et il ne prend effet que s'il est articulé à une représentation d'objet [12] »(25), ce qui n'est plus le cas dans la démence. Gimenez (26) parle lui de « représentation de sensation » pour décrire un type d'inscription psychique où l'expérience sensori-affective est au premier plan, et où l'affect ne peut être associé à une représentation de mot.

L'avancée de notre réflexion nous donne maintenant une première réponse à notre question initiale concernant l'involution repérée chez le sujet dément à un stade sévère et les processus qu'elle permettrait de découvrir, habituellement recouverts par les processus primaires et secondaires : dans un contexte où l'affect se trouve déconnecté de la représentation, nous aurions accès à des parcelles de cet « écran » (20) qu'est l'originaire, qui a toujours été actif dans la vie du sujet dément mais était recouvert, enveloppé par les processus primaires et secondaires.

Quels éléments relatifs à cet originaire retrouvons-nous dans la clinique de Mme F. ?

Le cri, témoin de l'originaire ?

Le cri que l'on retrouve dans l'*Esquisse d'une Psychologie scientifique* de Freud est d'abord l'expression directe d'une émotion. Freud parle d'une « décharge, une poussée, qui va se réaliser par le moyen de la motricité », d'une « modification interne » (27) effectuée dans un contexte d'agitation induit par la faim du bébé. Plus la nourriture tarde, plus les *stimuli* endogènes persistent dans l'appareil psychique, et plus la détresse du nourrisson est grande. La décharge succédant au cri ne suffit pas à baisser la tension. Seule une intervention de l'extérieur, d'un Autre bienveillant, qui, dans un élan de sollicitude, va accomplir l' « action spécifique », peut l'atténuer.

Dès lors, le cri est d'emblée traduit par Freud comme un appel à témoin secourable. Celui-ci acquiert une « fonction secondaire » considérable, celle de la « compréhension mutuelle » (27). L'incapacité, l'impuissance, la détresse humaine originelle « devient ainsi la source première de tous

les motifs moraux » (27).

C'est cela, le complexe du « *Nebenmensch* », « complexe perceptif », « complexe du sujet » (28), dont parle Freud lorsqu'il fait le constat que, pour réaliser l'expérience de satisfaction, la médiation de ce prochain, de cet Autre (29), est indispensable pour assurer une « identité de perception [13] » ou pour renouveler l'expérience de satisfaction. Le nourrisson est dépossédé de son cri par l'Autre (maternel, en général) parce que celui-ci attribue au cri proféré un effet structurant, subjectivant, en le convertissant en demande. L'interprétation que l'Autre confère au cri est primordiale (30), elle est ce qui permet à l'enfant de se repérer. L'Autre intervient alors comme tiers dans l'association de l'image perceptive à l'image mnésique. Freud précise que les cris, aussi bien les vocalises, les phonèmes du « prochain » vont réveiller chez le sujet le souvenir de ses propres cris et donc de ses propres expériences vécues de douleur, d'insatisfaction. Le cri de l'autre sonnerait comme une résonnance, réactivant l'expérience de sa propre souffrance.

Ce prochain serait à la fois objet de satisfaction mais aussi objet hostile : il est certes l'objet qui secourt, mais qui secourt à une situation d'insatisfaction. Cette division originaire et fondamentale permet de distinguer deux contingents dans le « complexe du prochain », à savoir, l'un qui s'impose comme *Das Ding* (La Chose), que Freud caractérise d'incomparable, de disparate, d'incompris ; et l'autre, compréhensible, grâce à la combinaison entre une information du corps propre, narcissique, et une information venant de l'Autre. De « la Chose, dit Lacan, l'homme émerge par un cri. » (31).

Les cris attribuent le caractère de souffrance à l'objet tel qu'il est perçu, reçu, et imposé. Cet objet et la souffrance qui l'accompagne ont leur part de réel ou d'indicible, d'irreprésentable : la seule issue symbolique en est le cri.

Dans le *Séminaire VII*, Lacan expose le rôle déterminant de ce cri face à l'hostilité de l'objet. Signe de douleur, le cri permet de la signaler, d'alerter que l'objet désagréable est là, dans un contexte et à un moment précis. Sans le cri, dit-il,

« […] nous n'aurions de l'objet désagréable comme tel, et en tant qu'objet, que la notion la plus confuse qui, à la vérité, ne le détacherait jamais du contexte dont il ferait si simplement le point non dit, mais qui arracherait avec lui tout le contexte circonstanciel. L'objet, en tant que tel, nous dit Freud, ne se signale au niveau de la conscience que pour autant (…) que la douleur fait, au sujet, pousser un cri. [14] » (32).

Sans le cri, ce qui se passe resterait obscur et inconscient. Lacan propose alors une double fonction du cri, à la fois celle de « décharge », et celle de passerelle entre ce qui se passe et ce que la conscience du sujet peut en retirer, passerelle qui brise toute possibilité de garder inconscient et obscur le ressenti face à l'objet désagréable.

Dans son « Exposé de processus ? normaux [15] » (27), Freud rattache l'apparition du langage d'une part au cri et à la douleur, qui, nous l'avons vu, servent aussi à augmenter le caractère « hostile » de l'objet ; d'autre part à l'existence de certains objets qui émettent en permanence certains bruits, « des objets dans le complexe perceptif desquels un son joue quelque rôle » (27), que le sujet peut imiter. A l'origine du langage se trouvent alors cris et bruits, douleur et imitation.

Dans la démence à un stade sévère, le cri, comme les autres SCPD, serait lié à l'angoisse face à un environnement non adapté au sujet, environnement perçu comme menaçant.

Il serait aussi déclenché, selon nous, non seulement par une impossibilité à supporter la frustration induite par l'attente de l'objet et donc par l'action du *Nebenmensch*. Le nœud majeur du problème, résiderait en une incapacité du dément à faire ce que l'enfant faisait dans le jeu du *Fort-Da* :

concevoir la présence dans l'absence. L'objet absent serait réellement absent. En temps normal, ce qui permet de rendre présent un objet absent, c'est le mot. L'incapacité du sujet atteint de MAA à un stade sévère à évoquer l'objet en son absence tient principalement du fait qu'il ne dispose plus des moyens pour le faire : l'absence d'une lexicologie dans le discours remet en question la fonction du fantasme que Freud avait articulé au jeu de la bobine (*Fort-Da*). Andrès le formule ainsi : « « L'impuissance » du présent à tenir la représentation sans cette alternance d'apparition et de disparation de deux corps implique un retour obligé vers les scènes originaires qui, paradoxalement, tiennent lieu d'une présence infaillible. [16] » (25) Nous entendons ici un appel à un Autre secourable qui répondait systématiquement aux appels de l'enfant, Autre vers lequel le sujet dément est incessamment en quête. Il ajoute plus loin que « s'il n'y avait alternance, il n'y aurait logiquement que « corps-pensée » soit effraction, traumatisme, sans ouverture à du tiers, à de la représentation précisément [17] »(25), et donc pas de transfert du somatique au psychique, comme cela semble apparaître dans la démence.

L'altération du système de représentation rendrait l'hallucination de l'objet impossible, et ainsi, le plongerait dans un état de frustration insupportable jusqu'à ce que le *Nebenmensch* (28) puisse ou veuille bien se présenter à lui…. Le sujet dément ne peut abandonner le système perceptif de l'immédiateté (17), d'où une immense frustration en continu, que le cri peut venir traduire. Son Moi ne pourrait plus compenser l'activité de la frustration par la représentation.

En outre, toutes sortes de confusion apparaissent entre ce qui vient de soi et ce qui vient du dehors, ce qui s'y passe à un instant T est ce qui constitue la vérité du sujet dément : comme de l'originaire dont parle Aulagnier, la frontière entre psyché et hors-psyché, entre moi et non-moi, n'est pas, plus serait préférable, établie. L'espace psychique du sujet dément et celui de ceux qui l'entourent ne feraient qu'un, c'est pour cela que la préservation de son environnement est primordiale. Le sujet atteint de MAA à un stade sévère n'a plus la possibilité de métaboliser les informations, et ainsi, de se dire que l'objet pourrait arriver à l'instant T.

Mais alors, pourquoi Mme F., affamée, ne va pas chercher l'objet (ici, la nourriture), pourtant bien présent dans la réalité, juste à ses côtés, au lieu de crier ? Deux pistes de réflexion se sont offertes à nous. La première, c'est qu'il semble bien que, sans connexion entre le représentant et l'affect, le sujet n'est plus en mesure de savoir ce qu'il pense. La seconde est que ce n'est pas parce que le sujet a l'objet face à lui que c'est l'objet désirable qu'il a en représentation, si toutefois des éléments de représentation pouvait-il encore y avoir. La déliaison de l'affect et du représentant de la représentation semble s'accorder avec une déliaison de la représentation de mot et la représentation de chose qui pourtant, permet le langage parlé.

La clinique du sujet dément est une clinique de l'instant, de l'urgence même dans le contexte du cri. Nous entendons alors à travers ce dernier un authentique discours de souffrance.

La caractéristique majeure de l'involution constatée est la prévalence de l'affect, sa violence même puisqu'il est abandonné par le représentant qui lui est normalement associé. Il est désormais devenu impossible de dire quelque chose de l'affect provoqué par la perception, ni par les mots pour en avertir l'autre, ni même pour soi car le représentant est inaccessible.

Avec le cri, nous sommes dans cette logique de l'originaire où la dépendance à l'Autre serait absolue, où les espaces physiques et psychiques se veulent indifférenciés, dans un contexte où tout est ressenti sans ne pouvoir être élaboré. Mais, si le cri est bien un appel à l'Autre, il semblerait alors que même une activité proche de celle du pictogramme ne fonctionne plus vraiment dans la MAA à un stade sévère, où la capacité d'halluciner l'objet est vaine. Ce cri est alors ce qui viendrait signer l'échec du pictogramme pour Aulagnier : « Le comportement d'appel n'apparaît que face à l'échec du tout-pouvoir du pictogramme. [18]» (20). Dès lors, les processus que recouvraient les

processus primaires et secondaires semblent ne plus suffire quand le sujet a connu des processus psychiques plus élaborés. Une méthode de soin par la médiation pourrait non seulement constituer un contenant de l'angoisse, mais elle pourrait également faire représentation en lieu de la trace : un travail sur l'affect devrait alors aider à retrouver quelque chose du représentant. Le sujet dément retrouverait ainsi, le temps de la médiation, une « représentation perceptive de la trace ».

Parce que l'involution n'empêche pas le processus de création…

Notes

1. Il s'agit d'un ensemble de « *comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées* », in « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », *Haute Autorité de Santé* (Mai 2009), téléchargeable sur www.has-sante.fr.
2. A l'état normal, les niveaux supérieurs tiennent les autres sous leur dépendance, en les inhibant.
3. Un affect est « *un état affectif, pénible ou agréable, vague ou qualifié, qu'il se présente sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale* », in Laplanche, J. et Pontalis, J.B (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris : PUF, 5ème édition Quadrige, Juillet 2007, p.12.
4. Le concept de trait unaire fut introduit par Lacan, non seulement à partir des travaux de Freud concernant l'identification du sujet à un trait unique de l'objet perdu, mais aussi à partir de ceux de Saussure pour qui les éléments de la langue ne se justifient que par leur différence. Le trait unaire est pour Lacan l'essence élémentaire du signifiant et le premier marquage du sujet. Il « *est le signifiant en tant qu'il est une unité et en tant que son inscription réalise une trace, une marque* ». Pour lui, la réduction de l'objet perdu à un trait se produit du fait de l'immixtion du signifiant ; c'est ainsi que le trait unaire incarne à la fois ce qui reste de l'objet mais aussi ce qui l'a effacé. Il est l'un des soutiens majeurs de l'identification du sujet.
5. p.342.
6. p.343
7. p.75-76
8. p.62
9. p.67
10. p.116-117
11. p.232
12. p.478
13. « La réapparition de la perception est l'accomplissement du désir et l'investissement total de la perception depuis l'excitation du besoin et le chemin le plus court vers l'accomplissement du désir. Rien ne nous empêche d'admettre un état primitif de l'appareil psychique où ce chemin est réellement parcouru et où le désir, par conséquent, aboutit en hallucination. Cette première activité psychique tend donc à une identité de perception, c'est-à-dire à la répétition de la perception laquelle se trouve liée à la satisfaction du besoin. », in Freud, S. (1900), *L'interprétation des rêves*, Paris : PUF, 1967, p.481.
14. p.48
15. p.371-396
16. p.477
17. p.477
18. p.46

Références

1. Freud, S. (1915), « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », in *Essais de psychanalyse*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981.
2. American Psychiatric Association (1994), DSM-IV-TR — *Manuel Diagnostique et statistique des troubles Mentaux*, Paris : Masson, 2003.
3. Sanchez, A. Millan-Calenti, J.C. Lorenzo-Lopez, L. [et al]. (2013), "Multisensory stimulation for people with dementia : a review of the literature.", in *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 28(1) : 7-14.
4. Quaderi, A. (2013). *Approche non médicamenteuse dans la Maladie d'Alzheimer*. Paris, France : De Boeck, collection Oxalis.
5. Ozdemir, L. et Akdemir, N. (2009), "Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients.", in *Journal of the Neurological Sciences* 283 ; 211–213.
6. Kverno, K., Black, B., Nolan, M.T.,Rabins, P.V. (2009), "Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies 1998-2008.", in *Internat Psychogeriatric* 21 : 825-43.
7. Ward-Smith, P., lanque, S., Curran, D. (2009). "The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility.", in *Amer J Alzheimer Dis& Other Dementias ;* 24 : 450-5.
8. Gardette, V., Coley, N. et Andrieu, S. (2010), Non-pharmacologic Therapies : a different approach to AD, *The Canadian Review of Alzheimer's disease and other dementias* ;13-22.
9. Curtin, A.J. (2010), Non-pharmacological Approaches To Dementia In the Long Term Care Setting, *Medicine and Health / Rhode Island*, n°12, vol.93 ; 369-371.
10. Hulme, C., Wright, J., Crocker, T.,Oluboyede, Y. et House, A. (2010), "Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access.", in *Internat J Geriatric Psychiatry* 25 : 756-63.
11. Jackson, J.H. (1876), « Les troubles intellectuels momentanés qui suivent les accès épileptiques », in *Revue scientifique*, 2ème série, 10, 169-178.
12. Jackson, J.H. (1889), « On the comparative study of diseases of the nervous system », in *British medical journal*, (2), 355-362 (reprint in J. Taylor (Ed.) (1958), *Selected Writings of J.H. Jackson*, vol.II, pp.393-410. London : Stapple Press).
13. Jackson, J.H. (1884), « Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system », in Lancet, (1), 555-558, 649-652, 739-744 (reprint in J. Taylor (Ed.) (1958), *Selected Writings of J.H. Jackson*, vol.II, pp.45-75. London :Stapple Press), p.742.
14. Spencer, H. (1862), *First Principles*, London : William and Norgate.
15. Ribot, Th. (1881), *Les maladies de la mémoire*, Paris : Baillière.
16. Freud, S. (1915), « Pulsion et destins des pulsions », in *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 1968, p.24.
17. Quaderi A. (2010), Habilitation à Diriger des Recherches : « Mais un dément, cela n'existe pas », Laboratoire de recherche en psychopathologie clinique et psychanalyse, Université de Provence – Aix-Marseille.
18. Freud, S. (1895), « L'esquisse d'une psychologie scientifique », in *La naissance de la psychanalyse*, Paris : PUF, 1956.
19. Quaderi, A. (2007), « Mémoire et souvenir dans la clinique du dément », in *Psychothérapies*, 27, (4), p. 213-219.
20. Aulagnier, P. (1975), *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, Paris : PUF – Le fil rouge, 2003.
21. Lacan, J. (1974-1975), *Séminaire Livre XXII* – RSI, éditions de l'Association Freudienne Internationale, hors commerce.
22. Freud, S. (1915), *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 1940.

23. Freud, S. (1923), « Le moi et le ça », in *Essais de psychanalyse*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981, p.232.
24. Freud, S. (1925), « Note sur le « Bloc-notes magique », in *Résultats, idées, problèmes II* 1921-1938, Paris : PUF, 1998, p.119-124.
25. Kaufmann, P. (sous la direction de) (1998), *L'apport freudien – éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, Larousse-Bordas.
26. Gimenez, G. (2000), *Clinique de l'hallucination psychotique*, Paris : Dunod.
27. Freud, S. (1895), « L'esquisse d'une psychologie scientifique », in *La naissance de la psychanalyse*, Paris : PUF, 1956, p.336.
28. Freud, S. (1895) « La remémoration et le jugement », in *Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904* – édition complète, Paris : PUF, 2006, p.639-640.
29. Lacan, J. (1968-1969), *Séminaire livre XVI – D'un Autre à l'autre*, éditions de l'Association Freudienne Internationale, hors commerce, p.180.
30. 30Vives, J-M. (2012), *La voix sur le divan. Musique sacrée, opéra, techno*, Paris : éditions Aubier Psychanalyse, p.40.
31. Lacan, J. (1966), *Ecrits*, Paris : éditions du Seuil, 1966, p.786.
32. Lacan, J. (1959-1960), *Séminaire livre VII – L'envers de la Psychanalyse*, éditions de l'Association Freudienne Internationale, hors commerce, p.48