Remarques théorico-cliniques sur les cris

F. Brossard

► To cite this version:

F. Brossard. Remarques théorico-cliniques sur les cris. NPG: Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2019, 19, pp.61 - 66. 10.1016/j.npg.2018.12.003 . hal-03486335

HAL Id: hal-03486335

<https://hal.science/hal-03486335>

Submitted on 21 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial| 4.0 International License

REMARQUES THEORICO-CLINIQUES SUR LES CRIS

THEORETICAL and CLINICAL REMARKS ON SCREAMING

Titre abrégé:

Cris et maladie d'Alzheimer et apparentées

Screams and dementia

Frédéric BROSSARD

Docteur en psychopathologie et psychanalyse, Psychologue clinicien, Chercheur associé au CRMPS (Centre Recherche Psychanalyse, Médecine et Société)- Université Paris 7- EA 3522

5, rue Thomas-Mann, 75013 Paris, France

brossard.frederic@aol.fr

Tel: 06 74 27 94 16

Résumé

Si les cris ne font pas partie de la symptomatologie propre aux maladies d'Alzheimer et apparentées, selon de récentes études, ils constituent une des occurrences les plus récurrentes. La difficulté s'accroît lorsque l'on sait qu'ils peuvent avoir tendance à se produire plus fréquemment face à la raréfaction du langage. La présentation d'une psychothérapie analytique posera plusieurs jalons guidant nos questionnements. Nous découvrirons comment les cris ont pu être conceptualisés par d'autres chercheurs. Le modèle du cri chez le nourrisson pourrait-il permettre de porter un autre regard notamment sur ce qui est éprouvé au niveau de la frustration chez ces personnes ? Quels risques peuvent s'esquisser avec ce modèle ? En quoi les soixante-et-un entretiens avec Madame T. nous permettront-ils de poser un autre regard sur cette manifestation psychique ?

Mots-clés : Alzheimer ; cri ; comportement ; psychothérapie ; clinique.

SUMMARY

Although shouting, screaming and cries are not part of the specific clinical profile in Alzheimer's disease, according to recent studies, they are one of the most recurrent manifestations in dementia. The problem is compounded by the fact that screams and shouting they tend to increase with the progression of the disease and the loss of language. A psychoanalytic case study of a woman with Alzheimer's can guide our exploration of this issue. We will see how shouting and screaming have been conceptualized by other researchers. Could the model of the infant's cries provide a different perspective, in particular on the frustration experienced by individuals with dementia? What are the pitfalls of this model? How far do the 61 sessions of this clinical case study enable us to reappraise this psychic manifestation?

Keywords: Alzheimer; shouting and screaming; behavior; psychotherapy; clinical practice.

Suivant les études, les cris seraient présents chez 10 à 30 % des personnes affectées par la maladie d'Alzheimer [1-3]. Nommés encore Troubles du Comportement Perturbateurs [5-6] ou Troubles du Comportement Vocal [7], ces derniers se manifesteraient notamment lors de l'éprouvé d'un besoin [5-7]. Leur intensité pourrait croître selon l'avancée de la neuropathologie [8] accentuant un sentiment d'impuissance parmi les équipes et les familles. En effet, même si des ressources psychiques perdurent à un stade avancé de la pathologie [9-11], bien souvent, cette apparente absence du langage et la présence des troubles cognitifs complexifient fortement l'entrée en relation. Différents entretiens (sur 61 au total) d'une durée d'une quinzaine de minutes, à fréquence de deux fois par semaine, menés auprès d'une dame que nous appellerons Madame T., nous permettront de faire des hypothèses sur ce qui peut être manifesté par ces cris en s'appuyant sur divers apports théoriques et psychothérapiques.

Cas Clinique

Madame T., âgée de 81 ans, mère de deux enfants, veuve, ancienne vendeuse de profession, présente de nombreux « troubles du comportement » dont notamment de forts cris stridents. Toutes causes somatiques ou matérielles ont été écartées par le biais d'investigation médicale, même si dans un premier temps une douleur dentaire a pu être suspectée. Elle est instable au MMSE (Mini-Mental State Examination), ainsi qu'à la SIB (Severe Impairment Battery).

Lors d'une séance préliminaire, avant que les entretiens psychothérapiques ne débutent, alors que Madame T. m'est présentée, elle nomme sa main « vache ».

Durant le quatrième entretien je me présente en donnant mon identité, psychologue, et le but de cette visite : comprendre ce qui se passe pour elle et l'accompagner dans un moment difficile. Au bout de quelques minutes, elle semble percevoir ma présence car, sans me regarder, elle tourne sa tête vers moi et ouvre la bouche avec un mouvement de succion. Je saisis alors la peluche qu'elle tient souvent, un lapin, et je la lui montre en lui formulant ce que je fais. Je l'approche doucement et délicatement. Elle se met à crier. Il me semble qu'il s'agit d'un cri d'angoisse. Je lui énonce que je vois qu'elle est effrayée mais qu'il n'y a pas à avoir peur.

Au huitième entretien, alors qu'elle s'apprête à « téter » ma main, elle nomme cette main « pute ».

Au cours du neuvième entretien, installée dans son lit, elle tire parfois sur sa main gauche (je me situe à gauche) et elle se met à plusieurs reprises à pousser un cri aigu d'épouvante. Sa gestuelle donne à penser qu'elle ne peut identifier sa main comme faisant partie d'elle-même. Après quelques mouvements, elle se met à la téter pendant un moment. Elle pousse un nouveau cri. Madame T. joint ses mains l'une dans l'autre et émet plusieurs hurlements exprimant de l'angoisse. Elle semble attraper sa main et tirer fortement dessus. Elle crie puis dit « peya ». Après quelques instants, je lui indique revenir la voir prochainement.

Dans la 10ème rencontre je la vois s'arracher un poil autour de la bouche. Je lui demande alors à qui elle paraît le donner. Elle ne répond pas oralement mais le dépose dans ma main.

Durant les douzième et treizième entretiens, elle tète son doigt et hurle lorsqu'elle le retire de sa bouche. Même séquence dans le quatorzième, sauf qu'elle dirige mon doigt vers sa cavité buccale. À ce moment précis, je me demande si je dois la laisser faire puis je décide de la suivre dans ce qui pourrait être d'ultimes manifestations psychiques. Les cris avec intensité se poursuivent avec plus de violence.

Lors du vingtième entretien et pendant les deux suivants, étonnamment le langage va faire retour. Madame T. émet de nombreux hurlements depuis le début de la matinée. Je la nomme, elle me répond « oui ». Je recommence, elle me répond cette fois « non ». Je lui précise qu'elle n'est pas seule et que je suis à côté d'elle. Elle ajoute « oui ». Vers la fin de l'entretien, elle crie et fait des mouvements sur sa chaise me donnant l'impression qu'elle a le sentiment de chuter. Je la rassure en lui expliquant qu'elle est assise dans un siège. Elle s'apaise. Puis, elle a l'air de m'adresser des phonèmes que je ne comprends pas. Je lui précise que je viens souvent la voir et suis à ses côtés. Elle tourne sa tête vers moi et dit « oui ». Dans l'entretien suivant, un moment, je lui précise que je suis à côté d'elle. Elle dit « ah...ah...oui » puis me lâche la main en criant. Dans le vingt-deuxième, elle tend sa main dans ma direction. Je la lui saisis en lui formulant qu'elle voulait la mienne. Elle répond « oui c'est vrai ». Quelques temps plus tard, je lui annonce la fin de l'entretien et lui dit à lundi. Elle conclut « oui ».

Discussion

Premiers questionnements à partir des cris manifestés

Comment comprendre les cris produits au cours du quatrième entretien ? Pourraient-ils avoir une logique ou simplement être la conséquence d'une modification du sujet avec son environnement ? Deboves [7] expose l'accompagnement proposé à une dame âgée de 83 ans, atteinte de maladie d'Alzheimer. Selon l'observation que semble en faire l'équipe, cette résidente paraît crier lorsqu'elle a besoin de quelque chose notamment besoin de manger ou d'aller aux toilettes. Lorsqu'elle reçoit une réponse matérielle à ce que l'équipe interprétait, les cris s'interrompent. La frustration en serait la cause. La détérioration progressive des processus secondaires, permettant de différer un désir, et plus particulièrement des mots expliqueraient la prégnance des cris. L'affect déclenché par la perception ne pourrait être lié à son représentant. Plus précisément, cet affect serait issu d'un environnement non-adapté au sujet. L'attente de l'objet ne serait plus existante. Selon cette auteure, seul le mot est capable de rendre un objet absent présent. La destruction psychique serait telle que l'hallucination de l'objet serait impossible déclenchant une frustration immense. Cette pensée paraît ainsi s'inscrire dans la voie tracée par Le Gouès [12], celle de la psycholyse, jusqu'à destruction totale de la psyché. S'inspirant du modèle freudien du cri chez le nourrisson, Deboves [7] reprend : le sujet dément ferait appel à un Autre secourable répondant au débordement pulsionnel, phénomène plus ou moins identique à celui de l'enfant. Ce dernier chercherait à retrouver, du moins pour le cas qu'elle rapporte, une expérience de satisfaction.

Cette auteure propose pour remédier au cri un recours au modèle multisensoriel favorisant un certain holding, soins donnés par la mère pour répondre aux besoins physiologiques, en évitant ainsi des perceptions envahissantes.

De même, Engasser [1,2] établit également un parallèle avec le cri du bébé. Selon Engasser (se référant à Quadréri) [1,2], la neuropathologie irait jusqu'à détruire « les fondements mêmes de la psyché ». À l'instar du nourrisson, le patient serait dans un état de détresse envahit par un flux pulsionnel. Pour elle, le cri exprimerait une angoisse de non-être et serait une manière d'exister par la recherche de sensation. Le sens amènerait à une décharge motrice passant par le cri. Ce témoin secourable pourrait en interpréter une demande alors que seul le trop plein pulsionnel existe.

Les ateliers d'écriture pourraient être proposés pour redonner un sens et reconstruire une représentation d'un corps disloqué. Elle mentionne également que certains patients continuent de crier lorsque quelqu'un est à côté. Dans ces cas, nous pouvons alors nous interroger si ce dernier serait encore le témoin secourable ? La personne suivie, dont elle rapporte l'accompagnement, sort de ses cris lorsqu'elle lui dicte l'environnement. Le cri exprimerait la Jouissance du son pur lorsque la Jouissance des mots s'est perdue.

Beaucoup plus nuancés sont les propos de Caleca [3]. S'inspirant également du modèle du cri chez le nourrisson, elle précise cependant « *c'est probablement quand la parole perd cette qualité transitionnelle d'articulation entre corporelle et symbole, notamment dans la situation où la qualité d'énonciation du langage se trouve atteinte, que surviennent le cri ou la répétition créée qui pourraient avoir pour effet de colmater ce vide non représentable* ». Comment faut-il alors entendre ce vide non-représentable et le cri comme une réparation de ce dernier ?

Pour Madame T., à ce stade de notre accompagnement, difficile de dire si les cris seraient la résultante d'un appareil psychique totalement détruit dans ses soubassements. Mais, à première vue, nous remarquons bien cette apparente absence de la parole. Le cri en serait-il un témoin voire une preuve ?

Si nous faisons retour vers le texte freudien, le cri remonterait-il au seuil de toute capacité de symbolisation ? En 1920, l'observation du petit Ernst [13], âgé d'un an et demi, semble n'ébaucher qu'un environnement en grande partie incompréhensible. N'ayant en sa possession que des mots raisonnables, l'observateur note qu'il emploie surtout des sons dotés de signification. À la différence des autres enfants de son âge, l'absence de cri frappe son entourage et sans doute la scène suivante va livrer ce qui s'y déroule. Lançant tous les objets se tenant à sa portée, il criait « o-o-o » équivalant de « Fort » signifiant en allemand « Parti ». Avec la bobine, le jeu apparaît plus clairement avec ce premier mouvement du lancer accompagné du « O-o-o ». Puis, rappelant par la ficelle le jouet, il prononce « Da » traduisant « Voilà ». Par ce jeu symbolique, un élément retient notre attention. Ici, les mots ne sont pas entièrement employés et sont parfois réduits à une voyelle pour avoir une capacité de symbolisation. Pour Freud, ce jeu permet un renoncement pulsionnel manifesté par le départ de sa mère sans opposition, sans cri pourrions-nous prolonger. Pour synthétiser, les hurlements cesseraient lors de l'apparition du langage.

Mais si l'observation faite par Deboves [7] paraît accréditer l'hypothèse d'un « cri primal », où tout langage donne le sentiment d'avoir déserté, chez Madame T., les embardées sonores ne paraissent correspondre à aucune recherche de satisfaction liée à un besoin frustré. En effet, ils peuvent se poursuivre lors des repas. L'hypothèse d'un cri vu comme un dernier moyen d'exister, réduisant le sujet à des phénomènes somatiques purs, reste séduisante, chez la résidente. Cette idée encourage donc à favoriser le cri puisqu'en criant la personne se sentirait vivre. Toutefois, quelques éléments de parole et des cris autour de l'effroi vont rapidement nous en éloigner.

Les cris comme effroi autour du corps

Si nous revenons aux entretiens s'échelonnant du huitième au quatorzième, le rapport au corps peut nous questionner. Cette altération de la représentation du corps a été notée par de nombreux chercheurs et pourrait venir transcrire, voire même inscrire, une certaine perte dans sa propre représentation somatique. Vial-Awada et Montani [14] nomment cette expérience la perte de la figurabilité du corps, traduite par Péruchon [15] comme le dépérissement des limites intérieures et extérieures qui d'habitude étaient la représentation du corps.

Peut-on trouver dans notre cas une explication par ces différentes théories ? Bien que nous supposions cette altération de la représentation de l'image de son corps, chez la résidente, il nous paraît difficile, alors qu'elle rejette la main du thérapeute, d'y entendre la recherche d'un objet étayant d'autant plus que cette non-reconnaissance de son corps semble apporter plus stupeur et angoisse que quiétude.

Mais ces dernières ne pourraient-elles pas avoir une autre identité ? Comme si sa main, pouvant être cause de son angoisse, endossait le rôle d'un autre personnage dont le principal acteur serait ici l'intervenant puisqu'elle tire sa main sur sa gauche alors que c'est la place où il se situe. Ainsi, durant le huitième entretien, alors qu'elle s'apprête à *téter* ma main, elle nomme cette main « pute ». Ces interrogations se rapprochent de certains constats. Morin [16] évoque l'altération du schéma corporel où certains patients hémiplésiques pourraient se plaindre d'une lourdeur, d'un poids, d'un engourdissement, gonflement, texture et couleur de la main gauche paralysée amenant à une antipathie pour cette main et pouvant être une forme de somatoparaphrénie (personnification de cette main paralysée comme étrangère et antipathique). Ce qui peut être proche aussi de l'asomatognosie chez le patient où une héminégligence extrême amènerait à une non-reconnaissance de ses membres pouvant les attribuer à un interlocuteur.

Toujours durant le huitième entretien, par ce signifiant « pute », nous pouvons nous demander si elle ne pourrait passer de l'effroi vers l'angoisse ? Assistant aux premières séances de cet accompagnement, l'affect d'angoisse venait systématiquement mettre un point final à toute activité d'exploration buccale se concluant par un cri strident. **De la douzième à la quatorzième séance psychothérapique**, dès qu'elle mettait un objet à la bouche et commençait à essayer de l'absorber, elle hurlait. Ce premier rapport à l'oralité pourrait trouver sa source dans un renversement (manger/ se faire manger). C'est ainsi que pourrait s'expliquer le renversement de se nourrir de l'Autre à ce que l'Autre se nourrisse du sujet. Lacan [17] précise que « *les expériences proprioceptives de la succion et de la préhension font évidemment la base de cette ambivalence du vécu, qui ressort de la situation même : l'être qui absorbe est tout absorbé* ». Chez cette patiente, nous voyons bien une première exploration buccale qui pourrait ressembler au fait de manger quelque chose, mais qui se transforme finalement à se faire manger et dont le cri serait le témoin quasi-silencieux. Quelle piste d'un vécu psychique semble donc se dessiner pour Madame T. par ses cris ?

Au-delà des cris

Toute représentation de mot ou d'objet n'est pas pour autant détruite. Un état de parole perdue [18]. En plein cri, **lors du huitième entretien**, pouvant croire qu'il s'agit de la sienne, elle saisit ma main avec horreur et paraît la nommer puisqu'elle lui adresse « Pute ». À d'autres moments, elle donne le sentiment de comprendre mes phrases comme dans la **dixième rencontre**, où alors que je lui demande à qui elle paraît donner son poil, elle ne répond pas oralement mais le dépose dans ma main. Par ailleurs, quelques entretiens **(du vingtième au vingt-deuxième)** attestent d'une parole pouvant parfois se révéler même réduite à quelques mots mais aussi d'une possibilité même minime de converser. Dans ces rares moments, à la différence de ceux du début, les cris sont quasiment absents. Pourrait-on voir chez cette résidente une persistance de l'ordre symbolique, de cette capacité de lier les choses disparates ensemble, et d'une tentative de leur prêter un sens ?

Le cri face au Réel

Ainsi si le cri est continu parfois chez le sujet et paraît ne pas trouver moyen d'apaisement, il est probable pour autant qu'il ne soit pas en panne de représentation faute d'une psyché détruite. Mais il serait possiblement présent, à cause d'une expérience échappant à toute traduction langagière, échappant au système symbolique persistant, du moins lors du moment d'effroi.

En effet, Madame T. est assise dans son fauteuil lorsqu'un cri la saisit. Elle s'y agrippe et paraît parcouru d'un mouvement corporel évoquant celui d'une chute. À un autre entretien, elle crie avec effroi et nomme la main qu'elle ne paraît pas reconnaître « Pute ». Dans ce corps qu'elle semble vivre comme disjoint, comme tombant en morceaux, elle paraît personnifier sa main qu'elle nommera *vache* lors de l'entretien préliminaire. Ne pourrait-on y voir une certaine réappropriation de son corps ? Ailleurs, ses mouvements de mâchage autour des mains ne pourraient-ils pas s'entendre comme une « faim » voire « fin » ou bien encore la « fin du corps » ? Beaucoup de questions qui resteront en suspens sont posées. Les rares moments où la parole s'énonce apportent un témoignage précieux, peut-être même sur tous ces moments où les gestes prédominent.

Le Réel est tout ce qui demeure non symbolisable et peut faire le lit du traumatique. Il s'agit d'une expérience où les mots perdent tout pouvoir face à l'intensité de ce qui est vécu. Pour Madame T., l'effroi emplit le tableau clinique et il n'est pas sans rappeler les travaux de Grosclaude [19] sur le traumatique dans la démence. « *Le sujet dément est de toute façon confronté au traumatisme, que celui-ci soit en lien avec une réalité historique, les effets subjectifs, éprouvés de processus, contre-coups d'un traumatisme infantile ou d'un vécu de catastrophe intolérable. Le traumatisme n'est pas monolithique, il associe originaire et infantile à l'actuel* ».

À propos du tableau de Munch, reprenant l'exemple de Lacan, Assoun [20] le baptise le « silence hurlant ». Si nous suivons les propos de Fonteneau [21], le cri peut parfois dépendre de l'irreprésentable : « *Le problème de la représentation du cri est lié à celui de la figurabilité des pulsions, à l'horreur devant la jouissance indicible, représentable* ».

Depuis Freud, nous savons qu'il n'y a de traumatisme que dans l'après-coup. En effet, le premier temps du trauma correspond à un effroi, à un moment d'effraction dans la psyché, se traduisant par une incapacité totale de penser, une certaine sidération dont la signification trop forte (la mort, le sexuel) ne peut être assimilée. C'est bien ce souvenir lui-même qui ferait le lit du trauma et non la nouvelle scène qui vient le révéler. Face à cet événement débordant, le savoir se retrouve totalement dépourvu. Il faut alors inventer de nouveaux modes du savoir-faire tendant vers le Symbolique pour border le Réel. Sa main vécue probablement comme une autre personne ou la réappropriation de son corps, par ces mouvements buccaux, peuvent nous faire penser qu'ici ce qui pourrait ébaucher un savoir du fantasme viendrait recouvrir ce trou, cette absence, du savoir dans le Réel.

Les troubles du comportement vocaux à l'épreuve de la psyché

Finalement, en quoi le comportement de Madame T. vient nous faire réfléchir sur cette notion de trouble du comportement ?

D'abord, on ne peut parler de comportement sans mentionner l'observateur. Ce qui reste identifiable, visible, regardable, vient évoquer le comportement. Il semble s'agir d'une expérience première ressentie par la personne extérieure, observatrice, plutôt que chez celui qui le produit. Ainsi le comportement se constitue des gestes et attitudes tels qu'ils sont vus, tels qu'ils sont analysés par un observateur. De prime abord, ils

courent déjà le risque d'être jugés et interprétés par ce dernier. Celui-ci ne les analyse possiblement qu'en fonction de lui-même. Sans doute est-ce à ce moment qu'il faut rester vigilant face à la surinterprétation et face à la projection.

Par ailleurs, l'alliance des vocables « comportement » et « vocal » interroge. Dans la situation de Madame T., comme de manière plus générale, le but de la voix n'est-il pas justement d'appeler, de questionner, d'interroger, de comprendre, lorsque quelque chose de différent a été pensé, a été constaté ? La voix interpelle l'Autre. Elle vient même souvent le questionner, le déranger. Alors en juxtaposant *comportement*, se référant notamment à un certain conformisme, et *voix* n'assisterait-on pas à la naissance d'un oxymore ? De plus, par l'emploi de ces termes, *comportement vocal*, la voix est ainsi réduite à un adjectif du comportement. Elle n'est plus un objet propre. Probablement est-ce en ce sens que nous pouvons adhérer au terme proposé par Déroutesné [8] lorsqu'il parle de manifestation psychologique plutôt que de troubles du comportement. Au regard de notre présentation, plus simplement, l'emploi du terme « trouble » interpelle. En effet, si nous évoquons la situation de Madame T. les cris paraissent au début comme totalement idiopathiques voire même privés de sens. Ils se révèlent progressivement. Cris devant un corps dont la représentation lui échappe parfois, cris à mon contact, cris devant certains de ses organes auxquels elle paraît attribuer une représentation autre, ils demeurent de précieux témoins de ce qui transparaît de son monde interne. Les cris sont bien pour nous « perturbateurs » mais encore faut-il leur conserver la part énigmatique qu'ils portent pour en faire un média. Ils viennent traduire un éprouvé subjectif et remettre en valeur la relation et le vécu de la personne au centre du lien. Certes, beaucoup de patience mais aussi d'observation restent nécessaires dans une telle démarche. Les éléments épars mais centraux ne se livrent qu'après beaucoup de temps. Probablement que les cris viennent aussi révéler, chez ceux qui les rencontrent, une exigence d'un travail du contre-transfert nécessaire avec des aires d'élaboration permettant de penser, lier, poser des hypothèses sur ce qui est donné.

Au terme de notre réflexion, prenant appui sur la situation de Madame T., nous nous rendons compte que le terme de cri en gériatrie est venu s'appauvrir alors qu'il était porteur d'une véritable ouverture sémantique. En effet, dans la littérature spécialisée, le terme de cri est venu définir par excellence la souffrance. Pourtant, en ouvrant le dictionnaire, la définition originelle ne peut que nous surprendre face à la torsion signifiante dont ce terme a été l'objet : à la base, il s'agit uniquement d'une manifestation sonore. Celle-ci ne vient prendre sa coloration qu'en fonction d'un contexte donné et vécu. Probablement, le domaine (para)médical dans lequel nous travaillons peut nous amener à *symptomatiser* ce que nous observons. Chez Madame T., bien entendu, le cri traduit parfois l'effroyable, à d'autres moments, il souligne l'ébauche d'une possible mise en sens via un étayage imaginaire. Sans doute la clinique du cri mérite-t-elle de dissocier, repenser, les différents cris rencontrés, en dehors de toute recherche de catégorisation, au cas par cas.

Enfin, parler de troubles du comportement amène également l'idée d'une proposition d'une méthode de soin voire même parfois d'un protocole pour faire cesser ces manifestations. Au regard des entretiens rapportés, une question de fond se pose. Faut-il absolument voir le cri comme un symptôme uniquement médical ? Mais ne risque-t-on pas d'occulter ce qu'il raconte du sujet d'autant plus quand les capacités du dire s'amenuisent ? Les questions ouvertes par ces différentes recherches demeurent encore riches de perspectives.

Conclusion

En prenant appui sur les cris rencontrés chez Madame T., il est important de préciser que ces temps de l'impensable, où parfois l'infantile se mêle, doivent être repérés au cours de la psychothérapie pour être

soutenus. En ce sens, il importe de bien différencier les cris émis chez Madame T. de ceux du nourrisson, voire du psycholysé, qui n'aurait plus de système symbolique pour traiter cet éprouvé traumatique. En effet, l'un plaide en faveur d'une mort psychique, réduisant le sujet au biologique, alors que l'autre souligne une traversée de l'impensable. Mais ce dernier fait entendre que des ressources psychiques existent et donc une possibilité de psychothérapie. Un enjeu crucial demeure sur lequel nous devons méditer puisque ces comportements peuvent amener à l'idée que derrière la maladie, il n'y a plus personne.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

- [1] Engasser O. Quand l'écrit faire taire les cris. Pour une clinique particulière de l'oralité dans la démence. Clin 2013 ; 2(6) :145-59.
- [2] Engasser O ; Ceux qui ne parlent plus ont des choses à nous dire. Le chant du dément, un son qui fait sens ? Topique 2014 ; 4(129) : 121-33.
- [3] Caleca C. Cri, langage, affect : modalités dans le grand âge. Info Psychiatr 2006 ; 82(5) : 389-96.
- [4] Ryan D, Tainsh S, Kolldny V, et al. Noise-making amongst the elderly in long term care. Gerontologist 1988; 28: 369-71.
- [5] Groulx B. Les cris et les lamentations des patients atteints de démence (première partie). Rev Can maladie d'Alzheimer 2005 ; 1(1) : 11-4.
- [6] Groulx B. Les cris et les lamentations des patients atteints de démence (deuxième partie). Rev Can maladie d'Alzheimer 2005 ; 1(1) : 7-11.
- [7] Deboves P. Le cri dans la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Neurol Psychiatr Geriatr 2015 ; 15(85) : 55-62.
- [8] Derouesné C. Manifestations psychologiques et comportementales de la maladie d'Alzheimer. In : Belin C, Ergis AM, Moreaud O, editors. Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques. Marseille : Solal ; 2006 : 209-22.
- [9] Brossard F, Caron R. Gestes signifiants, à travers l'imitation dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère : vécus subjectifs. Psychother 2017 ; 4(23) : 203-16.
- [10] Brossard F, Caron R. Sens du rire et du sourire dans la maladie d'Alzheimer. Neurol Psychiatr Gériatr 2017 ; 17(102) : 365-72.
- [11] Brossard F, Caron R. Productions corporelles dans les derniers stades de la maladie d'Alzheimer. Ann Med Psychol 2018 ; 176(10) : 991-8.
- [12] Le Gouès G. Le psychanalyste et le vieillard. Paris : PUF, 1991.
- [13] Freud S. Au-delà du principe de plaisir. Paris : Payot & Rivages, 2012.
- [14] Vial-Awada I, Montani C. Le test du personnage chez la personne âgée : analyse de la phrase attribuée au personnage. Neurol Psychiatr Gériatr 2004 ; 4(24): 27-32.
- [15] Péruchon M. La maladie d'Alzheimer : entre psychosomatique et psychanalyse. Nouvelles perspectives. Paris : Hermann, 2011.
- [16] Morin C. Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : neurologie et psychanalyse. Toulouse : Erès, 2013.
- [17] Lacan J. Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. In : Lacan J. Ecrits. Paris : Seuil, 2001 : 23-84.
- [18] Grosclaude M. Le dément : sujet extrême, sujet quand même. Neurol Psychiatr Geriatr 2017 ; 17(99) :166-72.

- [19] Grosclaude M. « Quelque chose est arrivé » : penser la démence comme un traumatisme. *Perspect Psy* 2000 ; 39(n° spécial) : 38-45.
- [20] Assoun PL. *Le regard et la voix. Tome 2.* Paris : Economica, 1995.
- [21] Fonteneau F. Peindre le cri ou peindre le silence ? *Quarto* 1994 ; 1(54) : 45-9.