

PSYCHOGÉRIATRIE

Incidence des événements de vie dans la maladie d'Alzheimer : étude préliminaire sur le programme Abord

Life-events incidence in Alzheimer disease: Preliminary study on the ABORD program

A. Poillot^{a,*}, P. Menecier^b, L. Ploton^a

^a EA 3729, laboratoire « psychologie de la santé et du développement », institut de psychologie, université Lyon-2, 5, avenue Pierre-Mendès-France, 69676 Bron cedex, France

^b Consultation mémoire du mâconnais, RDAS, 2, rue J.-Bouvet, 71000 Mâcon, France

Reçu le 1^{er} décembre 2009 ; accepté le 26 avril 2010
Disponible sur Internet le 24 novembre 2010

MOTS CLÉS

Maladie d'Alzheimer ;
Événements de vie ;
Deuils ;
Pertes

Résumé Dans l'étude de la maladie d'Alzheimer, le courant psychodynamique reste peu investi alors qu'il permet d'apporter un regard clinique essentiel à une compréhension globale de la maladie. À la suite du programme Alzheimer banque d'observation, de recherche et de données (Abord), 59 malades Alzheimer ont été comparés à 31 sujets témoins, afin de rechercher une association entre facteurs de vulnérabilité liés à l'histoire de vie et révélation clinique ultérieure d'une maladie d'Alzheimer. Un questionnaire de 11 items, relatifs à des événements de vie difficiles a été élaboré. Les témoins ont cumulé moins d'événements de vie difficiles ($\text{Chi}^2 = 7,72$; $p < 0,05$) pouvant agir sur l'économie psychique. Des facteurs pathogènes apparaissent, les malades ont plus souvent été placés avant l'âge de dix ans ($\text{Chi}^2 = 5,06$; $p < 0,01$) et reconnaissent plus d'antécédents familiaux de nature psychiatrique ($\text{Chi}^2 = 5,06$; $p < 0,05$). La présence d'événements de vie difficiles peut influencer les capacités du sujet à effectuer un travail de deuil ainsi, l'élaboration des pertes liées au vieillissement peut être rendue difficile et dépasser les capacités psychiques du sujet. Un facteur protecteur est mis en évidence : une pratique spirituelle en référence à une forme de foi et/ou d'adhésion philosophique ($\text{Chi}^2 = 5,64$; $p < 0,05$).

© L'Encéphale, Paris, 2010.

* Auteur correspondant. 79 A, rue En-Paillery, 21850 Saint-Apollinaire, France.
Adresse e-mail : audrey.poillot@yahoo.fr (A. Poillot).

KEYWORDS

Alzheimer disease;
Life events;
Bereavement;
Losses;
Grief

Summary

Introduction. – Alzheimer disease has been studied according to several approaches: neurological, cognitive, or psychodynamic. Investment in the latter is sparse although it provides an essential clinical overview for global understanding of the disease.

Objectives and methods. – This study followed the Alzheimer Observation Bank of Research and Data (ABORD) programme, which began in the 1980s. Fifty-nine subjects suffering from Alzheimer disease were compared to 31 control subjects, in order to search for an association between vulnerability factors linked to the life story and future clinical outbreak of Alzheimer disease. The study was carried out with an 11-item questionnaire on difficult life events. They concerned childhood, stress inductive situations, separation or bereavement experiences, family background or psychiatric history.

Results. – Control subjects experienced less difficult events ($\text{Chi}^2 = 5.87$; $P < 0.05$). An accumulation of deleterious life events can impact on psychic economy. Pathogenic factors appear, sick people have more often been placed before the age of 10 ($\text{Chi}^2 = 5.06$; $P < 0.01$), and recognize more psychiatric family history and/or psychic vulnerability ($\text{Chi}^2 = 5.06$; $P < 0.05$). Difficult life events can impact on the subject's ability to grieve, and so the elaboration of losses linked with ageing can become difficult and exceed the psychic ability of the subject, which can be further disrupted by cerebral lesions or pathogenic factors. Hence, the subject could make an unconscious choice of a rescue mental running, which appears in the development of Alzheimer. A protective factor has been found: spiritual practice referring to a form of faith or philosophical adherence ($\text{Chi}^2 = 5.64$; $P < 0.05$).

© L'Encéphale, Paris, 2010.

Dans les approches cognitives et neurologiques, la maladie d'Alzheimer est décrite en terme de pathologie neurodégénérative complexe. Ces théories correspondent à un « plan d'observation » [21] et connaissent leurs propres limites. S'il existe des corrélations statistiques entre l'importance des dépôts amyloïdes et les déficits cognitifs, certains sujets dont le cerveau est fortement « atteint » sont indemnes de tout symptôme. On peut citer, en exemple, le cas de Sœur Marie issu de la « Nun Study » [27], étude portant sur une évaluation cognitive annuelle et sur l'étude du cerveau post-mortem de 678 sœurs volontaires. À quelques mois de sa mort, elle avait obtenu des résultats la présentant comme indemne de troubles cognitifs alors que l'étude de son cerveau avait par la suite révélée une dégénérescence neuro-fibrillaire et une abondance de plaques séniles. Cela laisse supposer qu'outre l'impact lésionnel, il existe des facteurs complémentaires dans la dynamique alzheimerienne.

Des auteurs se sont intéressés à la maladie d'Alzheimer et aux troubles apparentés suivant un autre plan d'observation, psychodynamique. Cette approche est basée sur une hypothèse commune : la persistance d'un appareil psychique chez le sujet souffrant de troubles cognitifs [21] mis en évidence par les symptômes eux-mêmes qui peuvent partiellement régresser, de manière spontanée et souvent de façon spectaculaire, sur une durée plus ou moins longue [21]. Ce constat situe les troubles dégénératifs sur un autre terrain que celui de l'extinction des capacités par destruction du support neuronal.

L'étude présentée découle du programme Alzheimer banque d'observation, de recherche et de données (Abord) [22–24,28]. Elle s'est intéressée aux aspects médicaux, psychologiques et relationnels chez la personne souffrant de troubles cognitifs au stade démentiel. La présente étude, comparative, tente d'évaluer la prévalence d'événements

de vie difficiles chez les sujets souffrant de la maladie d'Alzheimer [2–4,20] par rapport à un groupe témoin.

Recherche et événements de vie

Peu d'études ont trait au rôle pathogène des événements de vie dans la maladie d'Alzheimer. Persson et Skoog [20], à partir d'une étude longitudinale incluant 374 sujets, ont mis en évidence la présence de « facteurs de risques psychosociaux », inducteurs de vulnérabilité dans la maladie d'Alzheimer. Il s'agit plus particulièrement de la perte d'un parent avant l'âge de 16 ans, un métier manuel très rude, une maladie physique invalidante chez le conjoint après 65 ans et la survenue d'une maladie grave chez un enfant après 65 ans.

Clément et al. [3,4] ont, quant à eux, développé une théorie reposant sur la notion de « stress précoce » prenant son origine dans des événements de vie stressants avant l'adolescence. Ses hypothèses s'appuient sur des études animales [17,25] où après une privation maternelle précoce, une plus grande vulnérabilité aux situations difficiles et des lésions hippocampiques (qui correspond à une des localisations stratégiques de la maladie d'Alzheimer) ont été observées à l'âge adulte. D'autres auteurs évoquent également que le stress serait un facteur de risque de décompensation d'une maladie d'Alzheimer, puisque délétère pour notre cerveau [13,26]. Ainsi, une exposition chronique au stress pourrait favoriser à terme la perte de mémoire liée à l'âge.

Le programme Abord [22–24,28] a été initié dans les années 1980. Celui-ci était composé d'un dossier médicopsychologique, de 400 items, permettant de mieux connaître les antécédents médicaux, sociaux, psychologiques, relationnels et familiaux des malades Alzheimer. Il visait un travail

de recensement d'éléments de tout ordre concernant la vie du sujet, l'analyse de leurs importances et de leurs rôles éventuels dans la survenue de cette maladie.

Partant des résultats observés dans le programme Abord, cette étude a été mise en place afin d'approfondir la présence de facteurs de vulnérabilité, liés à l'histoire de vie, dans la maladie d'Alzheimer. On ne peut pas exclure que des événements de vie ou un type de personnalité, en tant que facteurs pathogènes, puissent entrer en ligne de compte dans la prédisposition à déclencher cliniquement la maladie, voire à surdéterminer un mode d'évolution ou la possibilité de présenter certains troubles du comportement.

Méthodologie

Cette étude cas-témoins inclut 90 sujets. Cinquante-neuf sujets malades existants ont été inclus, quelle que soit l'ancienneté de leur maladie, sur la base d'une décompensation clinique de la maladie d'Alzheimer suivant les critères diagnostiques du Diagnostic and Statistical Manual 4th edition (DSM-IV) [1] et un Mini Mental State Examination (MMSE) [5] inférieurs à 25. Trente et un sujets considérés comme sains ne présentant pas de troubles cognitifs et un MMSE supérieur ou égal à 26 ont été recrutés dans la population générale. Il s'agit d'une étude rétrospective et multicentrique, le recrutement des sujets s'est effectué sur huit sites¹.

L'exploitation statistique des résultats du programme Abord a fait l'objet de différents travaux dont une thèse de médecine [9] qui a mis en évidence l'existence de prévalences chez les malades Alzheimer concernant : des relations intrafamiliales marquées par la rupture et l'isolement, certains événements de vie et un mode de réactions, de réponses inadéquates face aux difficultés. À partir de ce constat et dans une visée d'approfondissement, un questionnaire de dix items a été élaboré, a posteriori, relatifs à des événements de vie pouvant avoir un impact psychologique important. Ils se rapportent : à l'enfance (placement en nourrice, difficultés dans la petite enfance), à des situations pouvant induire du stress (changements de lieu de vie, accumulation d'échecs), à des situations de séparations et de pertes (passage à la retraite, vécu d'abandon, deuils importants), à l'environnement familial (deuils périnataux, antécédents familiaux), aux antécédents psychiatriques de la personne et à l'existence d'une forme de foi et/ou d'adhésion philosophique.

Chaque sujet a été interviewé seul ou accompagné. Pour les sujets souffrant de maladie d'Alzheimer, lorsque ceux-ci ne pouvaient répondre seul, du fait des troubles cognitifs liés au processus dégénératif ou de troubles phasiques, le questionnaire était rempli en présence de l'aidant principal. L'aidant principal est défini comme la personne qui a la charge régulière du soin du malade à domicile. Celui-ci

est généralement le conjoint ou un enfant, il a une bonne connaissance de la biographie du sujet.

Les principaux tests statistiques utilisés sont la comparaison de moyennes par analyse des variances et la comparaison de proportions par le test de Chi². Le seuil de significativité a été fixé à 5 % avant l'analyse.

Résultats

La population observée était composée de 59 malades Alzheimer âgés en moyenne de 84,7 ± 6,5 ans, avec un MMSE moyen de 18,2 ± 4,8 et de 31 contrôles considérés comme indemnes de toute affection cognitive, âgés en moyenne de 75 ± 9,4 ans ($t = 10,1$; $p < 0,005$), avec un MMSE moyen de 27,4 ± 1,3 ($t = 55,7$; $p < 0,001$).

Quatre-vingt-seize pour cent des personnes interrogées reconnaissent avoir vécu au moins un événement difficile au cours de leur vie. Le Tableau 1 récapitule le nombre cumulé d'événements de vie vécus par les sujets des deux groupes. Les sujets témoins ont été confrontés, de façon significative, à moins de deux événements, stipulés dans le questionnaire, au cours de leur vie (C = 35 % et MA = 14 %; $\text{Chi}^2 = 5,87$; $p < 0,05$). On peut également observer qu'un nombre plus élevé, mais non significatif, de malades Alzheimer déclarent avoir cumulé plus de trois événements de vie difficiles (MA = 29 % et C = 16 %; $\text{Chi}^2 = 1,15$; non significatif [NS]). Une observation détaillée des résultats met en évidence des différences entre les deux groupes concernant la nature des événements de vie rencontrés (Tableau 2).

Au cours de l'enfance, les sujets malades déclarent avoir été plus souvent placés avant l'âge de dix ans (MA = 24 % et C = 0 %; $\text{Chi}^2 = 7,72$; $p < 0,01$). L'environnement familial, dans lequel les sujets ont été élevés, diffère d'un groupe à l'autre. Les malades Alzheimer reconnaissent une présence plus importante d'antécédents familiaux de nature psychiatrique et/ou de vulnérabilité psychique (MA = 34 % et C = 1 %; $\text{Chi}^2 = 5,06$; $p < 0,05$). La présence de deuils périnataux (jusqu'à deux ans avant la naissance du sujet) est plus élevée, mais non significativement, dans le groupe malades Alzheimer (MA = 24 % et C = 16 %; $\text{Chi}^2 = 0,32$; NS).

Considérant les situations de pertes et de séparations, les profils diffèrent légèrement d'un groupe à l'autre. Les deuils difficiles se retrouvent chez une part importante de la population interrogée (MA = 78 % et C = 65 %; $\text{Chi}^2 = 1,26$; NS). Les malades Alzheimer signalent que leur passage à la retraite a été vécu un peu plus négativement et a suscité plus de troubles physiques et/ou psychiques (MA = 27 % et C = 16 %; $\text{Chi}^2 = 0,83$; NS).

En référence au contexte culturel, un nombre équivalent de sujets confirment l'existence d'une forme de

Tableau 1 Répartition du nombre d'événements de vie difficiles vécus parmi les deux groupes de sujets étudiés.

Nombres d'événements de vie difficiles	Malades Alzheimer n = 59 (%)	Contrôles n = 31 (%)	Chi ²	p
< 2	14	35	5,87	< 0,05
2 ou 3	58	48	0,70	NS
> 3	29	16	1,15	NS

¹ Les sites collaborateurs à cette étude sont les suivants : Macon : Dr Menecier, Dr Afifi ; Nancy : Dr Martellina ; Nantes : Dr de Brucq ; Saint-Étienne : Pr Terra, Pr Sagne ; Pont-de-Vaux : Dr Petitbon ; Thoisy : Pr Ploton ; Dijon : Melle Poillot ; Brescia (Italie) : Pr Cristini.

Tableau 2 Part d'événements de vies identifiés parmi les deux groupes de sujets étudiés.

Évènements de vie	Malades Alzheimer n = 59 (%)	Contrôles n = 31 (%)	Chi ²	p
Placement avant l'âge de 10 ans	24	0	7,72	< 0,01
Difficultés dans la petite enfance	14	19	0,52	NS
Deuils périnataux	24	16	0,32	NS
Antécédents psychiatriques familiaux	34	1	5,06	< 0,05
Changement de lieu de vie	41	45	0,03	NS
Accumulation d'échecs	19	16	0,00	NS
Passage à la retraite difficile	27	16	0,83	NS
Deuils importants	78	65	1,26	NS
Situations d'abandon	12	9	0,00	NS
Antécédents personnels	15	19	0,25	NS
Foi et/ou adhésion philosophique	68	68	0,00	NS
Prière	19	42	5,64	< 0,05
Culte	15	32	0,47	NS

foi et/ou d'adhésion philosophique (MA = 68 % et T = 68 % ; Chi² = 0 ; NS). Ce qui diffère entre les deux groupes, et ce, en faveur des sujets contrôles, sont : la pratique de la prière et du culte (pratique de la prière : C = 42 % et MA = 19 % ; Chi² = 5,64 ; p < 0,05 et la pratique du culte C = 32 % et MA = 15 % ; Chi² = 0,47 ; NS).

Discussion

Impact des événements de vie difficiles chez la personne âgée

Quatre-vingt seize pour cent des personnes interrogées ont répondu favorablement à au moins un des items. Tout un chacun est susceptible d'être confronté, au cours de sa vie, et qui plus est avec l'avancée en âge, à un événement de vie difficile. Ce pourcentage peut signifier que les items sont indépendants d'un type de personnalité ou d'un mode de vie particulier.

Des tendances apparaissent au travers de nos résultats, mais il n'y a pas de prévalences significatives en faveur des sujets souffrant de la maladie d'Alzheimer. Les sujets de ce groupe semblent avoir cumulé un nombre plus important d'événements qualifiés de « difficiles » au cours de leur vie. Cela va dans le sens des hypothèses de Persson et Skoog [20], où un nombre cumulé de facteurs psychosociaux pourrait accroître le risque de développer des troubles cognitifs.

La notion de lien entre événements de vie, vécus récemment par le sujet, et le processus dégénératif est également évoqué par les familles [2]. Les événements traumatiques sont alors souvent décrits comme causes explicatives du début de la pathologie ou comme facteurs aggravants. Ils seraient relatifs à des situations de pertes, de stress intenses, de traumatismes et à haut potentiel dépressogène.

Impact des événements relatifs à l'enfance

L'enfance est une période des plus importantes, par son rôle dans le développement de la personne et notamment en ce qui concerne la constitution du narcissisme.

Dans ce travail, deux éléments apparaissent comme nécessaires à considérer. Il s'agit des séparations précoces et de l'environnement familial, plus particulièrement maternel, dans lequel l'enfant vient au monde.

Les résultats mettent en évidence que les séparations précoces induites par le placement en bas âge est vécu majoritairement par les sujets souffrant de maladie d'Alzheimer. Ce qui va dans le sens des hypothèses de Clément pour qui la maladie d'Alzheimer serait apparentée à une maladie de l'identité prenant son origine dans des expériences infantiles de séparations [3].

Dans cette étude, la présence de deuils périnataux est légèrement supérieure chez les malades. Ces deuils peuvent induire une dépression maternelle influant sur le lien primaire à l'enfant. La présence de pathologie psychiatrique et/ou de vulnérabilité psychique, qui est majoritairement évoquée par les sujets du groupe malades Alzheimer, peut également avoir des conséquences néfastes sur ce lien.

Dans la maladie d'Alzheimer, l'angoisse d'abandon prédomine. La crainte d'être oublié de l'autre est la résurgence d'anciennes blessures infligées au Moi, non élaborées, « un oubli » par les parents. Green a développé le concept de « mère morte » [8] qui correspond au processus par lequel l'image d'une mère vivante et aimante se transforme pour l'enfant en une figure lointaine quasi-inanimée. La mère si elle demeure bien en vie est psychiquement morte, accaparée par la dépression et la souffrance. Elle va désinvestir l'enfant, celui-ci faisant alors l'expérience de la perte d'amour maternel.

Myslinski évoque l'existence d'événements dans la petite enfance qui ont en commun le dénominateur de « l'insensé d'un changement incompréhensible de l'attitude parentale à l'égard de l'enfant » [19]. Cet « insensé » s'inscrit dans la psyché comme une intolérable froideur des parents à l'égard de l'enfant, impossible à intégrer psychiquement. Ces inscriptions précoces vont placer le fonctionnement psychique du sujet sous le primat du doute quant à l'amour de tout objet, source d'angoisse d'abandon et de souffrances narcissiques. Cette fragilité narcissique induite va favoriser le développement de modalités relationnelles de type

anaclitique et surtout marquer le narcissisme d'une extrême sensibilité aux situations traumatiques.

Les pertes liées au vieillissement

La charge psychique du vieillissement va être augmentée par l'ensemble des pertes subies au cours de cette période : déclin physique, pertes d'objets réels et symboliques, induisant une fragilisation de l'être dans son entier [6] et nécessitant sans cesse un réajustement de l'équilibre interne de la personne. Pour Léger et De Rekeneire [16], c'est surtout un événement de type « perte » qui est en cause chez l'âgé. Les aidants font également référence à un événement de ce type, qu'il s'agisse d'une perte réelle ou symbolique (la retraite par exemple), comme précurseur de la maladie [2].

Une des pertes interrogée dans ce travail est la cessation de l'activité professionnelle, les résultats apparaissent non significatifs. Cependant, à travers leurs réponses, les malades Alzheimer signalent un vécu et des répercussions physiques et/ou psychiques un peu plus négatives que le groupe témoin.

Le passage à la retraite va induire une perte des rôles sociaux et nécessiter un travail de deuil. Le remaniement auquel la personne va être confrontée dépend de la quantité, plus ou moins importante, d'images narcissiques que son travail lui fournissait. Les sujets vont investir de l'énergie dans l'activité professionnelle et lorsque ces objets d'investissement sont perdus, cette énergie auparavant absorbée dans ces tâches se libère et devient flottante, pouvant générer des angoisses diffuses : angoisses du vieillissement, angoisse de mort. Dans les sociétés contemporaines, la régulation par l'attribution de nouveaux rôles sociaux (transmission aux plus jeunes...) tend à devenir absente ; ce qui entraîne un déséquilibre interne pouvant induire un « désétayage grave de la personne âgée par le social » [10].

Un facteur protecteur ?

Une étude [7,15] a dégagé qu'à un niveau plus élevé de religiosité et de pratiques religieuses privées correspond, d'une manière significative, un taux de déclin cognitif ralenti. Les résultats obtenus tendent à renforcer ce constat. La présence d'une forme de foi et/ou d'adhésion philosophique est équivalente entre les deux groupes, cependant, les sujets indemnes de pathologies cognitives expriment une pratique de la prière et du culte supérieur aux sujets souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Des liens ont été mis en évidence entre religion et mortalité [12,14,18]. Les personnes présentant une forme de foi et/ou d'adhésion philosophique posséderaient une espérance de vie plus importante, une meilleure santé mentale et physique ainsi qu'un bien être plus marqué. Cela trouverait son origine dans une combinaison de facteurs : la persistance du sentiment d'identité, des rôles sociaux et du sens donné à la vie. On peut également émettre l'hypothèse que la pratique d'une forme de foi et/ou d'adhésion philosophique a toujours sous-tendu l'interprétation et le mode de réaction que les sujets ont manifesté face aux événements difficiles. La persistance d'un réseau social et le fait

de ne pas vivre seul amplifieraient cet effet positif sur la santé.

La bascule démentielle

L'appareil psychique va évoluer par crises. Celles-ci vont être provoquées autant par le dehors (perte d'objet) que le dedans (perte de soi) et déstabilisent l'organisation du Moi jusqu'à ce que celui-ci parvienne à se réorganiser, généralement à un niveau inférieur au précédent. Pour survivre, le sujet doit être capable de faire des deuils et « le deuil qu'il faut bien faire, c'est celui de soi-même » [11].

Cependant, il est des pertes dont on ne se remet pas. On peut émettre l'hypothèse que leurs élaborations dépassent les capacités restantes du sujet, celles-ci pouvant déjà être entachées par des lésions cérébrales et différents facteurs pathogènes (événements de vie délétères...). Le sujet pourrait alors faire le choix inconscient d'une bascule vers un fonctionnement mental de secours, forme de défense ultime de l'autoconservation. Il s'agirait d'une forme de défense paradoxale où le désinvestissement du préconscient permettrait d'éviter de penser à la mort à venir.

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

Biais et limites de ce travail

Il s'agit d'une étude exploratoire de petite envergure, qui par sa taille et par le nombre insuffisant de sujets témoins, ne permet pas de tirer de conclusions, mais d'ouvrir sur des pistes de recherches complémentaires, concernant des particularités propres aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Cette étude comparative a dû faire face à une difficulté méthodologique évidente : la constitution d'un groupe témoin. Les sujets sélectionnés ne présentaient pas de troubles cognitifs au moment où ils ont été interrogés, ce qui malheureusement n'exclut pas une apparition ultérieure. La notion de population témoin est toujours biaisée par le fait que nul ne peut conclure avec certitude qu'un sujet est exempt de risque de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Plusieurs auteurs s'interrogent sur l'impact des deuils dans la maladie d'Alzheimer. Dans le questionnaire, la présence de deuils douloureux a été évaluée mais sans spécifications particulières. Les résultats tendent à indiquer une forte présence de ce type d'événements dans l'ensemble de la population observée. Ce constat met en lumière une limite de ce travail, l'âge moyen des sujets interrogés induit une forte probabilité de vécu de deuils particulièrement douloureux, comme la perte des parents.

Un biais générationnel apparaît dans la constitution des deux groupes. Les témoins présentent une moyenne d'âge de neuf ans inférieure à celle du groupe malade Alzheimer. Cela peut venir biaiser les réponses données à certains

événements de vie. Les malades Alzheimer sont nés autour de 1924 et les témoins autour de 1933, on pense alors aux perturbations engendrées par la première guerre mondiale sur l'environnement familial dans lequel les sujets malades ont été élevés. De même lors de la guerre 1939–1945, les sujets n'ont pas vécu psychiquement cet événement de la même manière puisque les malades avaient en moyenne 15 ans et les témoins six ans. Cependant, pour l'ensemble des autres items, on peut imaginer qu'une telle différence d'âge n'introduise pas un effet notable de génération, au plan culturel et au plan des événements de la vie adulte.

Ce travail ne repose que sur les déclarations des personnes interrogées. La possibilité laissée à l'aidant principal de répondre, lorsque le malade n'a plus les capacités nécessaires de communication et de remémoration peut induire un biais. Même si ces personnes sont extrêmement proches, puisqu'il s'agit le plus souvent d'un époux(se) ou d'un enfant, elles peuvent parfois ne pas se souvenir, ne pas savoir, notamment vis-à-vis des événements ayant eu lieu avant leur présence dans la vie du sujet. Surtout, elles apportent une appréciation subjective concernant le vécu de la personne vis-à-vis de certains événements, pouvant induire une minimisation ou une exagération de l'impact réellement éprouvé. À l'exemple de l'item concernant le vécu lors du passage à la retraite, l'aidant peut au mieux exprimer ses propres ressentis à l'égard de ce que la personne a laissé paraître, mais il ne peut en aucun cas exprimer l'impact réellement éprouvé.

Conclusion

La clinique alzheimerienne met en avant une clinique du deuil impossible, une incapacité pour le sujet à faire les deuils auxquels il est confronté avec le vieillissement. Mais cette incapacité ne peut être que la continuité d'un fonctionnement psychique préétabli. Elle renvoie aux liens avec les objets d'origine, à l'apprentissage de la séparation et à la qualité de l'internalisation de ces objets, socle du narcissisme. Le vieillissement pourrait alors être compris comme une « continuité de la vie psychique où l'on pourrait métaphoriquement comprendre que les couches les plus récentes reposent sur des strates plus anciennes et ainsi des difficultés survenues au cours du troisième âge ne peuvent s'expliquer, se comprendre et se traiter que si l'on a la possibilité de prendre en compte les difficultés antérieures » [13].

Les résultats de cette étude ont mis en évidence l'existence de fragilités dans l'enfance pouvant interroger les capacités du sujet à faire face aux situations de séparations et de deuils. Plusieurs événements relatifs à l'enfance sont apparus significatifs chez les malades Alzheimer, événements qui ont en commun une rupture, une atteinte du lien aux objets parentaux : les situations de placements et la présence d'antécédents familiaux psychiatriques et/ou de vulnérabilités psychiques.

Cette étude amène à considérer la présence de facteurs protecteurs, ici sous la forme d'un haut niveau de religiosité et/ou d'adhésion philosophique. On peut alors s'interroger sur l'importance de conserver toute sa vie un maintien des liens sociaux et un soutien moral et intellectuel face aux difficultés rencontrées.

L'approche psychodynamique de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés reste un champ peu investi. Elle permet, cependant, d'apporter un regard clinique, essentiel à une compréhension globale de cette maladie.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd ed (DSM-III, 1980), 3rd ed Revised (DSM-III-R, 1987), 4th ed (DSM-IV, 1994), 4th ed Text- Revised (DSM-IV-TR, 2000). Washington: APA.
- [2] Charles E, Bouby-Serieys V, Thomas P, et al. Relation entre événements de vie, traumatisme et démence ; étude ouverte portant sur 565 patients déments. *Encéphale* 2006;32(5 Pt 1):746–52.
- [3] Clément JP. Le processus démentiel : un naufrage ou une chance? *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 2000;37(4):20–3.
- [4] Clément JP, Darhout N, Nubukpo P. Événements de vie, personnalité et démence. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2003;1(2):129–38.
- [5] Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini Mental State. A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res* 1975;12:189–98.
- [6] Freud S. Deuils et mélancolie. In: Freud S, editor. *Métapsychologie*. Paris: Gallimard; 1968. p. 145–71.
- [7] Gardner A. Spirituality may slow Alzheimer's. www.HealthdayNews.com; 2005.
- [8] Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris: Les éditions de Minuit; 1983.
- [9] Gualdo-Magaud N. La maladie d'Alzheimer : question sur la recherche illustrées par le programme Alzheimer banque d'observation de recherche et de données (Abord). Lyon: Thèse de médecine, Faculté de médecine Alexis Carel; 2001.
- [10] Guillaumin J. Le temps et l'âge. Réflexions psychanalytiques sur le vieillir. In: Guillaumin J, Reboul H, editors. *Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement*. Lyon: Chronique sociale; 1982. p. 63–9.
- [11] Herfray C. Vieillesse : identité, deuil et castration. *Bull Psychol* 1985;370(38):523–31.
- [12] Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, et al. Religious involvement and US adult mortality. *Demography* 1999;36(2): 273–85.
- [13] Janin C. *Figure et destins du traumatisme*. Paris: PUF; 1996.
- [14] Kaufmann Y, Anaki D, Binns M, et al. Cognitive decline in Alzheimer disease: impact of spirituality, religiosity, and QOL. *Neurology* 2007;68(18):1509–14.
- [15] Landfield PW, Eldridge JC. The glucocorticoid hypothesis of brain aging and neurodegeneration: recent modifications. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1991;125(Suppl. 1):54–64.
- [16] Léger JM, De Rekeneire N. Stress, émotions et troubles organiques : une chaîne infernale à bien connaître chez le sujet âgé. *Psychol Med* 1992;24(4):382–4.
- [17] Lordi B, Protais P, Mellier D, et al. Acute stress in pregnant rats: effects on growth rate, learning and memory capabilities of the offspring. *Physiol Behav* 1997;62(5):1087–92.
- [18] Musick MA, Herzog AR, House JS. Volunteering and mortality among older adults: findings from a national sample. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999;54(3):S173–80.
- [19] Myslinski M. La démence : échec-réussite de l'abandon pour s'en remettre. In: Grosclaude M, editor. *Psychothérapie des démences*. Paris: John Libbey Eurotext; 1996. p. 99–104.

- [20] Persson G, Skoog I. A prospective of psychosocial risk-factors for late onset dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:15–22.
- [21] Ploton L. *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage*. Lyon: Chronique sociale; 2004.
- [22] Ploton L, Gaucher J. *ABORD: Alzheimer, bank of observations researchs and data*. Chicago: Systed; 1997.
- [23] Ploton L, Gaucher J, Israel L, et al. *ABORD: Alzheimer, bank of observations researchs and data*. Jerusalem: Eighth congress of the International Psychogeriatric Association (IPA); 1997.
- [24] Ploton L, Gualdo N, Gaucher J, et al. Retrospective study of vulnerability criteria for late adulthood depressions and Alzheimer type dementias: the ABORD program. *International association of gerontology, XVIIth World Congress of Gerontology, Vancouver, 2001*.
- [25] Roceri M, Cirulli F, Pessina C, et al. Postnatal repeated maternal deprivation produces age-dependent changes of brain-derived neurotrophic factor expression in selected rat brain regions. *Biol Psychiatry* 2004;55(7):708–14.
- [26] Sapolsky RM. Why stress is bad for your brain. *Science* 1996;273(5276):749–50.
- [27] Snowdon DA. Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study. *Ann Intern Med* 2003;139(5 Pt 2):450–4.
- [28] Vignat JP, Ploton L, Guillaud-Bataille JM, et al. Mise au point d'un dossier standardisé des états démentiels de la personne âgée. *Rev Fr Psychiatr* 1987;5(8):22–7.