





Le titre de cette journée a quelque chose de familier et de dérangent à la fois. Que ce soit dans le dualisme ou en faisant du psyché-soma une entité spécifique, il est d'usage de rapprocher corps et psyché mais plus inhabituel de penser que leur couple finit toujours par se séparer, en ignorant pour lequel des deux ce sera un soulagement ou une épreuve et si vieillir ensemble sera long, agréable ou douloureux.

Dans la mythologie, Vénus empêche sa rivale Psyché de séduire son fils Cupidon et Psyché se voit imposer quatre tâches impossibles avant de parvenir à s'unir à lui. Il y a dans les péripéties de cette légende où Psyché et Cupidon se cherchent et se repoussent, s'épient et se dissimulent, et dans les travaux nécessaires pour surmonter ces obstacles, quelque chose du destin d'un couple psyché-soma où chacun serait pour l'autre un inconnu familier mais inaccessible. La psyché éprouve l'opacité du corps, elle en subit l'indépendance et la rébellion, bref son impuissance "*à réparer des ans l'irréparable outrage*". Pour sa part, le corporel est soumis à des lois auxquelles la vie psychique échappe, comme pour mieux troubler son repos nocturne par le cauchemar, perturber ses fonctions ou les détourner en les sexualisant.

De même que les travaux imposés à Psyché retardent son union avec Cupidon mais en sont la condition, la psychisation des expériences corporelles et des affects requiert le travail des processus mentaux, notamment la double contrainte de la temporalité et de la logique des processus secondaires.

Mais ce qui rapproche notre thème du mythe antique, c'est aussi l'amour et ce que dans notre mythologie moderne, aux côtés du psyché-soma et de l'objet, nous nommons la pulsion. Aimer c'est désirer connaître, y compris lorsque la connaissance que l'amour nous donne de l'objet élargit encore la part inconnue de cet être. Le psychosexuel est à la fois le promoteur, l'opérateur et le véhicule de cette connaissance. C'est lui qui soutient le travail de liaison, de représentation et de fantasmatisation. Comme le montre la question faisant le titre

de cette journée, notre représentation du psyché-soma puise dans la capacité du psychosexuel de domestiquer l'inconnu et l'imprévisible, fut-ce par l'illusion. De là à faire du psyché-soma un couple dont les fantasmes originaires gouverneraient le destin, en nous présentant le vieillissement comme l'accomplissement de la menace de castration, telle maladie comme une vengeance ou la mort comme le retour dans le corps de la Terre-Mère, il n'y a qu'un pas. Mais je ne le franchirai pas.

A s'emparer trop vite de cette image de couple, on risque de se représenter l'association psyché-soma sur le modèle du lien interpersonnel. Or si la référence au mythe de Psyché a ici quelque pertinence, c'est justement parce que l'idée de couple ne s'y donne pas comme une évidence mais qu'elle reste en grande partie à l'état de projet. Ce qui nous intéresse, dans une gérontologie s'inspirant de la psychanalyse, ce sont les moments, les situations et les crises somato-psychiques qui nous révèlent d'une part l'irréductible trait d'union séparant corps et psychisme, d'autre part le travail faisant de cet écart quelque chose de psychique, qui du même coup le transforme.

J'en étais là de ma réflexion, à me demander si l'idée de lien n'était pas de trop, quand Catherine ROOS m'a rappelé qu'au programme culturel de notre journée nous avions cette année un duo vocal. Quelle meilleure illustration donner de l'intégration du psyché-soma par rapport à la dualité du corporel et du psychique, comme d'une intégration non pas acquise une fois pour toutes mais en formation tant au niveau physique qu'affectif et mental ? En outre, par opposition au couple, le duo est du genre neutre. Ce qui le caractérise, ce n'est pas un choix objectal, un investissement à la fois sexualisé et réciproque, mais un travail commun transformant le travail de chacun en une création qui les intègre. C'est pourquoi ma conception du psyché-soma mettra plus l'accent sur l'intégration que sur le lien.

WINNICOTT n'a pas étudié autre chose chez les enfants. Il a montré comment, dans la position dépressive, l'écart du psyché-soma devient successivement douloureux et réparateur, comment il peut aussi engendrer la confusion ou une série de défenses, comportementales ou mentales, visant à ignorer ou à nier cet écart. C'est ce qu'il nomme l'intégration, la désintégration et la dissociation. Des expériences qui se retrouvent dans la clinique des sujets âgés et dont je voudrais souligner la plus extrême, celle qu'il a nommée l'angoisse d'effondrement, parce qu'elle est le prototype de l'irreprésentable, de ce qui échappe aux possibilités d'intégration du psyché-soma et ne peut que le faire éclater ou le cliver.

L'angoisse d'effondrement, c'est d'abord la menace de l'effondrement du psyché-soma par l'atteinte de ce qui en est le support, la fonction et l'expression propres, à savoir la pensée. La pensée suppose un cerveau sain et un self en contact avec la vie corporelle, ce que WINNICOTT appelle le vrai-self, tandis que le faux-self est du côté de l'intellect.

Voilà qui introduit les travaux de Madame Marion PERUCHON, notre conférencière, sur la clinique de la pensée du dément et son indissociable complément qu'elle nomme "le pôle perceptivo-affectivo-moteur". Car ce que je viens de dire de la pensée vaut aussi pour l'affect : il peut être intégré à la pensée, au point de valoir pour un acte psychique ou perdre toute valeur signifiante, cognitive ou non, et "*se trouver ramené à quelque chose de l'ordre d'une sensation ou de l'éprouvé corporel*". C'est le cas dans l'angoisse d'effondrement qu'on a tôt fait de charger de représentations mais qui n'est que béance et vide de sens.

L'angoisse d'effondrement est la forme la plus précoce et la plus extrême de cette dépsychisation qui est à la désintégration du psyché-soma ce que la démentalisation est à la désorganisation somatique, à savoir sinon l'origine, du moins la cause. Ces atteintes représentent du même coup deux détournements de la fonction de l'affect qui font basculer son rôle de promoteur du travail d'intégration en celui d'agent de désintégration. A l'extrême, la démentification ramène l'affect au niveau d'une excitation survenant sur une psyché ayant perdu toute contenance, c'est-à-dire sa capacité de différencier ses topiques et dans un corps dont l'autonomie des fonctions se défait.

Marion PERUCHON, Maître de Conférence en Psychologie Clinique et Psychopathologie à l'Université René Descartes-Paris V, vous avez écrit, seule ou avec Gérard LE GOUES, dans le début des années 90, une série d'articles sur la pensée et la vie affective du dément qui ont profondément marqué de leur empreinte la manière dont nous tous concevons les soins de ces patients.

Vous avez fait paraître en 92, avec Annette THOME, un premier livre intitulé *Destins ultimes de la pulsion de mort*, dont vous avez rédigé les chapitres consacrés aux aspects économiques du vieillissement et de ses pathologies, en soulignant la fonction liante des délires tardifs et au contraire la déliaison caractérisant la démence, la mélancolie et le suicide.

En 94, vous avez publié *Le déclin de la vie psychique. Psychanalyse de la démence sénile*, dont je ne relèverai qu'un élément illustrant bien la grande portée clinique et théorique de ce



travail : c'est la notion d'hallucination mnésique, pièce maîtresse d'une conception psychopathologique restituant au patient dément les traces affectives de son passé et les ressources restantes de son préconscient. Elle vous a conduit à distinguer démences riches et démences pauvres, les unes et les autres faisant régressivement intervenir l'affect et le corps.

Parallèlement, vous avez participé aux côtés de Michèle GROSCLAUDE à l'aventure des colloques strasbourgeois *Psychothérapies des Démences*, comme organisatrice et comme auteur. Vous avez ainsi publié dans les actes de ces colloques des études approfondissant la question de la démentification et de la démentalisation. Vous y opposez la démentalisation renvoyant à une insuffisance des moyens du préconscient pour transformer les excitations pulsionnelles en phénomènes mentaux, et la démentification comme destruction progressive des ressources de ce même préconscient. Une étude qui s'inspire notamment de l'école psychosomatique de Paris et de l'œuvre de Pierre MARTY.

On retrouve cette référence dans une de vos publications les plus récentes intitulée "Psychopathologie de la sénescence", parue dans le numéro de Février 2002 de *Psychiatrie Française*. Un travail qui pose admirablement les problèmes théoriques et cliniques actuels de la gérontopsychiatrie.

L'enracinement de votre pensée dans la conception psychanalytique du psyché-soma, dans la familiarité d'auteurs tels que MARTY, GREEN, SMADJA, les BOTELLA, etc., faisait de vous la clinicienne et la théoricienne la mieux placée pour traiter du thème de cette journée et je vous remercie, au nom de tous, d'avoir répondu à l'invitation de l'ARAGP.

**Pierre-Marie CHARAZAC**

**Trésorier de l'A.R.A.G.P.**

# SOMMAIRE

**Les compétences somato-psychiques à la sénescence.....** Page 5  
**Etude psychanalytique.**  
*Marion PERUCHON*

**"Mais qu'est-ce que je fais au milieu de ces vieux ?" .....** Page 18  
**Mme X., 95 ans, hospitalisée en gériatrie pour défaillance cardiaque.**  
*Brigitte COMTE*

**"Maladie et/ou travail du vieillir, quelle voie possible ?" .....** Page 23  
*Catherine ROOS*

**Un exemple de remise au travail de l'équilibre psycho-somatique .....** Page 35  
**dans le grand âge : la rétropulsion à début brutal.**  
*Nicolas LEPINE*

**Quand le corps porte la souffrance.....** Page 45  
*Christine CORSINI*

**Deuil partiel, deuil total .....** Page 57  
*Jean-Marc TALPIN*

**Musiques... ..** Page 67

## Les compétences somato-psychiques à la sénescence. Etude psychanalytique.<sup>1</sup>

*Marion PERUCHON\**

La clinique de la sénescence - comme d'ailleurs toute clinique – ne peut se montrer que psychosomatique, ainsi en est-il pour le bébé. Il est difficile de parler en termes de causalité psychique a fortiori dans la clinique de la personne âgée où des désordres somatiques y sont le plus souvent imbriqués.

D'autre part, on sous-estime encore trop l'intérêt de la clinique du vieillard pour l'éclairage du champ psychosomatique et sans doute aussi ne prenons-nous pas assez en considération les découvertes actuelles de la science psychosomatique en vue de mieux appréhender la dernière étape de la vie.

Avec ses avancées récentes dans le champ psychosomatique, la psychanalyse freudienne propose des éléments de réponse à la question psyché-soma en affirmant **son unicité**. Rappelons que sa théorie qui part de la clinique et est sans cesse interrogée par elle, se fonde sur le concept clé de pulsion qui s'ancre dans le corporel. C'est donc un modèle de la genèse du psychisme à partir du somatique.

En outre, cette approche s'inscrit dans **le modèle de l'hypercomplexité** : le sujet, être psychosomatique et intersubjectif, se construit par l'intermédiaire de l'objet à l'origine de l'investissement de soi et de l'autre – objet qui, nous le savons, lie la pulsion. Ainsi le psychique, se montre-t-il ni coupé du corps, ni d'autrui et ni de la culture.

Excluant une causalité linéaire forcément réductrice, le modèle de l'hypercomplexité s'avère donc une nécessité pour la compréhension clinique du sujet. Rappelons que la psychanalyse est une **théorie globale du psychisme** qui s'étaye sur le soma en se développant à partir de la pulsion via l'affect, les représentations et plus tard la pensée, en tissant des relations de plus en plus complexes - celles-ci au fur et à mesure de son évolution s'éloignant du corporel (A. GREEN, 1994).

---

<sup>1</sup> Cette communication reprend partiellement deux articles de l'auteur : de 1999 et de 2002 (cf. bibliographie).

\* *Maître de conférences à Paris V. Laboratoire de Psychologie Clinique et Pathologique. Centre Henri Piéron, 71 avenue Edouard Vaillant, 92100 - Boulogne*

Rejoignant la pensée de Christian DEJOURS qui s'attèle à celle de certains biologistes contemporains, nous dirions comme lui que : « *Le psychique opère essentiellement en instaurant des décalages successifs par rapport aux **déterminations biologiques**. La spécificité du psychique se constitue par un mouvement d'affranchissement ou d'émancipation par rapport à la pesanteur biologique (...); cette émancipation étant toujours limitée et précaire* » (C. DEJOURS, 1994, p.95).

En effet, cette émancipation concernant les processus mentaux peut être mise à rude épreuve lors de situations traumatiques par exemple et/ou à certaines périodes de la vie comme dans la vieillesse. Il n'est pas rare alors de constater un affaiblissement, une dégradation voire un effondrement des niveaux psychiques supérieurs redonnant une prévalence aux déterminations biologiques ou au dysfonctionnement physiologique.

C'est là qu'intervient également **la personnalité** du sujet avec sa singularité propre et ses compétences en matière psychosomatique. Et si, dans la vieillesse, ces déterminations biologiques se montrent d'autant plus prégnantes que la psyché s'aplatit ou se détruit, dans d'autres cas, ces déterminations biologiques sembleraient passer au deuxième plan.

On l'aura compris, nous nous situons du côté du monisme psyché-soma ainsi que du côté de l'hypercomplexité qui affirme entre cerveau et psychisme – à l'instar de JEANNEROD et PROCHIANTZ – une interaction mutuelle où l'un et l'autre s'influencent réciproquement ; et si « *le cerveau n'est jamais fini, s'il reste toujours soumis à des modifications morphologiques qui portent la trace de l'histoire de l'individu, de son rapport au milieu, de sa mémoire* » (A. PROCHIANTZ, 1998), nous nous inscrivons aussi dans **l'hétérogénéité du fonctionnement somato-psychique**, c'est-à-dire que l'activité psychique ne se développe pas, ne s'organise pas comme le fonctionnement corporel. Nous avons donc affaire à deux ordres de phénomènes hétérogènes, deux logiques ou deux dynamiques différentes à partir d'un même substrat, le soma (I. BILLIARD, 1994). Nous sommes dès lors confrontés à un langage différent. A nous de trouver des articulations possibles, à nous d'envisager des concepts susceptibles de nous ouvrir quelques portes face à notre incompréhension.

**Le concept freudien de pulsion**, à la limite du soma et de la psyché, situé au fondement même de la vie psychique et source de complexification croissante chez l'être humain, offre, avec ses concepts satellites, un modèle heuristique de premier choix qui nous retiendra ici tout au long de cet exposé.

## Pour une théorie somato-psychoanalytique du vieillissement.

### Concepts clés

Abordons cette conception qui se fonde sur la pulsion au carrefour du soma et de la psyché et voyons en quoi ces concepts, interdépendants, contribuent à cerner la clinique psychosomatique du sujet âgé .

Energie déjà psychisée, la pulsion, enracinée dans le soma, ne peut se passer de l'objet pour se satisfaire. **La pulsion et son objet** forment donc un tandem où l'objet qui lie la pulsion (A. GREEN, 1986) la maintient qualifiée libidinalement ou agressivement (A. POTAMIANOU, 1994).

Que devient cette pulsion dès lors que les objets viennent à se raréfier ou à disparaître (objets objectaux ou sublimés) comme cela peut s'observer dans l'âge avancé ? N'aurait-elle pas tendance à retourner à cette **énergie indifférenciée** (FREUD, 1923), à une **excitation mortifère** fort coûteuse pour l'économie psychosomatique, s'apparentant à l'excitation traumatique qui crée de sérieux dégâts tant psychiques que somatiques ?

En outre, si la pulsion ne peut faire l'économie de l'objet qui la lie – que cet objet soit matériel (un être cher par exemple) ou symbolique (les représentations) – elle ne peut se déprendre de cette dimension essentielle qui la sous-tend, **l'investissement**. Or que devient cette pulsion lorsqu'elle se voit happée par **le processus de désinvestissement** qui ne nous est pas inconnu dans certaines problématiques de la vieillesse ? Que devient cette énergie somato-psychique en l'absence d'objet à investir ou dénuée de désir d'investissement ?

Sans doute avons-nous fait insuffisamment de place au **désir**, à cet « *investissement du représentant psychique sur les traces de la représentation d'objet* » (A. GREEN, 1997, p.41), à ce désir qui promeut et entretient l'activité psychique. Sans doute avons-nous fait insuffisamment de place à **sa force constructrice ou à sa force destructrice**, voire auto-destructrice. Le désir de tout désinvestir, comme dans le syndrome de glissement par exemple, ne crée-t-il pas de catastrophiques ravages au niveau du moi, de la psyché et du soma ? La force libérée, débondée, par le désinvestissement massif ou la déliaison pulsionnelle semble retourner à **l'excitation**, à cette énergie indifférenciée qui cause de terribles ravages somato-psychiques.

Nous avons également fait trop peu de place à **l'affect** avec sa double valence psychique et physiologique – comme le pense aussi André GREEN (1994) – à cette traduction pulsionnelle qui, par l'intermédiaire de l'objet, se maintient qualifiée.

**La pulsion de vie avec Eros, vecteur auto-organisant, et la pulsion de destruction, vecteur auto-désorganisant**, ou le mouvement intégrateur progressif et la dimension désintégratrice mortifère demeurent les bastions incontournables qui, liés à des degrés divers, restent toujours plus ou moins en équilibre instable (B.ROSENBERG, 1989).

Qui parle de pulsions ne peut pas ne pas se référer au système des **fixations/régressions** d'ailleurs auto-organisant (G. et S. PRAGIER, 1990) et liant et dont la valeur heuristique n'est plus à prouver.

Toute **régression**, mue par la pulsion de destruction, induit un point de fixation qui, en tant qu'arrêt du parcours rétrograde, limite les effets de Thanatos et donc la désorganisation.

La **fixation** représente donc un cran d'intrication pulsionnelle face au vecteur régrédiend désintriquant. Qui plus est grâce à l'objet qu'elle inclut, la fixation détient une valeur positive puisqu'elle évince la désobjectalisation (A. GREEN, 2000). Autrement dit, le retour de la libido sur un objet familier indique la valence intrinsèquement objectale et positive de cette régression.

D'autre part, cette régression qui s'inscrit dans le cadre d'une mentalisation suffisante (P. MARTY, 1976) – mécanismes psychiques qui prennent en charge la conflictualité et les impacts traumatiques – s'oppose à la désorganisation (P. MARTY, 1980). Mais nous verrons que les choses se révèlent encore plus compliquées que cela. Réparatrice ou limitant les impacts négatifs, cette régression vient compenser les manques dépressivogènes ou les pertes traumatogènes et comme l'objet sur lequel elle s'étaye est satisfaisant, elle autorise en général un renforcement narcissique.

La régression est ainsi sous le signe du lien (C. LE GUEN, 2001), lien avec l'objet, lien avec le passé, lien avec son histoire (B. ROSENBERG, 1997) et avec sa subjectivité (DUPARC, 1997). C'est dire aussi qu'elle maintient l'identité; d'où son importance à la sénescence.

**L'échec de cette régression (absence de point de fixation) aboutit en général à la désorganisation**, fruit de la pulsion de destruction. Cette dernière efface ou fait voler en éclats l'organisation psychique du sujet avant qu'elle n'atteigne le soma (P. MARTY, 1980, 1989). Autrement dit, la régression est antinomique de la désorganisation.



Cette pulsion de destruction a quelque chose à voir avec **le trauma**. Véritable effracteur du moi qui libère des excitations mortifères, le trauma peut être à la source même de cette désorganisation comme d'ailleurs de la régression (A. FINE, 2001) mais la régression, en raison de la fixation qu'elle implique, fait obstacle à la poursuite du mouvement régrédié. L'état traumatique circonscrit le vide psychique ou l'absence de contenu représentationnel (C. et S. BOTELLA, 1998) ; il serait à rapprocher de la désorganisation (P. MARTY, 1980, 1989). Et l'une des mesures défensives opérantes contre cette situation traumatique relèverait de l'hallucinoire. En effet, basé sur la satisfaction du désir et donc porteur d'Eros, l'hallucinoire lierait cette destructivité en combattant le chaos. En effet, cet hallucinoire maintient l'investissement et notamment l'objectalisation ; de ce fait, elle empêche la dégradation qualitative de la libido, via les excitations mortifères ; celles-ci, du côté du biologique, recouvriraient une énergie indifférente, non psychisée, qui débouche sur la somatisation (A. LE GUEN, 2001).

Nous nous proposons ci-après de saisir **quelques figures de la vieillesse au regard de la régression/fixation** en privilégiant l'axe de la régression narcissique – puisque vieillir corrobore fréquemment la diminution ou la réorientation des investissements objectaux favorisant plus ou moins le retour de la libido sur le moi – ceci à travers des tableaux cliniques fort différents, fonction du niveau évolutif atteint par le moi, et **dont on va pouvoir apprécier la valeur liante**.

### **Régression narcissique positive, régression narcissique négative et désorganisation.**

#### **\* Régression narcissique positive**

Cette régression, bénéfique pour le sujet, se base sur une fixation aux objets internes avec lesquels il se réobjectalise de façon privilégiée face aux objets externes qui s'estompent ou s'affaiblissent mais qui ne disparaissent pas. En effet, l'objet externe – qui a moins de poids qu'autrefois – vient remplir ici un rôle d'étayage pour le déploiement de ce mouvement narcissique, finalement relatif puisque cette réobjectalisation a tendance à être plus interne qu'externe.

Nous pensons par **exemple** à ce Monsieur de 80 ans qui évoque son passé fait de riches souvenirs face à des objets externes qui l'intéressent peu, avec lesquels il n'y a pas de véritables dialogues, et dont la singularité le laisse assez indifférent ; objets de la réalité

qui lui sont néanmoins indispensables pour remettre en route des réminiscences agréables dont il se gargarise face à ces « objets-témoins » ou « objets-prétextes » mis au service du narcissisme.

**Autre exemple** ayant trait cette fois à la croyance ; écoutons François MAURIAC nous dire : « *Rêvant de ma jeunesse, je songe qu'elle m'empêchait de rejoindre quelqu'un en moi dont pourtant elle ne me séparait pas (...). Quand j'étais jeune, même si aucune passion particulière ne m'occupait, cette rumeur d'une jeune vie suffisait à m'étourdir, à me divertir de ce Dieu que le silence et le vide intérieur me découvrent maintenant, et que je possède dans la mesure où je suis dépossédé de tout le reste* » (...) « *La source intérieure – ajoute-t-il – continue de sourdre et même elle jaillit plus haut : l'amour, au lieu de s'épandre comme autrefois à travers des créatures, se mesure à un objet démesuré* ». Et d'ailleurs : « *Croire, c'est être assuré de cette présence en nous. Croire cela occupe le vieux naufragé Robinson* ». (F. MAURIAC, 1985, p. 131)

Dans ces deux exemples, on constate la grande place accordée aux objets internes revitalisants et réobjectalisants. Si cette régression s'avère positive, c'est parce que l'objet interne suffisamment bon sur lequel elle s'appuie autorise un renforcement narcissique bénéfique et maintient la pulsion qualifiée.

Ici, la régression – aussi narcissique soit-elle – apparaît sous le signe du lien – avons-nous vu – lien avec le passé, avec son histoire, avec sa subjectivité et son identité ou tout simplement lien entre représentations. Liante et mentalisée, ce type de régression, en réalimentant libidinalement le sujet, canalise l'énergie en la maintenant pulsionnalisée. Et si la fonction objectalisante s'oriente plus vers les objets internes que vers les objets externes – ce qui au reste est le propre du narcissisme – jamais cette régression ne désinvestit la réalité externe en s'installant dans une coûteuse chronicisation. L'illustration de MAURIAC qui communique ses mémoires à des lecteurs potentiels en témoigne. Au mieux, à cette régression narcissique fait suite un mouvement progrédient.

Enfin, on aura compris que cette régression narcissique positive s'inscrit dans le cadre d'une mentalisation suffisante qui s'oppose à la désorganisation (P. MARTY, 1980, 1989) aussi longtemps que les déterminations physiologiques le permettront. FREUD soulignait, déjà en son temps, la dimension énergétique de ce processus (1923). Pierre MARTY pointait ses « significations vitales privilégiées » (1989) et Alain FINE la ramène à une véritable solution (1992).

### \* Régression narcissique négative

La régression narcissique que l'on qualifie de négative fait montre d'une libido nettement plus restreinte et moins intriquée. Loin de s'articuler aux objets internes, cette régression s'enlise ici sur le moi ou sur le corps, ceux-ci tenant lieu de palier de fixation qui signe l'échec de l'intériorisation de l'objet. Désavantageuse pour le moi, cette régression – loin de le consolider en lui octroyant une prime de plaisir liante comme dans la régression narcissique positive – conduit à une déperdition narcissique désintriante qu'une intense souffrance en général traduit.

Deux exemples nous viennent à l'esprit : l'hypocondrie d'involution et la mélancolie d'involution, toutes deux partageant un degré certain de désobjectalisation.

**Dans l'hypocondrie** (majeure), la libido, détachée des objets, se reverse, libérée, sur le corps. Ce corps imaginaire qui tient lieu d'objet interne ne pourrait « ni être lâché ni être assimilé » comme le dirait André GREEN (1973).

Devenant objet de persécution, ce corps douloureusement atteint focalise sur lui tout l'intérêt du sujet – dévolu précédemment à l'objet – avec ses plaintes multiples et incessantes, adressées cependant à un tiers, en général le médecin sempiternellement mis en échec. Précarité donc de la relation d'objet comme de l'élaboration mentale dans cette régression où le moi et le corps indifférenciés, et tout ensemble investis, recueillent la souffrance psychique déplacée sur les douleurs « physiques » entravant toute possibilité de symbolisation.

Quant à **la mélancolie**, l'accrochage à l'objet perdu incorporé, indistinct du moi en raison de l'identification primaire, et où la haine prévaut, entraîne le moi dans une indicible souffrance mentale que des manifestations délirantes essaient parfois de juguler. C'est souligner une fois de plus là aussi l'impossible introjection alliée à l'importance de la désintriante pulsionnelle de même que l'archaïsme du fonctionnement moiïque.

Dénuée de pouvoir réparateur, cette régression narcissique négative peut toutefois encore protéger le sujet soit d'une décompensation extrême, soit d'une désorganisation gravissime (M. AISENSTEIN, A. GIBEAULT, 1990) conduisant à une somatose (A. FINE, 1996).

### \* Echec de la régression : désorganisation

Positive ou négative, la régression, telle qu'on vient de la voir, et grâce à son palier de fixation qui inclut l'objet – bon objet intériorisé dans le meilleur des cas, mauvais objet

externalisé sur le corps comme dans l'hypocondrie ou objet confondu avec le moi comme dans la mélancolie – permet encore à l'énergie d'être liée mais à des degrés divers ou avec plus ou moins de bonheur.

**L'énergie encore investie dans l'objet – qu'il soit interne ou externe – ne se dégraderait pas au point de risquer de revenir à une énergie indifférente, dépulsionnalisée ou déqualifiée, bref à une excitation qui porterait fâcheusement atteinte au fonctionnement somatique (A. POTAMIANOU, 1994).**

« *Et si l'augmentation de l'énergie indifférente favorise la décharge somatique* » – écrit A. POTAMIANOU (1994) – confinant à la désorganisation, elle peut aussi, selon nous, anéantir l'appareil psychique ou la vie mentale.

Tel est le cas **de la démence sénile de type Alzheimer**, exempte de toute possibilité régressive. La perte de la pensée et du langage qui vont de pair avec le retour massif au pôle perceptivo-moteur et avec une compulsion de répétition envahissante marquent le degré extrême de déstructuration dans cette pathologie déficitaire.

Mais là où les choses se compliquent, c'est avec les **démences séniles de type Alzheimer « riches »** (M. PERUCHON, 2001), celles-là mêmes qui, malgré la déconfiture mentale affichée et malgré la désorganisation, se montrent encore capables d'un mouvement régrédient positif par le biais de productions mentales ayant recours à l'objet. Nous voulons parler de ces hallucinations mnésiques (M. PERUCHON, 2001) liantes promues par le désir, de ces souvenirs revécus dans le présent avec un sentiment d'actualité, qui réapprovisionnent libidinalement le sujet. Sans doute le point de fixation qui se maintient ici, et auquel se raccroche la régression, est-il à rattacher au stade oral de FREUD (marqué par un bon objet encore intériorisé) qui fait faire l'économie d'une plus ample désorganisation.

Ce mouvement régrédient, réparateur, surgissant au cœur même de la désorganisation mentale mettrait donc le sujet à l'abri d'une plus grande désobjectivation comme probablement d'une somatisation létale proche.

L'exemple le plus foudroyant de désorganisation psychosomatique apparaît avec **le syndrome de glissement** dans lequel aucun point de fixation n'arrête le redoutable mouvement régrédient. Fruit de la pulsion de mort, cet équivalent suicidaire achemine le sujet – qui ne veut plus vivre – vers la mort en quelques semaines. Antinomique du moindre indice régressif, ce dramatique tableau clinique illustre la force du désir d'autodestruction qui passe par le refus de toute communication, de nourriture, des soins, etc... et dans lequel les déficits cognitifs, la confusion et des complications somatiques graves s'enchevêtrent. Le

désinvestissement mortifère des objets et du moi auquel on assiste impuissant sape tous les contenants et les contenus psychiques jusqu'aux soubassements de l'unité psychosomatique via la mort.

## **Conclusion**

Pour conclure brièvement, nous regrouperons ci-après quelques idées clés afin d'ouvrir la voie à une discussion sur l'épineuse question de la psychosomatique à la sénescence.

L'énergie a besoin d'objet pour être liée et entretenue, au mieux par le truchement de l'introjection mutative. Sans objet à investir, cette énergie pulsionnelle se déborderait, se délibidinaliserait et donc se déqualifierait laissant le champ libre aux excitations avec tous les risques encourus au niveau du moi, de l'appareil psychique et du soma.

Les aménagements les plus opérants, nous l'avons vu, reposent sur l'aptitude à la régression mentale s'étayant sur l'intériorisation de l'objet grâce à la fixation sans que sur la fonction objectalisante externe s'efface. Là la pulsion de vie, encore vigoureuse, se maintiendrait qualifiée.

Quant à la régression narcissique négative, dénuée de pouvoir réparateur mais recelant cependant un pouvoir limitateur, elle s'instaurerait sur l'échec de l'intériorisation de l'objet. Cette régression invalidante, loin de renforcer le moi comme précédemment, conduit à une déperdition narcissique mais le sujet se raccrocherait encore à un objet, qu'il soit partiel comme dans l'hypocondrie ou qu'il soit confondu avec le moi comme dans la mélancolie. Sans doute l'investissement de ces objets, même inadéquate, freine-t-il une désintrication mortifère plus poussée dans la mesure où l'énergie demeure encore canalisée et qualifiée.

Là où l'énergie n'apparaît plus du tout qualifiée, là où les excitations deviennent surnuméraires, c'est dans la démence sénile dite pauvre, dans le syndrome de glissement ou dans d'autres types de désorganisations pathologiques, antinomiques de la régression-fixation, où la disparition de l'objet a fait d'irrémediables ravages.

En somme, la régression se montre relativement salvatrice à condition de rencontrer un palier de fixation qui stoppe les effets destructeurs de ce mouvement. Sans doute ce

système régression/fixation freine-t-il, dans une certaine mesure, la désorganisation mentale ou la survenue de somatoses, bref la désorganisation somato-psychique. En retarderait-il le terme fatal ? C'est là que le niveau évolutif atteint par le moi semble jouer un rôle décisif puisque le système régression/fixation, sorte de sas d'énergie vitale auto-organisant en dépend. Et c'est grâce à ce système de régression-fixation que pourront s'actualiser les compétences psychosomatiques de chacun.

Car, et pour en revenir à cette hypercomplexité, si les déterminations biologiques, génétiques... peuvent être retardées grâce à la maintenance de constructions psychiques articulées à l'investissement objectal, il n'est pas exclu aussi que des somatoses puissent incarner chez le vieillard des mesures de protection vis-à-vis d'une souffrance psychique indicible dès lors qu'une reprise évolutive s'ensuit.

C'est ainsi que l'expression somatique pourrait réguler aussi les excitations, au même titre que les traductions psychiques, l'agir ou le comportement (R. DEBRAY, C. DEJOURS, P. FEDIDA, 2002).

Nous terminerons là par cette réflexion qui ne cesse de nous questionner, notamment à la sénescence, et qui peut ouvrir le débat comme nous l'espérons.



## BIBLIOGRAPHIE

### **AISENSTEING D., GIBEAULT A.**

1990 "Le travail de l'hypocondrie", *Les cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 21, p. 19-48.

### **BILLIARD I.**

1994 "Leçons et perspectives", in *Somatization, psychanalyse et sciences du vivant*. Collectif sous la coordination de I. BILLIARD, Paris, Eschel, p. 319-348.

### **BOTELLA C. et S.**

1998 "Trauma et topique", *Revue française de psychanalyse*, 6, p. 1461-1477.

### **DEBRAY R., DEJOURS C., FEDIDA P.**

2002 *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod.

### **DEJOURS C.**

1994 "La corporéité entre psychosomatique et science du vivant", in *Somatization, psychanalyse et science du vivant*, Collectif, Paris, Eschel.

### **DUPARC F.**

1997 "Le temps en psychanalyse, figurations et reconstruction", *Revue française de psychanalyse*, 5, p. 1429-1598.

### **FAIN M.**

1996 "Régression et Psychosomatique", *Revue française de psychosomatique*, 9, p. 197-202.

### **FINE A.**

1992 "La régression comme "organisateur" de l'économie psychosomatique. Questionnement", *Revue française de psychanalyse*, 4, p. 1115-1127.

### **FINE A.**

1994 "La maladie organique et ses remaniements psychiques", *Revue française de psychosomatique*, 5, p. 65-81.

### **FINE A.**

1996 "Figures psychanalytiques de l'hypocondrie. Un essai de recension", *Monographie de la Revue française de psychanalyse "L'hypocondrie"*, p. 51-72.

### **FINE A.**

1998 "Apport dans un débat", in *Débat de Psychanalyse : "Interrogations psychosomatiques"*, Paris, PUF, p. 71-83.

### **FINE A.**

2001 "La fixation au trauma", in *Monographies de Psychanalyse ; "Fixation, régression"*, sous la direction de D. L'HEUREUX-LE-BEUF, Paris, Puf, p. 71-94.

### **FREUD S. (1923)**

1968 "Le moi et le ça", in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

### **FREUD S. (1926)**

1975 *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, Puf.

**GREEN A.**

1973 *Le discours vivant*, Paris, Puf.

**GREEN A.**

1986 "Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante", in *La pulsion de mort*, Collectif, Paris, Puf, p. 49-59.

**GREEN A.**

1994 "Psychisme, somatique, psychosomatique", in *Somatisation, psychanalyse et science du vivant*, Collectif, Paris, Eshel, p. 167-186.

**GREEN A.**

1997 *Pulsions, représentations, langage*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.

**GREEN A.**

2000 "La mort dans la vie", in *L'invention de la pulsion de mort*, Collectif, Paris, Dunod, p. 161-184.

**LE GUEN C.**

2001 "De la fixation à la régression, ces mouvements conjoints, nécessaires et permanents", in *Monographies de Psychanalyse : "Fixation, régression"*, sous la direction de D. L'HEUREUX-LE-BEUF, Paris, Puf, p. 45-60.

**MARTY P.**

1976 *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot.

**MARTY P.**

1980 *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot.

**MARTY P.**

1989 "La psychosomatique de l'adulte", *Collection "Que sais-je ?"*, Paris, Puf.

**MAURIAC F.**

1985 *Mémoires intérieures. Nouveaux mémoires intérieures*, Paris, Flammarion.

**PERUCHON M.**

1994 *Le déclin de la vie psychique, Psychanalyse de la démence sénile*, Paris, Dunod.

**PERUCHON M.**

1999 "Régression et/ou désorganisation au regard de la sénescence", *Psychiatrie Française*, 2, p. 126-133.

**PERUCHON M.**

2001 "Le trauma et ses aménagements défensifs dans la démence sénile de type Alzheimer", *Perspectives psychiatriques*, 39, N° spécial, p. 84-87.

**PERUCHON M.**

2001 "Démence et vie opératoire", *Cahiers de psychologie clinique*, 16, p. 123-129.

**PERUCHON M.**

2002 "Psychanalyse et psychosomatique : un atout primordial en psychogériatrie", *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 2, p. 42-43.

**POTAMIANOU A.**

1994 "Réflexions sur les processus désinvestissants", *Revue Française de Psychosomatique*, 5, p. 92-96.

**PRAGIER G., FAURE-PRAGIER S.**

1990 "Un siècle après l'Esquisse, nouvelles métaphores, métaphores du nouveau", *Revue Française de Psychanalyse*, 54, p. 1395-1529.

**PROCHIANTZ A.**

1998 "Entretien avec Alain Prochiantz" mené par N. Girardon, *Perspectives psychiatriques*, 37, 2, p. 86-90.

**ROSENBERG B.**

1989 "La dernière théorie des pulsions. Les organisations psychiques stables et leur historicité", *Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Puf, p. 221-239.

**ROSENBERG B.**

1991 "Les relations du narcissisme avec la deuxième théorie des pulsions", *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Puf, 1; p. 103-109.

**ROSENBERG B.**

1997 "Le temps et l'histoire, leur relation au travail psychique et aux pulsions", *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Puf, 5; p. 1675-1683.

**SMADJA C.**

1991 "Le concept de pulsion : essai d'étude comparative chez Freud et P. Marty", *Revue Française de Psychosomatique*, 1; p. 149-167.

**«Mais qu'est-ce que je fais au milieu de tous ces vieux ?»  
Mme X , 95 ans, hospitalisée en gériatrie  
pour défaillance cardiaque**

**Brigitte COMTE \***

Depuis la fin du XVIIIème siècle, la France est engagée dans le processus de transition démographique aboutissant au vieillissement de sa population. La proportion de personnes âgées augmente plus vite que la population générale : d'ici 2025, la population augmente de 2,6 % et les plus de 65 ans de 36 %.

Du fait des progrès de la médecine, de l'hygiène, de la santé publique, l'espérance de vie s'allonge. On vit de plus en plus longtemps et ces années gagnées sont des années de vie sans incapacité.

Dans notre monde occidental, les personnes âgées ont le devoir de bien vieillir, devoir de jeunesse de corps, d'apparence, d'esprit. Les vieux ont le devoir de rester jeunes. Le «bien vieillir» dans le discours actuel, c'est «ne pas vieillir». Ne parle-t-on pas des «seniors» terme emprunté à la compétition sportive pour désigner ces retraités qui doivent «rester dans la course». On évoque dans les médias le Power Age, la revanche du 3<sup>ème</sup> âge. Les techniques de lutte contre l'outrage des ans se multiplient, les médias s'agitent autour de diverses molécules anti-oxydantes, hormones anti-âge, la cosmétologie abandonne les crèmes anti-rides au profit des crèmes anti-temps et des congrès consacrés à «l'anti-âge» font le point sur la «lutte anti-âge».

On vit de plus en plus longtemps mais il ne faut pas vieillir. Vieillir devient une négligence, une faute, un échec. La vieillesse devient un non sens.

**Corps et psychisme, comment vieilliront-ils ensemble ?**

**Quel est le point de vue du médecin somaticien ?**

Qu'est ce que vieillir ? Il s'agit d'un processus incontournable, qui accompagne l'avance en âge, et qui est la résultante d'altérations physiologiques et psychologiques. Il n'y a pas d'âge pour commencer à vieillir. Dans son Dictionnaire Français, César Pierre RICHELET en 1679 définit le vieillard comme un homme entre 40 et 70 ans ! L'OMS retient l'âge de 60 ans. Dans

---

\* Gériatre, Centre de Cuire, Lyon

les pays développés, la rupture avec l'environnement que représente la retraite marque en général l'entrée dans cette population éminemment disparate dite des «personnes âgées».

Ce processus du vieillissement est inévitable et est sous la dépendance de facteurs génétiques, pour l'instant incontournables, et de facteurs environnementaux. La recherche sur le vieillissement a fait d'importants progrès au cours des deux dernières décennies, même s'il reste difficile de séparer nettement dans certains cas ce qui est du domaine du vieillissement normal de ce qui relève d'état pathologique (exemple, la maladie athéromateuse). Il est cependant admis deux faits :

- Le vieillissement est très variable d'un individu à l'autre et l'influence des facteurs environnementaux est bien connue (facteurs professionnels, géographiques...)
- Le vieillissement est aussi très variable chez un même individu d'un organe à l'autre : les cheveux gris, marqueurs reconnus de l'âge peuvent s'observer dès la trentaine ; la presbytie qui marque le vieillissement oculaire débute vers 45-50 ans .

Mais le déroulement de ce vieillissement intrinsèque, naturel va être influencé par la survenue de pathologies : 8,7 pathologies en moyenne à 80 ans selon une étude du CreDES.

### **Comment vieillit le corps ?**

Avec l'âge, l'apparence corporelle se modifie, phénomène visible et perceptible modelant au fil des ans une silhouette caractéristique.

Le vieillissement des organes est lui, insidieux, non visible ou perceptible du moins tant que les capacités d'adaptation sont conservées. Car en effet, la perte des capacités fonctionnelles va caractériser l'avance en âge. Ces difficultés d'adaptation au stress, aux situations nouvelles font courir le risque de défaillance brutale face à tous phénomènes qui risquent par leur intensité de dépasser les capacités limitées d'adaptation. Tout effort demande plus d'énergie (par ex : marche).

Sur ce fond d'altérations plus ou moins insidieuses, plus ou moins perceptibles et plus ou moins perçues, la survenue d'états pathologiques risque de précipiter l'apparition de la dépendance puisque le sujet âgé ne pourra pas compenser son autonomie défaillante.

Cependant, limiter l'image de la vieillesse à celle de la dépendance réduit le vieillissement à sa seule dimension biomédicale : celle de la perte, de la déchéance.

### **Et le vieillissement de l'esprit ?**

Le vieillissement de l'esprit ne se limite pas aux troubles de mémoire dits bénins liés à l'âge. Il s'agit là d'une vision restrictive de ce vieillissement qui sera progressif, et influencé

par la personnalité, les particularités du caractère souvent scellées dès l'enfance et soumis aux facteurs environnementaux et à l'éventuelle survenue d'états pathologiques

On a longtemps cru que les pertes neuronales étaient irréversibles mais on sait aujourd'hui qu'il y a, même à un âge avancé, une plasticité cérébrale permettant une réorganisation, des capacités d'apprentissage et de compensation même dans certains états pathologiques telles les démences débutantes.

Au fil des ans, le sujet âgé s'y reprend à plusieurs reprises pour apprendre, il est moins curieux, la compréhension de nouveaux concepts lui demande plus d'efforts (les télécommandes - l'euro) et de ce fait il préfère souvent plutôt approfondir ce qu'il connaît déjà. Les années passant, du fait du vieillissement sensoriel (hypoacousie, troubles visuels), les informations arrivent moins bien, la perception de l'environnement s'affaiblit et le désintérêt s'installe, sauf pour les choses du passé. Toutefois l'esprit de l'homme âgé garde des capacités de jugement. L'esprit de synthèse est toujours là et d'ailleurs l'ancêtre, par le passé et à présent encore dans les sociétés africaines, l'ancêtre est le dépositaire de la sagesse. Mais le discours devient avec l'âge de plus en plus rigide, la recherche du mot juste est laborieuse, le débit est ralenti. Pour se concentrer, il s'arrêtera de marcher lorsqu'il parle, signe d'examen bien connu des gériatres.

Si certains conservent jusqu'à un âge avancé une «formidable pêche», si quelques exemples dans l'histoire sont médiatisés à outrance comme des modèles de jeunesse cérébrale conservée, si certains acceptent avec sérénité et résignation ce vieillissement, chez la plupart s'installe un sentiment de diminution, d'échec, d'indignité, de culpabilité qui peut les conduire à des réactions de protections pathologiques d'autant que le temps s'écoule, que la mort apparaît proche et que son angoisse surgit.

### **Alors, comment vieilliront-ils ensemble ?**

Citons quelques exemples parmi les hospitalisés ou les consultants du service.

\* Cette femme de 76 ans : elle est veuve ; son mari est mort subitement une nuit à son côté, il y a 5 ans. Elle-même, commerçante retraitée, est suivie depuis de nombreuses années par un cardiologue pour une atteinte cardiaque stabilisée à l'heure actuelle. Son cardiologue l'adresse car elle souhaite «éviter la décrépitude» qu'elle voit se profiler depuis que sont apparues une fatigabilité à l'effort et une tendance à la somnolence après les repas. Sa semaine est organisée et minutée : elle pratique du Tai-Chi le lundi, de la gymnastique volontaire le mardi, le mercredi est consacré à la peinture sur porcelaine le matin pour pouvoir garder ses petits enfants l'après midi, le jeudi elle apprend l'italien et le vendredi elle fait ses courses et son ménage pour recevoir ses amis le week-end ou sa famille... Elle



occupe le temps libre qui lui reste à la couture, au tricot (elle n'aime pas rester sans rien faire) et à organiser des sorties pédestres pour ses amies qu'elle entraîne avec elle afin qu'elles non plus «ne se laissent pas aller». Ce corps en pleine forme qu'elle surmène est garant d'une jeunesse d'esprit. Lorsque je tente de donner des conseils de précaution devant ces activités débordantes ou lorsque j'essaie d'aborder le décès relativement récent et violent du conjoint, elle fuit ; «j'ai toute ma tête» affirme-t-elle et me demande la passation d'une batterie de tests pour être bien sûre que la tête va aussi bien qu'elle le pense.

\* Monsieur B., âgé de 96 ans, proviseur retraité exprime clairement qu'à 80 ans, il se sentait en pleine forme physique mais que pour ses 90 ans la perception de ses difficultés de locomotion lui a fait prendre conscience de son grand âge. Jusqu'alors il se sentait capable d'accomplir ce qu'il souhaitait et ne se sentait pas limité dans ses activités. La survenue d'une bronchite qui le confine au lit lui fait craindre sa mort prochaine à laquelle il se résigne car depuis ses «90 ans, la vie ne vaut plus la peine».

\* Monsieur C., 94 ans, vivant avec son épouse. Il est actif, dynamique, autonome, mais souffre depuis peu d'une arthrose du genou qui le gêne à la marche. Il décide donc dorénavant de prendre sa voiture et de ne plus aller à pied au marché de la Croix Rousse. Cependant, les difficultés de stationnement le conduisent à renoncer à ce moyen de transport au profit du vélo ! A deux reprises, à trois mois d'écart, il chute de vélo et la deuxième fois se retrouve en «gériatrie» pour une fracture du bassin. Dès l'entrée il exprime le désir de partir au plus vite car, dit-il, il doit assistance à son épouse qui ne pourra se débrouiller seule. Malgré la guérison en trois semaines des douleurs et une récupération rapide de toute son autonomie, le patient ne parle plus de son épouse, et restera 3 mois au total dans le service car il ne se sent pas en état de regagner son domicile. Il a fallu lui accorder du temps pour qu'un nouvel équilibre s'établisse.

Calendairement, corps et psychisme vieillissent ensemble ; l'individu est un tout indissociable même si l'intensité des altérations qui les frappent est inégale selon les organes. Les atteintes somatiques entraînent des réactions psychologiques (perte d'estime de soi, par exemple) alors qu'un mal être psychique peut être à l'origine de manifestations somatiques (par exemple : chute). Les deux sont inséparables. Le sujet vit (vieillit) bien tant qu'il reste adapté à son environnement, que le vieillissement soit harmonieux ou dissocié selon les fonctions.

C'est souvent à l'occasion d'un épisode de décompensation somatique que les problèmes vont surgir parfois du fait de la dépendance transitoire qui en découle ou du fait de la rupture avec l'environnement. Comment celle-ci va-t-elle être perçue ? et même, va-t-elle l'être ? Certaines personnes âgées ont-elles une juste perception de leur réalité corporelle ? Ces voies sensorielles vieillissantes transmettent-elles des signaux adaptés et

cohérents. Face à cette situation nouvelle un réajustement de l'équilibre entre corps et psychisme sera nécessaire. Si l'adaptation n'est plus possible ou insuffisante du fait de l'intensité du vieillissement ou des pathologies ou de la défaillance de l'environnement, on aboutit à une situation de crise dominée par l'anxiété de tous qui risque de s'installer dans la durée et parfois à l'issue incertaine. En sortir sera long et dépendra de multiples facteurs parmi lesquels on retrouve l'affection déclenchante .

D'où les difficultés de prise en charge de ces personnes âgées transitoirement terrassées par un syndrome grippal ou une pathologie bénigne qui n'imaginent pas qu'une récupération de l'état antérieur soit possible. Il en découle souvent des séjours de soins de suite extrêmement prolongés pour qu'une reconstruction physique et psychique cohérente soit possible. La mort est passée tout prêt et on ne se remet pas d'y avoir échappé. Par contre la trace qui en reste est ce vieillissement enfin perçu comme présent. Si le psychisme s'adapte à cette dépendance nouvelle ou à cette prise de conscience de l'âge, un nouvel équilibre va s'instaurer à condition que l'environnement s'adapte aussi. L'environnement joue en effet un rôle fondamental dans ce «comment vieilliront-ils ensemble» ?

Lorsque tout va mal, si l'entourage est informé, subtil, compréhensif face aux réactions de protection psychique que va développer le vieillard, la situation de crise pourra être évitée.

Une étude menée sur des centenaires a permis de mieux comprendre ce qui a été nommé le «vieillissement réussi» (successful aging des Anglo-Saxons). Ces personnes âgées qui vieillissent bien ne sont pas forcément exemptes de pathologies. Ce n'est pas non plus la nonagénaire gymnaste, passée plusieurs fois entre les mains du chirurgien plasticien. Ce sont des personnes âgées dans l'acceptation de leurs pertes auxquelles elles se résignent mais qu'elles compensent par d'autres centres d'intérêt leur procurant d'autres satisfactions. Elles acceptent de se faire aider pour ce qui ne leur est plus possible et recentrent leurs intérêts sur ce qui leur est accessible .

L'important dans ce «vieilliront-ils ensemble» n'est-il pas la perception qu'a la personne âgée de son propre vieillissement plus que le regard de l'entourage. Cette vieille dame de 95 ans, titre de cette communication, c'est finalement l'équipe qui la trouvait âgée et bien à sa place en gériatrie alors qu'elle, pensait différemment. Nous devons nous garder en tant que gériatre de trop médicaliser la vieillesse. Vieillir est bien une expérience individuelle incommunicable. Marcel PROUST écrivait que *«de toutes les réalités, la vieillesse est peut-être celle dont nous gardons le plus longtemps une notion purement abstraite»*.

Gardons nous de porter notre propre jugement sur le vécu de l'autre.

## Maladie et/ou travail du vieillir, quelle voie possible ?

*Catherine ROOS* \*

Cette communication s'est construite à partir d'un travail de psychologue clinicienne dans le cadre d'un service hospitalier, un *Service de soins de suite et réadaptation à orientation gériatrique* c'est-à-dire réservé à des personnes âgées au moins de 65 ans ; service animé par une équipe pluriprofessionnelle, bénéficiant d'un plateau technique permettant le soin de pathologies cancéreuses (en post-opératoire, en cours de traitement), de pathologies traumatiques etc...

Ma présentation s'organise autour d'un cas clinique, une personne : **Madame C.** accueillie dans le Service pendant environ six mois avec en décours de séjour une interruption de trois semaines pour réhospitalisation dans le service de pneumologie d'où elle provenait initialement.

Pourquoi ce cas ? A posteriori, après coup, et même à titre posthume... cette personne est décédée dans le service, au bout de six mois.

Il m'apparaît au cœur de la problématique : corps/psychisme et vieillir, il est resté "en souffrance" dans ma mémoire, il m'a malmenée et mise en arrêt, il a touché et séduit ; un infime moment, j'y ai cru, mais la mort était au bout...

Il a laissé un parfum d'inachèvement...

Pour cette présentation, j'ai eu l'impression de faire un travail d'archéologue : lecture des multiples dossiers papier et informatique (transmissions, prescriptions, courriers, PMSI...), et suivi à travers cela du déroulement de l'hospitalisation, de ses différents temps, travail intensif sur ma mémoire auditive, visuelle, perceptive (je prends peu ou pas de notes après les entretiens)... et échanges avec les membres de l'équipe ayant soigné et accompagné cette patiente.

Mme C. entre dans le service un 22 février adressée par un service de pneumologie. Le motif de l'hospitalisation est le suivant : "suivi radiothérapique d'un cancer, asthénie et dyspnée nécessitant de ne pas être seule à domicile"...

---

\* Psychologue clinicienne, Lyon

Au bout de quelques jours, le médecin du service me demande de rencontrer cette patiente et de "la suivre" (formule habituelle) sur le plan psychologique.

Le médecin en a parlé à la patiente qui est, après quelques réticences, d'accord au moins pour une première rencontre.

Le médecin argumente son indication ainsi :

Parce qu'il s'agit d'une *personne jeune* : 66 ans, chez laquelle a été découvert, un an et demi auparavant, un "carcinome bronchique à petites cellules" (cancer du poumon) immédiatement traité sur six mois en chimiothérapie... six mois après, une récurrence est décelée entraînant une deuxième chimiothérapie ; cette dernière ayant amené une réelle amélioration-rémission, une radiothérapie vient d'être enclenchée (pour 30 séances).

Mme C. n'a jamais été "vraiment hospitalisée", faisant ses traitements en ambulatoire, mais actuellement, son état de fatigue est tel qu'il nécessite accueil et surveillance ; de plus elle "peut enfin être hospitalisée" car sa "vieille mère de 98 ans", avec laquelle elle vivait et dont elle s'occupait jusqu'alors, a pu être placée en service gériatrique de long séjour.

Mme C. "est très au courant" de son diagnostic et de ses traitements.

C'est une "femme battante", ayant eu une fonction professionnelle de management "bien dans la maîtrise" mais qui passe un cap difficile dans cet affaiblissement, cet allongement de durée de traitements et surtout cette hospitalisation avec des gens âgés et très âgés.

J'avais croisé cette femme dans les couloirs du service, sa chambre étant dans le même secteur que mon bureau, je l'avais remarquée...

... parce que d'apparence plus jeune que la moyenne, parce qu'imposante par son allure et sa corpulence en tunique pantalon sobres et élégants,

... parce que coiffée ("perruquée"... ) maquillée avec un rouge à lèvres appuyé contrastant avec ses lunettes aux montures d'écaillés blanches,

... parce que dans son sillage, quand on la croisait et même après, flottait un parfum tenace aux effluves plus masculines que féminines.

Elle était souvent dans les couloirs, le hall d'entrée, en va et vient, dans une attention vive à ce qu'elle croisait, saluant, cherchant le regard...

... à première vue parce qu'elle ne faisait ni âgée, ni malade...

Dans un premier temps que je nomme "entretien-contact", je me rends jusqu'à sa chambre.

L'invitation à y entrer est prononcée par une voix grave et rocailleuse (voix de quelqu'un qui a beaucoup fumé...)

Assise près de la fenêtre, elle fait des mots fléchés... je traverse la chambre pour la saluer, me présenter et présenter (en appui sur la demande médicale) ma démarche.

*"Ah... le médecin m'en a parlé... pourquoi pas ? "Ça" plus tout le reste !..."*

Le "ça" en l'occurrence "moi", ressent que passe, comme une invitation-acceptation, un défi, une curiosité dubitative et peut-être un rien d'ironie. D'emblée elle me prévient que son emploi du temps est bien chargé entre les séances de radiothérapie et les allers/retours que cela occasionne chaque jour, les promenades dans le parc qui la ressourcent, les visites de sa nombreuse famille (fratrie et neveux).

Nous convenons, néanmoins, d'un rendez-vous pour le mardi suivant à 10h30. Elle me précise avoir repéré le bureau et être capable de s'y rendre seule.

Quand j'arrive le mardi suivant avec un peu d'avance, Mme C. marche déjà de long en large devant la porte du bureau...

Cette ponctualité exigeante, elle la gardera tant qu'elle se portera seule jusqu'au bureau, piaffant, se mettant en colère ou ironisant face à quelques minutes de retard... à deux reprises les dix minutes de retard *"inacceptables"* la ramenèrent à sa chambre dans une sorte de bouderie enfantine... elle daignera venir, après que je sois allée, en m'excusant, lui signaler que je suis enfin disponible dans le bureau.

Son intolérance aux retards, fussent de quelques minutes, je l'acceptais dans la mesure où elle subissait depuis des mois les traitements répétitifs, l'attente du soignant enfin disponible, de la pose d'une perfusion, d'un médicament, des véhicules sensés l'emmenner à la radiothérapie, des machines à cobalt en panne, des allers-retours inutiles...

Cela donnait à sa vie du moment une temporalité immaîtrisable, inorganisable, "en attente de", entre deux portes, dans les lieux de passage... Elle était souvent, malgré la fatigue, dès 8h du matin prête *"pour aller aux rayons"*.

Ces vicissitudes envahissaient souvent les entretiens, là où elle déchargeait colère, ras le bol, constats de laxisme ou dysfonctionnements hospitaliers répétés.

Finalement les temps avec moi apparaissaient les seuls dans une régularité à laquelle j'étais vigilante.

Dans le premier entretien Mme C. s'y assoit comme une petite fille bien éduquée et polie, elle joue le jeu... *"Que dois-je dire ?"* Elle attend, dit-elle, que je l'aide à comprendre sa personnalité, qui elle est, pourquoi elle réagit comme elle le fait.

Elle se dit *"entière"*, *"tout d'un bloc"*, *"ne mâchant pas ses mots"*.

Mme C. aura souvent cette formule défi (dans les séparations ou le vide de pensée) *"Alors qu'est-ce que vous en pensez ?"*.

Au fil des entretiens s'éclaircit se laissent entrevoir des bribes de son histoire, surgissent des personnages importants...



- Son parcours hospitalier récent, sa lenteur à consulter malgré les troubles somatiques envahissants et invalidants...

- Des symptômes *"d'un cancer"*, diagnostic sans surprise, elle fumait énormément (*"arrêtée net"* depuis le diagnostic) ; elle a vu sa sœur aînée et sa meilleure amie disparaître de cette même pathologie.

*"Je connais l'évolution par cœur"* dit-elle dans ses moments d'abattement...

- Son dévouement à *"une mère exigeante et adorée"* avec laquelle elle a vécu jusqu'à la limite de l'épuisement ; pas de colère, simplement des regrets pour tous les sacrifices...

*"J'ai toujours été au service et en soutien des autres"*.

Elle continue à aller voir sa mère (tant qu'elle peut le faire) dans le service de long séjour ; sa mère ne sait pas sa maladie, Mme C. ne souhaite pas le lui dire,

*"Elle ne s'en aperçoit pas car les corticoïdes me donnent bonne mine"*

- Son enfance de *"petite dernière"* de 5 enfants, *"2 frères, 2 sœurs et moi"* élevée sur le groupe indistinct mère, grand-mère, frères et sœurs,

*"J'étais sotte et rebelle mais j'ai très vite appris à me taire."*

- Une famille et un couple de parents *"bien comme il faut"*, aisé de par les transmissions familiales et la situation d'un père, avocat, personnage très absent mais auquel elle s'identifie massivement ; une famille stricte sur l'éducation, dans laquelle on n'échangeait et on ne parlait pas de ses soucis ou ses ressentis, dans laquelle on ne se plaignait pas quand on avait mal et dans laquelle on ne montrait pas ses émotions ; une famille où il fallait *"paraître"*.

*"D'où ma difficulté actuelle à parler ici"* dit-elle régulièrement

Un couple parental pour lequel elle repère tardivement avoir été *"trait d'union"*, car *"pas aussi uni que donnaient à penser les apparences."*

Elle avait organisé un grand logement avec deux appartements distincts, un pour ses parents, un pour elle. Son père est décédé il y a quelques années déjà (problèmes cardiaques).

- Son célibat, dans l'ombre d'un amant plus âgé, pendant plus de dix ans, et son non désir d'enfant (clos définitivement par une opération mutilante à l'âge de 37 ans, ovariectomie)

- Des étayages précieux présents à travers une sœur *"presque psychologue"* qui a beaucoup souffert (pertes d'enfants) et un frère *"homme d'affaires"*,

- La perte douloureuse, très récente, d'un neveu, investi comme un fils, tragiquement disparu,

- Sa carrière professionnelle réussie, très riche, qui l'a comblée jusqu'à la fin récente (retraite il y a 3 ans) dans un poste d'autorité et de management, sur une entreprise relativement importante. Elle décrit à plusieurs reprises son départ *"en beauté"*.



Pendant son hospitalisation elle va encore, chancelante, mais tenant bon, à un dernier conseil d'administration (son successeur ayant eu un accident somatique brutal est absent donc elle *"se doit d'y être"*).

- Le vieillissement, peut-être à venir, qu'elle n'avait pas vu, qu'elle ne voulait pas voir (l'insupportable de ce qu'elle croise dans le service ici et auprès de sa mère, là-bas) et la solitude anéantissante que cela fait surgir.

*"M'en sortir pour qui, je n'aurai pas l'énergie de me réorganiser"*.

Cette réorganisation impossible, elle la visualise et métaphorise à travers son trop grand logement qu'il faudrait ranger, vider, vendre pour réinvestir un autre intérieur... Cela apparaît plus d'une fois au-dessus de ses forces, voire inenvisageable, jamais souhaité...

Un étrange contraste se marque entre la femme publique importante faisant autorité, parlant avec aisance et la femme privée, femme de l'ombre, femme enfant pleine de retenues, de répression, silencieuse, malicieuse, prise dans son histoire passée et pétrifiée par une possible histoire à venir ...

A sa demande je la rencontre deux fois par semaine, régulièrement... jusqu'à sa réhospitalisation c'est-à-dire environ trois mois, rencontres dans le bureau sauf pour les trois dernières dans sa chambre (la fatigue et les symptômes la débordant).

Les entretiens s'organisent :

- à travers récit épisodes de temps de vie
- à travers décharge du trop plein hospitalier
- à travers description et captation, mise en arrêt par la scène somatique en évolution (douleur, symptômes, dépendance accrue...)

Sur fond de toux, d'essoufflements, de parfum entêtant et imprégnant, d'un corps imposant envahissant par son volume (elle a pris 9 kg en un an et les déséquilibres somatiques entraînent œdèmes et gonflement) corps dont l'inconfort est palpable et qu'elle supporte physiquement et psychologiquement de moins en moins.

Sur fond de tristesse (jamais de pleurs), souvent d'humour et de moqueries, de lassitude, de peur et d'anxiété et de rébellion face à l'inconnu mais elle n'évoque cependant jamais la mort possible.

Deux scènes, incessamment, se portaient, s'entrechoquaient, s'infiltraient, se parasitaient : la scène corporelle et la scène psychique.

Femme de devoir, se sentait-elle dans l'obligation d'obéir, d'être régulièrement aux séances avec la psychologue ? S'était-elle prise au jeu dans une forme de complicité, là, partagée ?

De ces séances, elle disait fréquemment : *"cela ne sert pas à grand-chose... mais je passe un bon moment"*.

Le projet était bien de l'accueillir, l'accompagner, soutenir son Moi, l'étayer, favoriser si possible la verbalisation et la mise en représentation et peut-être le travail psychique du préconscient.

Régulièrement quand situation, personnages ou émotions de son histoire, passée ou actuelle, peinaient à être évoqués, elle remarquait *"ne jamais avoir dit cela auparavant, nulle part"*, *"ne jamais l'avoir envisagé comme cela"*, parfois elle refermait prudemment une porte trop hermétique et passait à une autre scène. (somatique et corporelle, réel effractant).

J'ai eu l'impression qu'elle ressaisissait en les rangeant en quelque sorte, des pans de son histoire.

Ne pas nuire, ne pas interpréter sauvagement, accueillir ce qui venait dans une attention attentive, une portance contenante parexcitante et bienveillante tel était mon dessein.

Parfois nos échanges s'apparentaient à une "conversation" dans le sens que lui donne M. AISENSTEIN... Cela suppose du thérapeute des attitudes consistant à penser pour le patient, à penser à sa place en somme mais aussi consistant à penser devant lui.

"L'art de la conversation" ne désigne nullement des échanges superficiels mais une technique d'intervention qui consiste à intéresser le patient à sa vie psychique, à ses processus de pensée et à lui signifier qu'il n'est point de sujet (au double sens du terme) anodin ou inintéressant.

Dans le fantasme organisateur sous-jacent à ce cheminement y a-t-il eu déni de la mort à venir? Coté thérapeute, coté patient ?

Les entretiens étaient vivants, parfois surprenants ... Je ne sais... Je sens, à présent, que fugitivement sur quelques séances, j'ai imaginé (espéré...) qu'une rémission pouvait tenir.

Lors d'une des dernières rencontres avant sa réhospitalisation, affaiblie, dans sa chambre, elle me montre l'album de photos qu'elle a fait venir pour que nous le regardions ensemble, photos d'elle *"à son avantage et belle"*, photos de famille, évènements familiaux heureux et surtout photos en noir et blanc de son père, de sa mère... ces deux dernières photos ne quitteront plus son chevet...

Je n'ai pas vu, alors, ce qui faisait signe...

D'où la rupture, la perte des repères face à une dégradation brutale sur trois semaines.

Au-delà de la fatigue dite "normale" en radiothérapie, au-delà du problème strictement pulmonaire qui est resté stable, s'impose une perte massive de sodium que Mme C. repère comme analogue à celle vécue lors de sa première récurrence... Et liés à cela, une fatigue grandissante, des déplacements de plus en plus difficiles, des troubles ponctuels

neuropsychiques et visuels et l'étouffement, la quête de l'air constant.

Cet état évoluant amène l'équipe soignante à modifier son projet de soin, à être plus aidante (pour les toilettes, le quotidien...) ce que Mme C. a toujours refusé jusqu'alors, se débrouillant seule autant que possible, demandant très peu, trop peu...

Le rythme et le temps des entretiens se déconstruisent, bousculés, possibles ou impossibles en fonction de l'état de Mme C., l'épuisement de l'instant et ce que je sens de son refus implicite de se montrer à moi dans cet état, en l'état...

Une réhospitalisation-bilan intervient. Trois semaines dans lesquelles est confirmé le grave déséquilibre ionique ; un scanner révèle une stabilisation du poumon mais des métastases cérébrales qui sont sur-le-champ traitées par quelques séances palliatives de radiothérapie cérébrale.

Dans la suite de cela... a lieu le retour dans le Service de soins de suite, motivé cette fois-ci par cette indication "soins palliatifs".

Celle qui revient est une femme en colère, en refus, en révolte et "difficile à prendre en charge", "parlant beaucoup de la mort" comme le notifient les transmissions dans les dossiers.

Quelques jours après son entrée je passe dans sa chambre, je franchis à peine le seuil et suis accueillie par un *"Ah ! Il manquait plus que la psychologue, foutez le camp, je ne veux plus vous voir ce n'est pas le moment !"*

Et elle le fait savoir en le redisant au médecin et à divers soignants.

Je me voyais littéralement renvoyée, virée... interloquée, blessée narcissiquement, déroutée, j'eus du mal sur ce temps à élaborer ce qui se passait, évitant, fuyant cette chambre et son occupante, passant au large... Coupable, en plus, de laisser seule l'équipe soignante de première ligne, tenter de mettre en place des soins d'accompagnement que n'acceptait pas aisément la patiente, opposition qu'elle manifestait par un comportement bruyant, désinhibé, exhibitionniste... (une lancinante question s'installa au sein de toute l'équipe : "Est-ce neurologique, est-ce psychique et réactionnel ?").

Ce temps était celui du corporel... la psyché ramenée vers le corps... nursing, porter, aide au quotidien, lutte contre la douleur physique puis souffrance psychique avec aide médicamenteuse, balnéothérapie trois fois par semaine pour massages et soins enveloppants, oxygénothérapie, soins de bouche, hydratation de la peau etc... Accompagnement palliatif sur plus d'un mois que Mme C. finit par accepter en lâchant tout, en s'effondrant psychiquement massivement...

Au décours de cette période, sur la demande insistante du médecin (peut-être davantage pour l'équipe que pour la patiente?), je retourne voir Mme C.

... Plus calme, elle m'accueille du fond de son lit par un "*Venez au moins me serrer la main*". Elle décide/accepte l'entretien, elle parle difficilement... elle est impressionnante physiquement, sans sa perruque, gonflée par les oedèmes... elle est très ralentie dans sa pensée et ses mots. Elle me signifie en mots crus "*Je vais crever ma petite, ce n'est plus le temps de la psychologie...*"

Elle souhaite néanmoins que je passe "*lui dire bonjour*" le vendredi suivant.

Ce vendredi est la dernière fois où je la rencontre... somnolente, elle nomme néanmoins ses symptômes, son épreuve corporelle, sa fatigue et son incompréhension de ce qui se passe, elle est confuse dans certains de ces propos et difficilement compréhensible...

Je la salue en la remerciant de sa confiance sur ce bout de chemin de vie qu'elle a accepté de partager et... je rajoute que je prendrais de ses nouvelles auprès des soignants qui continueront jusqu'au bout à l'accompagner et à l'aider quotidiennement avec sollicitude et attention.

Mme C. décède deux semaines plus tard accompagnée par deux aides-soignantes et en arrière fond par médecin, infirmière...

J'étais partie en congés depuis quelques jours déjà...

J'ai regretté le "temps rajouté"... être revenue auprès d'elle, contre sa volonté...

Dans le mouvement transférentiel violent, m'avait-elle virée comme elle n'avait jamais pu le faire vis-à-vis de sa mère ? Renvoyait-elle la "Psychologie" impuissante à la sauver ? Se protégeait-elle de la douleur de la séparation à venir, inenvisageable, inélaborable? Quelle honte pour elle de se montrer dans ce relâchement physique? Me protégeait-elle de cette vision pour laisser une image présentable comme on le lui avait toujours appris ? Me protégeait-elle de la destructivité à l'œuvre, d'une contagion possible (cf. sa sœur, sa meilleure amie décédée du même cancer)? Etc.

Je laisse ces questions en travail...

Mme C., au seuil de ses 70 ans, "*ne faisait pas son âge*", elle a été la benjamine dans le Service de soins de suite comme la petite dernière dans sa famille, toujours la plus jeune.... au seuil du vieillissement, et des pertes et renoncements qu'il appelle, elle s'est trouvée dans une forme de "conjonction explosive" (au sens de R. DEBRAY), dans "une impasse relationnelle" (au sens de SAMI-ALI).

---- Conjonction de pertes d'objets particulièrement investis, séparation maternelle, perte

d'une fonction sociale vitale sur arrière-fond de brèche dans l'identité primaire (prévalence du moi idéal, problématique de l'archaïque, de l'altérité, des limites entre soi et l'autre, "*d'un corps pour deux*", d'une impossibilité à accepter passivité et régression....) peur d'une solitude anéantissante et insensée ----

La maladie somatique est survenue...

R. DEBRAY écrit que la maladie somatique apparaît faire partie des régulations dont dispose tout individu pour gérer le cours de son existence. Pour elle "nous sommes tous des êtres psychosomatiques..." La maladie ne survient pas n'importe quand. Le symptôme renvoie à l'actuel, il est ce qui échoue à s'inscrire dans l'historisation subjective.

Pour Mme C., pouvons-nous faire l'hypothèse que la maladie a été la voie possible en place du travail du vieillir ?

Au final elle s'est dégagée, tout au moins corporellement du corps maternel, mais déjà trop avancée dans une somatisation condamnant : la séparation au prix du mourir ?

Il reste de cette ultime bataille dans le Service un parfum tenace "CERRUTI 1881" et un goût amer pour elle d'inachèvement.

En question : comment le corps blesse et condamne la psyché mais comment la psyché fragilise et attaque le corporel ?

Indépendamment de tout tribut qu'il doit à son socle corporel, l'homme est un Etre doué d'une vie psychique consciente et surtout inconsciente qui imprime ses marques, parfois aussi ses tourments à une enveloppe charnelle et à son organisme, en même temps qu'il se trouve lui-même de part en part, et ce dès l'origine, traversée par sa culture et son groupe d'appartenance, son groupe familial notamment

La question psychosomatique n'est pas simple affaire de corps ou de psychisme ou même des deux réunis. Il est, dans l'organisation psychosomatique comme dans la désorganisation question de l'autre, de l'objet...

L'articulation corps et psychisme ne peut se donner comme entité que dans la mesure où elle se donne de l'autre, en dehors. La relation de séparation et d'union que définit l'individuation ne se termine jamais... elle est toujours en question en devenir sur fond de vie incertaine.

C. DEJOURS accorde une place contrôlée à l'intersubjectivité dans son modèle de compréhension des somatisations, il souligne "le rôle déterminant des relations précoces de l'enfant avec les objets parentaux ; l'autre joue un rôle important tout au long de l'existence... d'un individu dans le déploiement de ses investissements érotico-affectifs nécessaires à la transformation de l'ordre biologique en ordre érotique".

Le cas de Mme C. m'a semblé pertinent dans ce questionnement corps, psychisme et vieillissement.

S'y questionnent corps réel, corps vécu, corps représenté, psychisme, altérité, dans le cadre d'une somatisation grave et mortelle, pas directement liée à l'involution corporelle de l'âge, mais survenant dans un temps critique 60 / 70 ans "crise de l'âge".

La sénescence n'est pas une maladie mais elle s'y apparente par la profondeur des transformations qui marquent cette période. Transformation du corps, image du corps en reconstruction, amour de soi en doute, devenir et proportion des pulsions Eros/Thanatos en jeu, commerce objectal et narcissique dérégulé, libido en quête d'objet, remaniement fondamental du moi avec les instances héritées d'identifications passées, moi idéal/idéal du moi/surmoi ; assise et repères socio-identitaires en rupture, réorganisation de la dualité passivité/activité ; prise de conscience des limites temporelles et symboliques de son existence...

Chaque sujet s'engage dans ce travail de vieillir de manière éminemment singulière en prise et/ou en déprise avec son histoire et ses objets d'attachement ; chaque étape de vie (et particulièrement celle-ci), éprouvée ou au contraire esquivée, ouvre ou ferme la potentialité d'un travail élaboratif, adaptatif pour continuer plus loin.

Il nous semble que parfois face à ce travail du vieillir, pressé par une conjonction explosive, mais impossible ou en achoppement, la voie somatique peut-être celle dans laquelle s'engage le sujet.

Somatisation du côté parfois de la destruction et de la mort...

*"Mourir d'un cancer, mais pas de vieillesse"* (paroles de Mme C.)

...ou somatisation symbolisante, dans une régression possible, voie de frayage pour l'élaboration psychique et symbolique et véritable palier de reconstruction...



## BIBLIOGRAPHIE

### **AISENSTEIN M.**

1993 "D'un certain regard sur la question psyché-soma, les incidences techniques"  
In *Revue Française de Psychosomatique* N°3, PUF, Paris

### **ANZIEU D.**

1985 *Le Moi peau*, Dunod, Paris

### **ARGOUD D. et PUIJALON B.**

1999 *La Parole des vieux*, Fondation de France, Dunod, Paris

### **ARIES P., DOLTO F. et al**

1983 *En face de la mort*, Privat, Toulouse

### **BIANCHI H.**

1989 "Vieillir ou les destins de l'attachement"  
In *La Question du vieillissement, perspectives psychanalytiques*, Dunod, Paris

### **CHARAZAC P-M.**

1998 *Psychothérapie du sujet âgé et de sa famille*, Dunod, Paris

2001 *Introduction aux Soins gériatriques psychiatriques*, Dunod, Paris

### **CHENG F.**

1998 *Le dit de Tianyi*, Roman Albin Michel, PARIS

2002 *L'éternité n'est pas de trop*, Roman Albin Michel, Paris

### **DELAPORTE C.**

2001 *Dire la vérité aux malades*, Ed. Odile Jacob, Paris

### **DUMET N.**

2002 *Clinique des troubles psychosomatiques, approche psychanalytique*, Dunod, Paris

### **DUMET N. et BROYER G. (sous la direction de)**

2002 *Clinique du corps*, Presses Universitaires de France, Lyon

### **FERREY G. et LE GOUES G.**

2000 *Psychopathologie du sujet âgé*, Masson, Paris (5ème Ed.)

### **FREUD S.**

1913 "Le motif du choix des coffrets"

In *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard, Paris, 1985

1919 "L'inquiétante étrangeté"

In *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard, Paris, 1985

1927 "L'humour"

In *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard, Paris, 1985

### **GUILLAUMIN J. et REBOUL H. (sous la direction de)**

1982 *Le Temps et la vie, les dynamismes du vieillissement*, Chronique sociale, Lyon

### **GUIR J.**

1983 *Psychosomatique et cancer*, Point hors Ligne, Paris

**LE GOUES G.**

2000 *L'âge et le principe du plaisir*, Dunod, Paris

**NICOLAIDIS N. et PRESS J.** (sous la direction de)

1995 *La Psychosomatique, hier et aujourd'hui*, Delachaux et Niestlé, Lausanne

**PARAT C.**

1998 "Variations sur la mort"

In *Revue Française de Psychanalyse, Psychosomatique et pulsionnalité*,  
Tome LXII, PUF, Paris

**RUSZNIEWSKI M.**

1999 *Face à la maladie grave*, Dunod, Paris

**SCHUR M.**

1975 *La mort dans la vie de Freud*, Gallimard, Paris

Reuves :

1971 *Lieux du corps, Nouvelle Revue de Psychanalyse*,  
n°3, Gallimard, Paris

1992 *États traumatiques, états somatiques, Revue Française de Psychosomatique*,  
n°2, PUF, Paris

1993 *Psychosomatique : quelles psychothérapies, Revue Française de Psychosomatique*,  
n°3, PUF, Paris

1996 *La mort dans la vie psychique, Revue Française de Psychanalyse*,  
Tome LX, Janvier/ mars, PUF, Paris

2002 *Vieillir et vivre, Psychiatrie Française*,  
Vol. XXXIII, septembre 2002, Paris

## **Un exemple de remise au travail de l'équilibre psycho-somatique dans le grand âge : la rétropulsion à début brutal.**

*Nicolas LEPINE \**

La rétropulsion des personnes âgées est cette tendance qu'ont parfois certains vieillards à se «jeter en arrière», ce qui les empêche de tenir debout et même parfois assis. Ce trouble du tonus postural a été bien décrit dans le cadre du syndrome de régression psychomotrice devenu aujourd'hui le syndrome de désadaptation posturale (6). Il y a deux formes sémiologiques distinctes, une à début progressif et l'autre à début brutal.

Cette deuxième forme est la plus énigmatique puisqu'elle apparaît en quelques heures ou quelques jours, s'accompagne d'une phobie de la station debout et d'une opposition radicale à toute tentative de mobilisation, qui rendent la personne âgée impotente.

Il s'agit d'une affection très grave puisque, une personne sur trois, atteinte de ce trouble postural, meure dans l'année suivante. A ce jour le seul traitement efficace pour traiter la rétropulsion est la prise en charge rééducative, qui est d'autant plus opérante qu'elle est précoce (12).

Je suis pour ma part masseur kinésithérapeute et psychologue et j'ai construit récemment une thèse sur l'abord psychologique de la rétropulsion à début brutal chez les personnes âgées (10). Après vous avoir présenté rapidement les résultats de cette recherche, je vais vous soumettre quelques unes de mes interrogations sur la question psycho-somatique dans le grand âge.

Mais auparavant, je tiens à vous préciser que je fais le choix d'un abord psycho-somatique avec trait d'union ! Ce qui signifie que je n'adhère pas au monisme psychosomatique défendu par Pierre MARTY.

---

\* *Masseur kinésithérapeute, docteur en psychologie, Montceau les Mines*

Il est évident qu'il y a interdépendance entre psychique et somatique. Elaborer une théorisation commune à ces deux logiques du vivant est un projet ambitieux et passionnant mais qui ne pourra jamais avoir la prétention de dépasser l'abord dualiste.

S'il est incontestable qu'il y a une indifférenciation psyché-soma à l'origine, je suis personnellement incapable de théoriser le fonctionnement du corps et celui de l'esprit autrement que dans une perspective dualiste.

J'aime beaucoup la métaphore de WINNICOTT (8) qui présente le psychosomaticien comme un cavalier qui mène deux chevaux à la fois, un pied sur chacun d'entre eux. Je ne m'en sens personnellement pas le talent ! Je préfère conduire alternativement chaque monture en observant les réactions de l'autre que je mène par les rênes en même temps. L'avantage de ma double compétence, c'est qu'elle me permet de changer de temps en temps de monture et de pouvoir ainsi éprouver différents points de vue

Pour cette raison aussi, les modèles explicatifs que je vais vous proposer n'ont pas l'ambition d'être définitifs et de balayer les recherches conduites dans d'autres disciplines notamment médicales sur le même sujet.

A ce jour il n'y a pas de cause connue à l'apparition de la rétropulsion à début brutal : la plupart des spécialistes s'accordent pour estimer qu'il s'agit d'une affection d'origine plurifactorielle. Mon travail vise donc à explorer certains des facteurs psychologiques liés à ce problème avec l'option délibérée de ne pas être obsédé par une démarche causaliste.

Je viens de vous dire que je ne suivais pas Pierre MARTY sur l'ensemble de sa brillante théorisation, par contre, je me suis largement inspiré de ses précieuses méthodes d'investigations pour aborder la question de l'interaction psycho-somatique.

Ne disposant pas de suffisamment de temps pour détailler la méthode de recherche que j'ai utilisée, je vous demande maintenant ... de me faire confiance en ce qui concerne la validité des résultats que je vais maintenant vous présenter.

- Ma première surprise a été de constater qu'il m'était impossible de concilier dans la conduite de cette recherche mon statut de rééducateur et celui de chercheur en psychologie. Si j'abordais une personne en rétropulsion en me présentant d'abord comme psychologue afin de recueillir mon matériel de recherche, il m'était ensuite impossible de rééduquer la personne. Avec apparemment les mêmes techniques de rééducation, la personne ne progressait plus ... heureusement mes collègues sont très sérieux !

Inversement, si j'avais entrepris une rééducation avec une personne et que je tentais ensuite de la voir dans le cadre d'un entretien de recherche, je ne pouvais recueillir aucun matériel exploitable !

- Concernant les personnes atteintes de rétroimpulsion, j'ai eu la surprise, en comparant leur discours, lorsque le trouble postural était présent puis lorsqu'il avait disparu, de constater que l'amélioration somatique s'accompagnait toujours d'un fonctionnement mental de type opératoire. L'expression s'appauvrisseait considérablement avec un recours systématique aux faits et à une pensée conventionnelle alors que le discours était riche, chargé d'émotion et de sensibilité lorsque la personne âgée était en rétroimpulsion. Cette rationalisation excessive de la pensée que les psychosomaticiens ont appelée «pensée opératoire» conduisant parfois même la personne à une discrète confusion.
  
- Par ailleurs, les personnes en rétroimpulsion, rapprochaient toujours l'apparition de leur trouble à un épisode douloureux (mort d'un proche, décision de placement institutionnel, ou chute ...) qu'elles avaient éprouvées comme un «effondrement psychosocial». Cela dans un contexte où la parole est vivante, riche, chargée d'émotion et où la mort des proches est souvent évoquée.  
Tous ces indices nous conduisent à concevoir que, lorsque la rétroimpulsion est présente une remise en jeu fondamentale s'opère chez la personne.  
Qu'un événement traumatique soit à ce moment vécu comme un effondrement psychosocial, qu'à ce même moment il y ait une remise au travail de la question de la mort, sont des éléments en faveur d'une butée de la structure psychique de la personne.
  
- Enfin, je vous ai signalé que la rétroimpulsion gagnait beaucoup à être prise en charge par des rééducateurs. Les mécanismes de cette amélioration méritaient donc d'être interrogés. Ma recherche m'a permis de constater que les kinésithérapeutes interrogés étaient quasiment unanimes pour considérer que l'état cognitif des personnes âgées atteintes de rétroimpulsion était altéré, mais s'améliorait avec les performances motrices. Le «ressenti» des rééducateurs n'est donc absolument pas confirmé par ce que j'ai observé dans une position de psychologue. J'en suis progressivement arrivé à me demander si, justement, cette différence d'appréciation n'était pas à l'origine de l'efficacité des kinésithérapeutes.

J'en viens maintenant à proposer quelques pistes explicatives.

Tout d'abord il est clair qu'il existe une dimension défensive à la rétropulsion. Attention, je ne dis pas que l'apparition de la rétropulsion s'explique par la mise en place d'un système défensif, mais je constate que le symptôme prend pour la personne une valeur défensive.

J'insiste parce que nous autres psychologues avons trop souvent tendance à rattacher les problématiques psychosomatiques au modèle de la névrose hystérique et à la complaisance somatique introduite par FREUD dans le cas Dora. Dans la complaisance somatique c'est l'intentionnalité et le sens qui capturent le symptôme.

Il me semble que la notion de «capture de l'intentionnalité expressive» est plus fine pour aborder la question du vieillissement. Ce concept, proposé par Christophe DEJOURS (4), s'intègre dans sa théorie générale d'humanisation du biologique, du processus fondamental au terme duquel un événement biologique n'est plus uniquement biologique (5).

La maladie, le symptôme prenant sa place dans l'équilibre psychodynamique de la personne pour capturer l'intentionnalité et le sens qui sont déjà au travail chez la personne.

Ce dont il s'agit alors, c'est bien d'une mise en équilibre des logiques propres du somatique et du psychique, de l'utilisation psychique des symptômes somatiques.

Alors que dans la complaisance somatique la dimension psychique participe à l'étiologie de la maladie, dans la capture de l'intentionnalité, il n'est pas question de discuter la genèse du trouble, mais simplement de réfléchir à la modification psychodynamique qu'implique la pathologie somatique.

Concernant l'abord psychosomatique du grand âge cette position est précieuse car qui oserait affirmer que les multipathologies des personnes âgées sont d'origine psychique ?

Concernant la rétropulsion donc, il convient tout d'abord de se souvenir quelle place a occupée l'hypertonie axiale postérieure dans le l'ontogénèse.

Suzanne ROBERT OUVRAY, une kinésithérapeute qui, comme moi, s'est «compromise» dans la psychologie, a développé une intéressante théorie de l'intégration motrice de la fonction posturale (11).

Elle note que le bébé, jusqu'à l'âge de six mois, fonctionne avec une hypotonie axiale, lui permettant d'être dans une écoute tonique avec la mère qui le préserve par son «holding» de tous les écarts brutaux d'affects et d'émotions (7).

Après cette période, l'hypertonie axiale est liée aux phénomènes de différenciations et de projections qui permettent à l'enfant de se constituer un «moi-peau» singulier. Souvenez-



vous des colères de certains enfants chez le pédiatre lorsque, furieux d'être séparés de leur mère et remués par des mains étrangères, ils font le «pont» en rugissant sur la table d'examen !

A cette période la rétropulsion, que l'on ne nomme évidemment pas comme ça, puisque l'enfant ne tient pas encore debout, participe à la construction du système défensif de l'individu.

Que, 80 ans plus tard, une désorganisation tonique vienne prendre valeur de défense alors que le fondement structural de l'identité de la personne est remis en cause me semble plus que plausible.

Lorsque la rétropulsion survient, les choses s'organisent comme si on était au delà des possibilités d'organisation psychomotrice de la personne, comme si les structures psychiques et corporelles étaient en même temps débordées, sans qu'à ce stade il n'y ait de décompensation psychique franche. La décompensation ne survient que secondairement, lorsque c'est possible, lorsque sous l'effet de la prise en charge rééducative, le trouble postural s'efface, **remplacé** par la pensée opératoire que je comprends comme une résistance à la désorganisation.

Pour essayer d'approcher un peu les raisons de ce «basculement pathologique» entre le somatique et le psychique, je vous ai dit que je m'étais posé la question des mécanismes par lesquels la rééducation était efficace sur la pathologie.

Ce n'est pas le lieu de discuter des modalités techniques de la prise en charge qui, de toute manière, sont assez disparates d'un rééducateur à l'autre. Voyons plutôt ce qui les réunit : un objectif prioritaire «mettre la personne en confiance en position debout».

Pour y parvenir, dans la première phase de traitement, le kinésithérapeute doit s'investir au delà des mots, s'impliquer physiquement auprès de la personne âgée ; laquelle, pour progresser, doit arriver à sentir que le rééducateur, lorsqu'il la maintient en position debout, ne cède pas à la panique qui envahit habituellement les soignants lorsqu'ils sont confrontés à l'énergie du désespoir déstructurante de ces personnes âgées paniquées. Le kinésithérapeute assume ainsi une position contenant au sens propre comme au sens psychologique.

Si les rééducateurs arrivent à tolérer cette projection massive d'angoisse mieux que les autres soignants c'est probablement à cause de leur culture de rééducateur qui les oblige à devenir partenaire de leur client (car on ne peut rééduquer sans la participation du patient), mais aussi parce qu'ils n'ont pas d'interrogation primordiale sur la position psychique

actuelle de la personne. Ce qui explique que le registre de pensée opératoire convienne mieux au thérapeute qui, du coup, trouve la personne «améliorée».

A ce point, la qualité des rééducateurs est justement d'être spécialisés pour aborder la motricité d'abord sous l'angle organodynamique. Ils considèrent donc les phénomènes psychiques avec un détachement suffisant pour ne pas céder à la panique. Le fait qu'ils estiment la personne comme nettement moins confuse lorsque la rétopulsion a disparu montre simplement que le fonctionnement opératoire est plus conforme à ce qu'ils attendent de leur client.

L'apparition soudaine et systématique chez les «survivants» de la pensée opératoire est un argument supplémentaire en faveur d'une menace psychique très importante liée à la présence de la rétopulsion. Je crois que l'on peut même parler de menace psychique infraverbale. Je ne parle volontairement pas de menace archaïque car ce concept d'archaïque est trop mal défini pour avoir une quelconque valeur heuristique.

Pour pouvoir continuer dans la théorisation, il vous faut à présent me suivre sur trois postulats :

Le premier est d'admettre l'existence de **processus originaires** à côté (et non pas avant) des processus primaires et secondaires. De nombreux auteurs ont abordé cette question avec des mots et des théories différentes, on peut citer AULAGNIER(1), LAPLANCHE (9), WINNICOTT (13), BION (2) et bien d'autres encore ; tous se rejoignent sur deux points :

- La difficulté d'aborder ce fonctionnement par le langage et donc de le penser. Lorsque surgit une angoisse que WINNICOTT qualifie de «disséquante sous jacente impensable» nous sommes dans une problématique qui se joue dans ces zones de rupture d'équilibre psychosomatique.
- La deuxième conviction partagée par tous les auteurs est qu'à ce stade des processus originaires il est totalement impossible de distinguer le fonctionnement somatique de celui de la psyché. BION parle d'un système protomentale (2) dans lequel le physique, le psychologique et le mental demeurent indifférenciés.

Le deuxième postulat repose sur l'idée de l'existence d'un **inconscient amental**, d'une zone de l'inconscient qui ne peut être pensée et dont les rejets ne peuvent être mis en sens.

La meilleure théorisation de ce concept est celle de la séduction généralisée de Jean LAPLANCHE. Il s'agit d'une reprise de la théorie de la séduction restreinte que FREUD a abandonnée en 1897 mais qui a continué à l'influencer tout au long de son œuvre. D'après cette théorie la séduction inévitable que l'adulte exerce sur l'enfant est le principe fondateur de l'humain.

*«Par le terme de séduction originaire, nous qualifions donc cette situation fondamentale où l'adulte propose à l'enfant des signifiants non verbaux voire comportementaux, imprégnés de significations sexuelles inconscientes. Ce que je nomme signifiants énigmatiques, il n'est pas besoin de chercher loin pour en donner des exemples concrets. Le sein lui-même, organe apparemment naturel de la lactation, peut-on continuer de négliger dans la théorie analytique son investissement sexuel et inconscient majeur pour la femme ?*

*On voit que j'inclus dans la séduction originaire des situations, des communications qui ne relèvent en rien de l'attentat sexuel.» (LAPLANCHE, 1987, pp 125-126).*

L'enfant perçoit la violence de l'adulte parce que chacune des zones du corps est chargée d'un investissement sexuel majeur inconscient, et que l'adulte ne peut en faire l'économie. Face à cette violence, donc, l'activité de pensée de l'enfant s'arrête. Faute de pensée, il ne peut donc y avoir de refoulement originaire !

Formé hors de toute pensée propre à l'enfant, ce secteur de l'inconscient sera dénommé sans pensée ou amental et il sera intimement lié à des zones corporelles investies différemment.

Christophe DEJOURS, en proposant la **troisième topique**, (5 ; 3) va plus loin dans la spéculation.

Selon ce modèle il convient de distinguer deux formes d'inconscient :

- l'inconscient primaire ou amental par définition étrangement inquiétant ;
- l'inconscient secondaire qui correspond aux motions issues du précédent qui auraient été traitées parfois représentées puis refoulées.

L'inconscient secondaire correspond alors à une «humanisation» de l'inconscient amental duquel il est séparé radicalement par le clivage fondateur de tout être humain. L'intérêt du modèle de DEJOURS tient à la manière qu'il a de décrire la façon dont chacun des versants de l'inconscient est contrôlé. Du côté de l'inconscient amental, c'est le système conscient qui jugule sans compromission les motions inconscientes impensables et angoissantes qui

ne manquent pas de tenter de se manifester lorsque les circonstances de la vie les font «rentrer en résonance» avec la réalité psychique. Du côté de l'inconscient secondaire, c'est le système préconscient qui permet de contrôler avec plus de souplesse l'activité inconsciente.

L'activité conjointe de ces deux systèmes conscient et préconscient aboutissant à la construction de la réalité psychique.

Cette proposition théorique est très pertinente pour comprendre l'essentiel des pathologies psychosomatiques et est très cohérente avec le concept de la séduction généralisée qu'a proposé Jean LAPLANCHE.

Je reviens maintenant à la rétropulsion.

Si nous nous référons à la troisième topique, beaucoup d'éléments nous font penser que l'apparition de la rétropulsion, mobilise des éléments de l'inconscient amential. Lorsque le symptôme est présent, l'activité purement consciente sans infiltration préconsciente est faible. Le système conscient-inconscient amential semble abasourdi par la présence du symptôme. L'émotivité est bien présente, les statistiques démontrent une aptitude à l'échange sensible augmentée.

Une des personnes que j'ai rencontrées qui avait fait la douloureuse expérience des camps de concentration lors de la dernière guerre, m'a ainsi longuement parlé (sans y avoir été invitée) de cette terrible période lorsqu'elle était en rétropulsion, à la grande surprise de ses proches avec lesquels ce sujet avait toujours été tabou !

Par contre, l'action du processus rééducatif impose la mise en place d'un contrôle sévère des résonances de la rétropulsion dans l'inconscient amential et une suractivité défensive du système conscient qui «enclenche» la pensée opératoire. La sphère consciente devient alors prédominante ce qui a comme conséquence de brider l'imaginaire.

A l'issue de cette recherche, l'hypothèse qui me semble la plus pertinente, sans avoir la prétention d'être définitive, est la suivante :

*Lorsque la rétropulsion à début brutal est présente, la question de la mort prend une place importante pour la personne et son entourage. Le moment où apparaît ce trouble postural est vécu par la personne âgée comme un effondrement de son équilibre psychosocial. Cette impossibilité à aller de l'avant, prend alors la valeur symbolique d'un appel à autrui, d'une difficulté insurmontable à tolérer des faits psychiques impossibles à représenter et à élaborer.*

*L'impossibilité conjointe des systèmes inconscient amental-conscient et inconscient secondaire-préconscient à résister à la perception de cette réalité psychique, menace le clivage les séparant. Cette division parvient à résister grâce à l'implication uniquement somatique du soignant qui permet un déplacement de la défense de l'inconscient amental au conscient. Parallèlement, dans l'autre système, le retournement dans le contraire et le refoulement autorisé par les représentations particulières des rééducateurs oeuvrent pour limiter les conséquences de cet ébranlement sur le système psychique.*

Je tiens cependant à souligner que ce modèle explicatif, pour séduisant qu'il soit (ou du moins pour séduisant que je le trouve) ne saurait être suffisant. En effet, mon expérience de soignant me permet d'affirmer que, à côté du type de rétropulsion, presque caricatural par son importance, que j'ai étudié, il existe de nombreuses tendances rétropulsives parfois fugaces, parfois pas très nettes qui ne prennent pas la même importance. Tous les épisodes de rétropulsion ne débouchent assurément pas sur l'enchaînement dramatique que nous avons étudié.

C'est l'occasion de rappeler que, plus que tout autre clinique, la clinique psychosomatique est avant tout individuelle et ne peut faire l'économie de l'histoire singulière de la personne et du moment particulier où surgit le problème.

La position de l'observateur mérite aussi d'être considérée attentivement.

## BIBLIOGRAPHIE

### **1/ AULAGNIER P.**

1975 *La violence de l'interprétation*, Paris, Puf, p. 363.

### **2/ BION W. R.**

1965 *Recherches sur les petits groupes*, Paris, Puf, p. 140.

### **3/ DEJOURS C.**

2001 *Le corps d'abord*, Paris, Payot, p. 215.

### **4/ DEJOURS C.**

1989 *Recherches psychanalytiques sur le corps, répression et subversion en psychosomatique* Paris, Payot, p. 171.

### **5/ DEJOURS C.**

1986 *Le corps entre biologie et psychanalyse*, Paris, Payot, p. 267.

### **6/ GAUDET M., TAVERNIER VIDAL B., MOUREY F., TAVERNIER C., RICHARD D., MAROT J.P.**

1986 "Le syndrome de régression psychomotrice du vieillard" in *Médecine et hygiène*, n°44, p. 1332-1336.

### **7/ HAAG G.**

1988 "Réflexions sur quelques fonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie", in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 36<sup>ème</sup> année, n°1, p. 1-8.

### **8/ JAEGER P**

1999 "L'interprétation dans l'œuvre de Winnicott", in *Revue Française de psychosomatique n°16*, Paris, Puf, p. 107-131.

### **9/ LAPLANCHE J.**

1987 *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, Puf, p. 206.

### **10/ LEPINE N.**

2002 *Abord psychologique de la rétropulsion à début brutal chez la personne âgée*, Lyon, Thèse de doctorat, non publiée, disponible sur le site [www.gérialist.com](http://www.gérialist.com) dans la rubrique téléchargement, p. 269.

### **11/ ROBERT OUVRAY S.**

1993 *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer, p. 270.

### **12/ TAVERNIER B., PFITZENMEYER P., MOUREY F., GAUDET M.**

1990, "Corrélations cliniques et évolutives chez 100 sujets âgés atteints de régression psychomotrices", in *Interdisciplinarité en gérontologie*, Montréal, Maloine, p. 343-348.

### **13/ WINNICOTT D.W.**

2000 *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, p. 373.



## Quand le corps porte la souffrance...

**Christine CORSINI \***

Le titre du colloque met en perspective l'un par rapport à l'autre, présentés comme séparés et néanmoins d'emblée liés chez tout individu, avec une évolution de leur rapport dans le temps. S'ils représentent un couple qui depuis l'origine a toujours vécu ensemble, la conscience d'avoir un corps qui nous appartient se concrétise par l'assomption jubilatoire de l'enfant devant le miroir. Cependant, une part de l'interaction entre les deux reste en dehors du champ de la conscience.

Il est intéressant d'interroger comment ce couple s'est fondé, depuis son origine, c'est-à-dire la naissance. Comment il a évolué et avec quelle souplesse au cours de la trajectoire de vie, de l'avancée en âge, marqué par ses différentes périodes : l'enfance, l'adolescence, et l'âge adulte. Comment se réalise le travail de vieillir au cours de la vie du sujet, comment son corps et son psychisme en portent les marques ?

En ce qui concerne la vieillesse, définie par le Petit Robert, qui ne fait d'ailleurs pas figure d'ancêtre du haut de ses 35 ans, donc la vieillesse est définie comme un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des fonctions mentales. Modifie-t-elle de façon caractéristique ce lien préexistant entre corps et psychisme ? Et quelles en seraient les conséquences ?

Je vais envisager ces questions et tenter de les élaborer à partir de l'expérience clinique riche et variée que j'ai eue comme psychomotricienne dans un service de psychiatrie adulte et de gérontopsychiatrie de l'hôpital St Jean de Dieu, qui nous accueille aujourd'hui.

La thérapie psychomotrice s'intéresse précisément au rapport du Sujet à lui-même, c'est à dire à son corps et son monde interne et au rapport du sujet à son environnement, c'est à dire à la façon qu'il a d'exister au monde. Le psychomotricien repère, interroge, met en travail ce lien du Sujet à lui-même et aux autres à partir d'une écoute spécifique -à la fois sensorielle et interne- des modes d'expression corporelle propres à la personne qu'il reçoit.

---

\* Psychologue, Lyon

La présentation corporelle du patient, ses mouvements, ses déplacements, sa façon d'utiliser l'espace et le matériel à disposition dans la salle de psychomotricité, ses attitudes et sa relation avec le psychomotricien sont autant de projections de son monde interne, témoins de ses modalités d'investissements et de sa dynamique psychique.

Par exemple, Madame R. qui tremblait en permanence, manifestant à l'interlocuteur son angoisse ; ou Madame M. qui ne savait sur quelle chaise s'asseoir, signe de son hésitation entre plusieurs positions ; ou Monsieur O. qui ne pouvait saisir une balle malgré ses tentatives répétées d'approcher et d'éloigner sa main, témoignant de son danger dans sa relation à l'objet.

Le thérapeute tentera alors d'ajuster son cadre interne, sa position externe et l'orientation du soin au regard des différentes modalités d'investissement du patient, que ce soit vis-à-vis de son corps comme du monde externe, ceci dans une perspective de symbolisation.

A titre informatif, les patients adressés ne pouvaient verbaliser leurs maux psychiques et exprimaient leurs difficultés en ayant recours à la variété symptomatologique de la sphère corporelle. C'est le corps qui porte et vectorise la souffrance.

Accompagnant les troubles psychomoteurs, les patients âgés signifiaient fréquemment leur mal-être interne en parlant de leurs maladies, c'est-à-dire à partir d'une atteinte physique, une blessure, une effraction et donc d'une souffrance dans le corps.

Que le support organique soit réel ou qu'il s'agisse de préoccupations hypocondriaques, la maladie s'inscrit au premier plan de la scène de la rencontre entre soignant et patient. Elle évoque la musique d'une chanson sur un disque rayé qui répéterait inlassablement la même ritournelle de plainte, le même refrain, dans l'attente d'une symbolisation possible, qui permettrait à nouveau de retrouver l'ensemble de la mélodie.

La question du clinicien est de trouver les modalités ou les voies d'approche qui favoriseront l'ouverture, les retrouvailles ou les nouvelles créations du patient avec ses propres mélodies internes. J'en reparlerai dans la vignette clinique.

Après cette présentation, je vous propose de reprendre la question précédemment posée sur le travail de vieillir dans la vie de chaque sujet ainsi que les effets et les traces sur son être psycho-corporel.

## LE TRAVAIL DE VIEILLIR.

Ceci nous amène à l'inscription singulière de chacun sur l'échelle temporelle, c'est-à-dire à notre origine et donc à la construction progressive de notre identité.

L'identité se constitue sur la base du désir parental et dès la naissance, la venue au monde sur celle des modalités d'investissements de l'enfant. Piera AULAGNIER développe la fonction de Porte-parole du représentant maternel, attribuée à son discours dans la structuration psychique de l'infans. La mère porte le discours qui, tour à tour, commente, prédit et berce l'ensemble des manifestations de l'enfant. De même, elle orientera les développements sensori-moteurs en fonction de la particularité de sa présence affective à son enfant. J'entends là la façon dont elle s'occupe de son corps en fonction de ses désirs inconscients : par exemple, son attention, ses attitudes corporelles au cours des soins (bercement, portage, change, repas...).

Ces premiers étayages serviront de socle à la constitution, à partir du Moi corporel, de l'appareil psychique dans ses modalités pulsionnelles, qu'elles soient d'autoconservation, dans le conflit permanent entre pulsion de vie et pulsion de mort ou sexuelles, dans le balancement énergétique entre libido d'objet et libido du Moi. Ce support parental, lui-même traversé par les transmissions transgénérationnelles, déterminera donc en partie les représentations du corps de l'enfant, ainsi que ses relations futures au monde extérieur et à l'objet.

Je fais une petite parenthèse : j'ai remarqué que l'imprégnation de cette relation primaire à l'objet réapparaît dans le travail avec les personnes âgées. Le processus du vieillissement, avec l'affaiblissement des fonctions physiologiques et mentales, entraînant la perte d'autonomie, atteint l'autoconservation du sujet. On peut établir un rapprochement entre le sujet vieillissant et l'enfant, qui sont tous deux dépendants de leur environnement et impuissants, avec une évolution de leur autonomie diamétralement opposée dans le temps.

Cette dépendance nécessite un étayage réel direct de l'environnement, prenant soin du corps de la personne âgée, par analogie avec le nourrisson, qui ne peut subvenir lui-même à ses besoins. Ceci rappelle au sujet âgé ses origines et ses premières relations archaïques.

Au fil des années, la vie et donc la vieillesse du sujet en société témoignent, à travers la qualité et l'intensité de ses investissements pulsionnels, de l'équilibre toujours mouvant du rapport entre son corps et son psychisme. Est-il plutôt respectueux, à l'écoute des

possibilités et limites ? Est-il pris dans la dominante excessive de l'un au détriment de l'autre, avec des mécanismes de clivage et de déni ?

On peut par exemple repérer des carences d'investissement de soi chez des personnes qui se négligent physiquement, ne se soignent pas ou surinvestissent l'objet dans leur relation ou leurs activités diverses.

Parfois, au contraire, on assiste à des surenchères narcissiques chez certains retraités, dans la tentative désespérée de maintenir une image idéale. Par exemple dans le sport, qui représente socialement des critères de vitalité, activité, jeunesse, mais pratiqué dans la démesure évoque plutôt un combat que le Moi du sujet, pris dans l'angoisse de la perte et de la mort, engage avec son corps.

Le temps qui passe et les aléas de la vie s'impriment différemment sur le corps et sur le psychisme en fonction de leur propre temporalité, qui n'est pas toujours en adéquation.

Autrement dit, la vieillesse du corps n'est pas toujours en correspondance rythmique avec celle de son psychisme. Je pense par exemple, à ces personnes de 60 ans, prises dans la spirale hypocondriaque qui se sentent déjà bien vieilles et incapables, en décalage avec l'évolution rythmique de leur corps, encore très valide et que pourtant elles restreignent. C. BALIER repère dans l'hypocondrie une stase de la libido narcissique par érogénéisation d'une partie du corps supposée malade, au détriment des investissements objectaux. Marion PERUCHON l'a très clairement développé ce matin.

A l'opposé, d'autres maintiennent un rythme soutenu, identique à celui de leur activité professionnelle, certains tentent même de modifier leur image par leur tenue vestimentaire adolescente, voire le recours à la chirurgie esthétique.

A travers ces exemples, nous constatons avec quelle force la vieillesse réelle et imaginaire du corps, avec ses modifications rythmiques remobilise considérablement les aménagements psychiques préalables et réactive le conflit pulsionnel vie/mort.

Les changements progressifs et conséquents concernent l'ensemble de la psychomotricité. L'affaiblissement de l'efficacité sensori-motrice a des incidences notables sur l'utilisation et la maîtrise du corps : la baisse de la vue, de l'audition, la diminution de la force musculaire et les variations de tonus, le changement progressif des formes modifient les capacités du corps. Les sens, moins sûres, ont tendance à générer des restrictions du champ moteur et temporo-spatial. Je pense aux perturbations de l'équilibre, qui font souvent symptôme, et entraînent une insécurité interne lors des déplacements. Une des conséquences est la restriction du champ spatial, qui devient anxigène et perd sa consistance objective. Il en résulte une réduction des liens à l'extérieur et donc à autrui par

retrait de la libido d'objet sur celle du Moi. La personne âgée, en recherche de sécurité, se retire dans ses appartements, comme dans son monde interne, ce qui évoque un rapport d'identité entre les deux et un risque de rupture avec l'extérieur.

Une autre conséquence de la perte d'aisance à se mouvoir est un ralentissement du rythme des activités et un décalage de plus en plus important avec le rythme extérieur. La personne âgée ne peut plus suivre le monde qui va trop vite pour elle, sa mémoire se faille, elle perd la perception du temps. Ses repères temporels se mettent progressivement au diapason de son monde interne avec tout son passé, des rythmes quotidiens de son corps et de ses maladies, avec leur corollaire de douleurs, ce qui a tendance à intensifier la régression narcissique.

Le sujet impuissant face à ces transformations inéluctables, non maîtrisables, se trouve de plus en plus confronté à des impossibles qui font limite et castration. Elles bouleversent les repères antérieurs et font naître un état de crise interne que J. BERGERET a nommé, du fait de ses nombreuses similitudes, la seconde crise d'adolescence, dans laquelle il parle d'un œdipe inversé. Au niveau pulsionnel, la personne âgée désinvestit la zone érogène génitale et déplace sa recherche de satisfaction sur des zones pré-génitales, comme la sphère orale ou anale, avec la dynamique psychique correspondante. Il s'agit donc d'un changement d'investissement libidinal centré sur le narcissisme, au détriment de l'objet. C. BALIER, dans sa théorie narcissique du vieillissement, parle d'un changement dans la qualité du narcissisme. Il ne peut plus être alimenté par l'Idéal du Moi antérieur, porté par la consécration sociale, mais le sujet tente plutôt de retrouver le parent préféré, représentant œdipien refoulé (à travers une représentation idéalisée dans l'environnement).

L'élaboration de cette crise intéresse la dimension identitaire. En effet, il est question pour le sujet d'élaborer les pertes et blessures sous forme de deuils. Nous percevons les risques lorsque l'identité antérieure n'est pas solidement établie.

Les pertes, blessures attestent du conflit virulent entre Eros et Thanatos ; d'un côté la pulsion de mort délire, pousse fortement, de l'autre, la pulsion de vie tente de lier et d'élaborer les deuils. Les conflits internes peuvent être source de souffrance et générer, selon les dispositions personnelles antérieures, des réactions défensives, voire un fonctionnement pathologique.

Ainsi, en résumé, les réaménagements qui en résulteront sont le témoin du processus psychique du vieillissement.

Le développement d'une pathologie manifeste l'échec de ce processus, c'est-à-dire de «trouver-crée» de nouvelles dispositions internes en concordance avec le vieillissement du corps. Cependant, accuser la vieillesse de causalité pathologique serait non seulement

réducteur, barrerait l'accès à l'histoire du sujet et ses aménagements antérieurs et aurait un effet d'obturation de la pensée du clinicien.

Dans la clinique, nous rencontrons parfois ce point délicat avec certains patients âgés qui s'accrochent à leurs plaintes autour du vieillissement et/ou de la maladie, comme unique cause de leur souffrance. Ces symptômes font signe et en même temps écran à l'ensemble de la dynamique interne du sujet. Ils ont une fonction économique d'autres souffrances plus importantes et antérieures que la vieillesse remobilise.

Il n'est pas toujours aisé de se dégager des symptômes mortifères présentés comme insolubles, qui nous mettent, comme eux, dans l'impuissance et l'incapacité à penser. Mais il est cependant toujours intéressant d'interroger ces mouvements identificatoires massifs dans la relation avec le patient. Ils sont en effet de précieux indicateurs des mouvements transféro-contre-transférentiels et donc des modalités relationnelles du patient. Dans ma clinique psychomotrice, j'ai remarqué que ces mouvements internes apparaissaient dans la relation avec des sujets en état de détresse psychique, comme si, à partir de ces dépôts inconscients sur le clinicien, ils nous faisaient éprouver ce qu'eux-mêmes sont en train de vivre, avec peut-être l'espoir d'un soulagement et de rencontre d'un interlocuteur qui puisse recevoir et métaboliser leur souffrance.

### **VIGNETTE CLINIQUE.**

Je vous propose d'explicitier ces différentes réflexions à partir de ma rencontre avec Madame R., 65 ans. Elle avait déjà entrepris un travail en psychomotricité sur quelques mois avec une collègue, dont j'ai repris le suivi durant 4 mois.

A l'heure de notre rendez-vous, Madame R. vient péniblement jusqu'à la salle de psychomotricité, qui jouxte le service de gérontopsychiatrie, dans lequel elle vient en hôpital de jour deux fois par semaine.

Accrochée au bras d'une infirmière, je l'entends arriver par le bruit saccadé de ses pas sur le sol, toniques, rapides mais tellement petits dans leur amplitude que ses déplacements, lents, semblent ne jamais pouvoir atteindre leur objectif. Elle s'arrête fréquemment, à bout de souffle, tellement celui-ci est court et rapide, comme ses déplacements. De plus, elle parle en permanence de sa crainte de faire un malaise, de chuter, de ses douleurs diverses. Son corps, rigide, massif et tendu est secoué par des tremblements incessants des membres supérieurs.

Elle montre un corps bien plus âgé que son âge réel, comme si elle se sentait déjà bien vieille.



Elle manifeste donc d'emblée son angoisse et sa souffrance, qu'elle surenchérit de son discours dès que nous sommes installées.

Elle refuse tout mouvement, justifié par un amoncellement de plaintes somatiques : un problème cardiaque, ayant nécessité la pose d'un pacemaker, un cancer du sein, datant de 3 ans avec une ablation du sein droit et de vives inquiétudes du fait d'une enflure du bras droit qu'elle me montre, des douleurs articulaires surtout localisées aux genoux, des tremblements épuisants, des difficultés à respirer... Inondée par ce flot de paroles sur la maladie, qui semble ne jamais pouvoir s'apaiser, elle me demande en plus si ça se voit que ça va pas ! L'importance de sa souffrance justifierait donc bien que des soignants s'occupent d'elle. Elle insiste sur le versant spéculaire, requérant attention et sollicitude et me demandant de la soulager exactement comme ma précédente collègue, par des massages avec des balles.

Elle semble débordée par toutes les excitations internes et externes qui ne sont que douleurs, déplaisir et témoignent de l'attaque de ses capacités de liaison par une invasion mortifère. C'est comme si elle s'était constituée une enveloppe de souffrance, à défaut de l'enveloppe structurante et pare-excitatrice de son Moi-peau, en référence à D. ANZIEU.

Ses plaintes, ses douleurs insistantes et répétitives génèrent une excitation interne permanente, qui, en même temps, la contiennent. Elles lui permettent peut-être de se sentir exister et de maintenir un lien à l'objet interne. Dans sa relation à l'objet externe, elles servent à la fois de point d'appel et paradoxalement de rempart dans sa rencontre avec lui.

Je dois d'ailleurs dire que lors des premières séances, ce dépôt massif de plaintes envahissaient toutes les séances et me faisait éprouver un sentiment d'impuissance, avec des difficultés à penser. Je reflétais alors probablement une partie d'elle.

Ses maladies envahissent donc à la fois l'espace interne et externe, sa relation à l'objet et de surcroît le temps.

Son appréhension du temps, c'est à dire aussi sa vieillesse, son passé, son présent et son futur ainsi que ses relations avec les autres sont calquées sur celui de ses maladies. Elle semble suspendue aux rythmes des entretiens réguliers avec son oncologue et flambe d'angoisse au fur et à mesure que le rendez-vous se rapproche, puis éprouve, après, un sentiment de vide interne, qui réalimente le mal-être.

Dans l'après-coup, je fais l'hypothèse que l'annonce du cancer a eu un effet traumatique, a amplifié la faille de son identité déjà bien fragile, voire a provoqué une décompensation. Ce trauma semble faire écho à d'autres, dont le décès maternel d'une maladie pulmonaire, par refus de soin, alors que Madame R. avait 29 ans. Elle entretenait

avec elle une relation fusionnelle. Elle évoquera une seule fois ce décès au cours de nos rencontres en ajoutant «heureusement que j'avais une épaule ». L'évocation métonymique de son mari par un bout du corps signifie à quel point la relation à l'objet est une relation corporelle primaire, non différenciée, basée sur un étayage corporel, qui sert d'appui. L'épaule colmate le trou béant laissé par l'absence de son premier objet d'amour.

L'appui que représentait cette épaule est depuis quelque temps défaillant ; son mari ne veut plus s'occuper d'elle et souhaitait même pendant un temps vigoureusement qu'elle quitte leur domicile. Son angoisse a redoublé, rappelant la perte maternelle. Ceci m'évoque le concept de D.W WINNICOTT de Holding maternel, dans la relation maternelle primaire avec l'enfant. D.W WINNICOTT insiste sur l'aspect essentiel du portage et de l'étayage corporel de l'enfant, véritable messenger des investissements maternels, qui offre un soutien physique et psychique de l'enfant, essentiel pour son développement futur.

Madame R. me parlera en séance de son mari en terme d'absence physique et psychique, entièrement pris par son travail. Sur qui peut-elle alors trouver des appuis ? A qui peut-elle parler, puisqu'elle n'a pas d'amis et que sa fille d'une vingtaine d'années s'est brouillée avec elle ? Il ne reste que les soignants de l'hôpital de jour, auxquels elle s'agrippe. Elle leur montre son corps tremblant, à l'image de son identité, et leur parle de ses maladies. Elle se sent menacée de toute part.

Dans sa relation aux soignants, elle cherche à satisfaire son besoin de sécurité, qu'elle ne peut trouver à l'intérieur d'elle alors que l'excitation permanente la déborde.

Sa demande massive et exigeante apparaît d'emblée en séance. Je dois impérativement refaire comme ma collègue qui lui proposait des balles pour des massages. Du travail avec l'autre psychomotricienne, elle choisit une approche par le toucher, c'est-à-dire un étayage direct sur le corps propre. Elle a trouvé et gardé un lien interne satisfaisant qu'elle tente de reproduire à l'identique dans sa relation avec moi, c'est-à-dire un autre objet, même si c'est au détriment de celui-ci. En effet, mon premier mouvement interne fut de refuser ce massage, j'avais l'impression d'être désobjectivée, réduite à l'exécution d'une fonction. Ceci me semble faire écho au niveau psychique à des éléments non subjectivés dans sa relation à l'autre. J'ai cependant accepté de la masser en faisant rouler la balle sur son corps, accompagnant régulièrement mes gestes de paroles sur ce que je faisais.

La perception corporelle est donc investie libidinalement et, à travers le toucher, Madame R. est en demande d'une relation primaire, dans laquelle elle tente de retrouver la relation maternelle. Je pense que cette médiation lui a permis de trouver momentanément un peu d'apaisement. Je rejoins M. KHAN lorsqu'il dit que le toucher, sous certaines formes et dans certaines conditions, constituerait un procédé facilitateur d'une restauration des limites et du bon fonctionnement du pare-excitation, permettant ainsi l'accès à la figurabilité.

Cette approche corporelle sollicite au niveau psychique la pensée figurative. Dans cette relation touchant au corps et à sa sensori-motricité, le lien identificatoire à autrui (l'objet) se situe en deçà des mots du langage, dans le passage des perceptions aux représentations. Ce lien identificatoire permet de remobiliser les traces mnésiques liées à des représentations de la chose corporelle, ce qui relance la dynamique et/ou la pensée figurative.

Progressivement s'élaborent la pensée en images et des représentations de choses du processus primaire.

Revenons aux séances...dans un premier temps, Madame R. me reprochait de ne pas faire comme l'autre psychomotricienne, qu'elle disait beaucoup regretter. Elle déplaçait sur moi l'agressivité qu'elle n'avait pu adresser à ma collègue idéalisée.

Je repère un élément qui a favorisé l'accalmie de cette conflictualité. Face à son désir d'arrêter les séances, j'ai maintenu le cadre en lui répondant qu'elle pouvait parler de sa colère et que je pouvais malgré tout continuer à la recevoir. J'ai donc posé un acte en continuant à la soutenir, que j'ai également figuré corporellement par un massage de son dos. Madame R. l'a particulièrement apprécié : cela lui soulageait des tensions et réalisait, il me semble, un appui du dos qui rappelle l'éprouvé d'être porté, par analogie au Holding maternel.

Au fur et à mesure des séances, Madame R. s'est sentie suffisamment tenue et en lien pour pouvoir supporter le fait de ne pas me voir quand je la massais. J'ai cru comprendre qu'elle me signifiait la limite lorsqu'elle regardait sa montre, vérifiant qu'elle marchait toujours. Cependant, même si le silence a quelquefois pu s'installer, elle avait souvent besoin d'occuper l'espace sonore. Elle déchargeait sa tension dans sa mastication bruyante et saccadée de son chewing gum. Puis, elle s'est mise à me parler d'elle et de son corps, se comparant à moi. Cette identification la renvoyait systématiquement aux pertes dans son corps, - celle de ses cheveux au cours de son traitement anticancéreux. Elle ne se reconnaissait plus, ce qui évoque des moments de dépersonnalisation ; ou aux pertes des formes antérieures de son corps, elle se plaignait en outre d'avoir considérablement grossi -.

Ces pertes, attribuées à sa maladie, font davantage penser à la mort qu'au vieillissement à proprement parler. Elles restent à l'état brut de pertes de choses du corps et ne peuvent s'élaborer en deuil. Ces blessures corporelles réelles ont réactivé la fragilité antérieure de son intégrité corporelle et celle de son identité.

Lentement, la sécurité et la confiance se sont installées, même si le lien était régulièrement attaqué et négativé. Les rituelles plaintes ont diminué, cédant davantage la place aux souvenirs, à son histoire.

Je ne rentrerais pas dans le détail de ses échanges mais, avant de conclure, il me paraît intéressant de dégager quelques éléments.

Née dans les pays de l'Est, Madame R. m'a parlé de sa relation, comme je l'ai dit, fusionnelle avec sa mère. Elle n'avait plus de lien avec son père depuis le divorce parental alors qu'elle était très petite et m'a dit ne l'avoir vu que deux fois. Elles avaient toutes deux échappés de justesse à la répression nazie, du fait de leur origine juive et de la profession maternelle, en s'enfuyant à l'étranger en 1939, alors que Madame R. avait 2 ans, (en France puis au Maghreb, que Madame R. a très mal supporté).

Madame R. avait donc vécu des menaces pour sa vie dès son plus jeune âge, ce que les maladies ont sûrement dû rappeler.

Elle a aussi mis en perspective la perte des liens entre son pays d'origine et celle de sa langue maternelle au moment du décès de cette dernière. A partir du support sonore auquel elle avait fréquemment recours, je l'ai invité à retrouver ce bain de langage et quelques phrases sont apparues. Elles ont ouvert la voie aux souvenirs anciens de chansons, dont nous avons ensemble partagé la mélodie.

Cette enveloppe sonore, faite de langage a été porteuse d'un plaisir partagé dans la relation. Même si elle semble plus élaborée que le bain enveloppe sonore défini par D. ANZIEU, on retrouve dans ses chants une familiarité qui témoigne que le lien positif à l'objet interne est resté vivant et a pu se retrouver.

De plus, elle qui se montrait beaucoup plus âgée que ses 65 ans, semblait transportée dans le passé et soudainement rajeunie. J'ai pensé qu'elle exprimait alors avec tout son être l'allégresse et l'entrain éprouvés lorsqu'elle chantait avec sa mère. Elle a alors pu retrouver quelques éléments de sa mélodie interne.

En conclusion, je terminerai mon intervention par quelques réflexions synthétiques à propos de ce travail avec Madame R.

Comme je vous l'ai témoigné, ces rencontres ont été quelquefois pesantes, c'est le cas de le dire ! Ses dépôts massifs étaient parfois difficiles à soutenir et à élaborer. Nous étions toutes deux dans le même bain, de déplaisir, de souffrance, de maladies, envahies par la pulsion mortifère. C'était peut-être sa façon de dire combien elle se sentait vieille.

Je représentais le mauvais objet maternel, clivé de l'objet perdu de la psychomotricienne, sur laquelle elle avait transféré le bon objet maternel. J'ai fait l'hypothèse qu'elle avait pu investir la relation suite à l'éventualité d'un arrêt. Ce point de butée posait une limite et signifiait que les séances ne pouvaient se répéter à l'identique. Ceci a ouvert la voie de ma créativité et m'a permis de lui proposer, à ma façon, de la soutenir, ce qui lui a partiellement convenu.

L'approche centrée sur le corps, mobilisant les représentations de choses et les images a, semble-t-il, offert un étayage intéressant du fait de la défaillance du processus d'élaboration sous forme de représentations de mots.

«Toucher» au corps revêtait un double aspect clivé : enveloppant, apaisant, elle pouvait l'investir ainsi que la relation comme des bons objets, mais il pouvait devenir risqué, dangereux et blessant lorsqu'elle repensait au cancer et au cancérologue. La relation à son corps et à l'extérieur devenaient alors, par contamination, mauvais.

Par la détente qu'elle a éprouvée, elle a pu l'investir positivement, portée par la pulsion de vie et de plaisir et se dégager alors de l'emprise mortifère, porteuse de douleurs et de destruction.

Ceci a permis d'ouvrir la relation à d'autres créations, à distance du toucher direct, à partir des liens à son histoire ; par exemple avec les chants, dans lesquels elle a retrouvé le lien à sa langue maternelle, qu'elle croyait avoir définitivement perdu et à sa jeunesse, ce qui s'est manifestée dans son corps et sa voix.

Alors, pour une fois, j'ai eu l'impression que son corps et son psychisme paraissaient moins vieux et rajeunissaient même plutôt bien ensemble.

## BIBLIOGRAPHIE.

### **ALLOUCH C.**

1999 *Au seuil du figurable*, Paris, Puf.

### **ANZIEU D.**

1989 *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.

### **AULAGNIER P.**

1975 "La violence de l'interprétation", *Le fil rouge*, Puf.

### **BALIER C.**

1979 "Pour une théorie narcissique du vieillissement", *Information psychiatrique*, 55; 6, p.635-645.

### **BERGERET J.**

*La seconde crise de l'adolescence.*

### **WINNICOTT D.W**

1975 *Jeu et réalité : l'espace potentiel*, Paris, Gallimard.

### **FORTINI K. AGOLINI O. RICHARD J.**

1994 "Le senti du corps en thérapie de l'âge, sa place et son devenir temporel", *Psychothérapie*, n°4, p. 189-95.

1994 "La psychothérapie de relaxation : une thérapie utile en psychiatrie gériatrique", *Psychothérapie*, n°1, p. 1021-39.

### **THERAPIE PSYCHOMOTRICE**

1996 *Au seuil d'une rencontre...la personne âgée. Réflexion sur la place du corps en gériatrie*, N°106.

### **COLLOQUES :**

#### **A.R.A.G.P**

1998 *L'intérêt pour le vieillissement à l'épreuve du temps*, deuxième colloque de l'A.R.A.G.P.



## Deuil partiel, deuil total

*Jean-Marc TALPIN \**

Vieillir, entend-on souvent dire, en particulier par des sujets âgés, c'est perdre. Perdre des objets d'amour, bien sûr, mais aussi des fonctions physiques ou psychiques. Il faut bien en faire son deuil, entend-on encore dire, jusque chez les professionnels du soin. Cette idée du deuil d'un membre, d'un organe, d'une fonction cognitive (par exemple la mémoire) sera ici interrogée à partir de l'hypothèse que l'on ne fait pas le deuil d'une composante (physique ou psychique) de soi, de ce qui contribue au soutien du sentiment d'identité, comme on fait le deuil d'un objet d'amour.

Durant cette journée, certains ont développé des approches psychosomatiques pour lesquelles le non-psychisé s'évacue dans le corps. Le point de départ de mon propos sera inverse, ce qui l'inscrira dans un modèle réactionnel : que fait le psychisme des pertes qui l'atteignent ou atteignent le corps, des pertes qui viennent avec insistance rappeler au sujet sa finitude ? Ce positionnement conduira à faire l'impasse sur l'origine de la perte, sur sa logique pour l'économie psychique dans sa rencontre avec le vieillissement. Dans la pratique psychologique ce positionnement est le plus souvent celui du patient (« Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi ? »). Le clinicien peut certes se poser des questions en amont, par exemple dans la perspective psychosomatique, il ne peut cependant que rarement aller au-delà du modèle réactionnel, c'est-à-dire au-delà du traumatisme de la perte et de son élaboration, dans le travail clinique avec le patient.

Le schéma qui oppose l'investissement de l'objet à l'investissement de soi (narcissique) doit être complété par le fait que l'objet est aussi plus ou moins investi de libido narcissique. Ici se pose la question symétrique : y a-t-il, (et même : peut-il y avoir) de l'objectal dans l'investissement de soi ou de parties de soi ? Autrement dit, qu'est-ce qu'être à soi-même son propre objet, question pour laquelle la référence à l'auto-érotisme est indispensable. Nous retrouvons aussi là la question du narcissisme secondaire. La libido qui était investie dans l'objet et qui est rapatriée sur le corps, dans le moi (douleur, deuil) ne redevient pas narcissique primaire (qui demeure le fond silencieux de la subjectivité, ainsi que le signale M. de M'UZAN) car elle porte la marque de l'expérience de l'objet, ce qui veut dire que le

---

\* *Psychologue clinicien, maître de conférence à l'Université Lumière-Lyon 2, membre du Centre de Recherche en psychologie et Psychopathologie Clinique*

sujet se traite lui-même sur le mode sur lequel il traite l'objet ou sur le mode sur lequel il aimerait que l'objet le traite, ainsi que nous le voyons dans les fantasmes qui sous-tendent les auto-érotismes. C'est ce qui fait que la libido rapatriée dans l'intrapsychique peut de nouveau être investie hors moi, sur des objets, en fin de travail de deuil. Ceci suppose une ligne de fracture, un clivage (fonctionnel sans doute, pour reprendre la terminologie de G. BAYLE) du moi. L'auto-investissement repose sur un irréductible écart de soi à soi.

Dans sa réflexion sur le masochisme et le travail de la mélancolie, B. ROSENBERG fournit un appui utile à cette réflexion lorsqu'il propose que dans le deuil le travail de la mélancolie consiste à permettre la détachabilité de la libido narcissique afin d'en assurer dans le même mouvement le déplacement sur un autre objet.

Dans ce développement, nous nous arrêterons d'abord sur le deuil de parties ou de fonctions corporelles ou psychiques, avant de l'intégrer dans une perspective plus globale dès lors que les pertes ne sont pas seulement appréhendées en tant que telles, isolément, mais aussi en tant que signe du travail de la pulsion de mort en soi, en tant que signe de sa propre disparition à venir (E. JAQUES).

### **I) Deuils partiels**

Dès le titre j'ai choisi à dessein le terme de deuil partiel afin de maintenir une ambiguïté entre un deuil qui porte sur une partie de soi et un deuil partiellement fait, avec l'hypothèse sous-jacente que le deuil d'une partie de soi n'est jamais effectué qu'en partie à cause de la nature essentiellement narcissique de l'investissement.

S'il est aisé de se représenter ce qu'est un membre (corporel), il l'est déjà moins de se représenter ses propres organes (C. DURIF-BRUCKERT) et certaines fonctions corporelles. Dans la mesure où nous voulons intégrer ici la perte de certaines fonctions (en particulier cognitives) du moi, il convient d'en préciser le concept afin de voir ce qui est en jeu dans leur perte.

La question des fonctions du moi est complexe. S. FREUD emploie plusieurs fois cette formulation (en particulier dans « Inhibition, symptôme et angoisse ») sans pour autant vraiment la clarifier. Penser le moi corporel et le moi psychique en tant qu'ensemble de fonctions pose de nombreuses questions théorico-cliniques dont les réponses auront une incidence sur la manière de penser le travail de deuil en cas de perte de ces fonctions. Parmi ces questions, quelques unes s'imposent :

- qu'est-ce qui fédère l'ensemble de ces fonctions ? Comment sont-elles, ou non, liées, articulées dans le moi ou dans et par la subjectivité ?
- dans une perspective génétique, ces fonctions correspondent-elles à des motions pulsionnelles différentes (ainsi que le propose par exemple B. GIBELLO) ou au contraire à

une pulsion qui va se différenciant, se spécifiant, les instances, les fonctions différenciées devant secondairement être réarticulées au nom de la pulsion de vie, d'Eros, et de la nécessité de la cohérence identitaire. Il y a donc là une dialectique différenciation/articulation dont rend en partie compte la dualité pulsionnelle pulsion de vie/pulsion de mort. Ainsi D. W. WINNICOTT parle-t-il d'un psychisme qui vient habiter le corps après en avoir été séparé ;

- une telle perspective demande donc de prendre en compte le moment de l'émergence de chaque fonction corporelle ou psychique, l'étayage des unes sur les autres, la reprise psychique des fonctions corporelles, mais aussi les enjeux psychiques liés à et mobilisés par ces différentes fonctions (par exemple attraper, voir, se déplacer, se souvenir...).

A partir de ces questions, il ressort qu'il n'y a sans doute pas une seule façon de penser le deuil des fonctions du moi, d'une part car il faut tenir compte des différences d'investissement selon les individus et fonction par fonction pour chacun, d'autre part car toutes n'occupent pas la même place dans l'histoire et dans le fonctionnement du psychisme. Ainsi, dans la clinique gériatrique et géronto-psychiatrique, il ressort que la perte de la marche, de la continence sphinctérienne, de la mémoire... n'ont pas la même résonance ni structurellement ni individuellement.

La perte de l'efficacité d'une fonction et le deuil de celle-ci (qu'elle soit perdue partiellement ou totalement) peut être vécue sur le mode de l'amputation, de la castration. Elle peut aussi connaître des destins différents ; soit ce qui demeure doit fonctionner comme avant la perte, à l'identique, manière pour le moi de garder une identité d'apparence ; soit elle peut provoquer un travail de réorganisation, de réaménagement de ce qui, du moi, reste. L'identité, le sentiment de continuité psychique passe alors par un travail de reconstruction qui sollicite le topique, l'économique et le dynamique. On va alors d'une perte strictement narcissique à une perte reprise dans la logique symbolisante de la castration. En outre, la perte de certaines fonctions, principalement cognitives ou mnésiques, affecte les capacités du moi, en particulier préconscientes, à effectuer ce travail de deuil. S'ouvre alors une perspective complexe dont les démences fournissent une illustration ; on pourrait aussi penser aux pathologies neurologiques et aux atteintes cérébrales ainsi que nous le développons lors d'une précédente journée. Nous verrons de surcroît dans la deuxième partie que pour certains sujets ces deuils partiels sont interprétés comme des préfigurations du deuil du moi (H. BIANCHI) lui-même.

Les pertes de fonctions corporelles, plus facilement que les pertes de fonctions psychiques, ouvrent sur un clivage qui économise, au moins en partie, le travail de deuil. Le sujet se met alors à parler de son corps, de telle partie de son corps, mais aussi parfois de sa mémoire ou de sa « tête », comme s'il ne s'agissait pas, ou plus, de lui mais de quelque chose d'extérieur qu'il peut observer sans réaction affective particulière. Ainsi l'atteinte d'une

fonction sollicite-t-elle particulièrement l'appareillage et la liaison psychosomatique en leurs points de fragilité. La déliaison dans ce registre est fréquente, qui permet dans un premier temps de préserver le moi psychique. Le risque réside cependant dans l'installation du sujet dans ce clivage : le moi psychique peut alors être idéalisé, tenu pour immortel puisque la mort est projectivement tout entière déposée dans le moi corporel. Certains discours de patients laissent entendre dans les aléas tardifs de ce couple psyché-corps quelque chose de l'ordre d'une scène primitive réinterprétée dans un fantasme d'auto-engendrement qui se retourne en autodestruction que seul le clivage vient bloquer.

Le deuil « trop » rapide d'une partie du corps ou d'une fonction du moi ne relève pas à proprement parler du deuil mais plutôt d'un évitement de celui-ci au profit du désinvestissement massif de la fonction ou de la partie du corps atteinte, lésée. Celle-ci est alors vécue comme perdue, le sujet réagit donc par un fantasme d'amputation. On rencontre régulièrement cela dans les hémiplegies à propos de l'hémicorps atteint. Dans tous ces cas les sujets redoublent par le désinvestissement ce que le traumatisme a initialement produit. Cliniquement cela se traduit par l'arrêt des progrès, voire par l'impossibilité de recouvrer des fonctions qui pourraient l'être dans une logique strictement organique. Les possibilités de rééducation buttent alors sur une mise en échec souvent interprétée dans la logique médicale (refaire des bilans) ou dans celle de la mauvaise volonté.

Le clivage peut s'effectuer entre psyché et soma mais aussi à l'intérieur de la psyché, entre les représentations de l'une ou de l'autre ; ainsi S. FERENCZI parle-t-il (cité par H. OPPENHEIM-GLUCKMAN) « d'auto-clivage du moi ».

Dans un beau mémoire de maîtrise de psychologie, L. BAJART a travaillé à partir de patients ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) et présentant des séquelles d'hémiplegie. Elle remarqua que dans les premiers temps qui suivent l'accident traumatique le sujet se défend par clivage de la représentation de son corps : un hémicorps est pensé comme vivant, l'autre comme mort. Il y a là, dans une logique archaïque, sollicitée par le désordre traumatique, un premier mouvement de restructuration. Mais elle remarque que, par la suite, lorsque les séquelles sont persistantes, ce clivage est petit à petit mis en échec par des fantasmes d'infiltration de la mort dans l'hémicorps vivant. L'hémicorps mort serait alors « le pied dans la tombe » ou encore le cheval de Troie de la mort dans le corps. Ceci permet en outre de repérer la dimension obsessionnelle d'un tel fonctionnement.

Le traumatisme initial de l'atteinte de fonctions ou de composantes de moi psychique ou du moi corporel provoque donc un effet de déliaison de la libido mais aussi, à partir de celle de la libido, des différentes fonctions du moi qui peuvent alors se cliver puis progressivement se réintriquer selon différentes logiques dont la principale, mue par la pulsion de vie, est celle de la compensation. Cette compensation, dont on parle en particulier en ce qui concerne les fonctions sensorielles, témoigne d'un véritable travail de deuil en ce qu'elle procède d'un

déplacement de l'investissement, d'un déplacement qui commémore le perdu en lui cherchant des équivalents dans d'autres registres, ici perceptifs ; mais il peut en aller de même, lors de pertes partielles de mémoire, avec l'investissement de l'écrit et de ses supports dans un appareillage mnésique externe de remplacement (J-M. TALPIN, 2001).

Cette compensation convoque aussi l'intersensorialité (D. ANZIEU) dès lors que les différents sens sont fédérés sous le primat du moi-peau. Pour les sujets âgés, comme pour bien d'autres personnes présentant une déficience sensorielle, la compensation s'avère souvent être un fantasme au service du narcissisme : elle vient annuler la perte, le sujet entretient l'illusion qu'il conserve son intégrité.

A l'opposé de l'attitude qui consiste soit à nier la perte en l'excluant du champ de la pensée (déli), soit à l'annuler en élaborant de nouvelles liaisons (fantasmatiques ou dans la réalité du corps, ce qui n'est pas le plus fréquent dans le vieillissement), se trouvent les mouvements psychiques qui donnent sens aux pertes moïques partielles actuelles et y voient, sans trop d'angoisse, une préfiguration de sa propre fin.

## **II) Deuil total**

« Si tu veux endurer la vie, organise-toi en vue de la mort » écrit S. FREUD en 1915. Cette même année il écrit « Deuil et mélancolie » (publié en 1917) et, quelques mois plus tard, « Ephémère destinée » aussi traduit « Passagéreté ». Après les avancées théorico-cliniques fondamentales de « Deuil et mélancolie », S. FREUD s'arrête sur des questions plus existentielles qu'il présente en un système d'opposés. Le premier pôle serait celui qu'il prête à R.M. RILKE qui soutient que la perspective que les choses et les êtres vont mourir corrompt leur beauté actuelle. Le second est soutenu par S. FREUD ; pour lui la mort est ce qui donne sens et valeur à la vie, la passagéreté de la beauté accroît celle-ci. Ce point de vue a tout de même l'avantage de repousser la mort dans l'à-venir.

Dans « Le moi et le ça » il affirme que l'angoisse de mort n'existe pas en tant que telle, qu'elle est un produit d'élaboration de l'angoisse de castration, point de vue dont il ne déviara pas tout au long de son oeuvre et qui va de pair avec l'affirmation que l'inconscient ignore la mort de soi. En revanche, M. KLEIN et ses successeurs (par exemple A. SEGAL) soutiennent que l'angoisse de mort existe en tant que telle dans le psychisme et qu'elle y tient un rôle fondamental, cette angoisse pouvant éventuellement être partiellement élaborée en angoisse de castration.

Tout ceci invite à se pencher sur le rapport du sujet à sa propre mort et en particulier à la représentation de celle-ci, d'abord en appui sur le fantasme « SJEM », « si j'étais mort », développé par M. de M'UZAN. Cet auteur montre que ce fantasme procède d'un dédoublement du moi, le double voyant le moi mort (à moins que ce ne soit le contraire !) ce



qui permet au sujet de se maintenir toujours vivant mais comme hors de lui-même, dans le double. Dans sa logique du spectre d'identité qui va du plus interne (le self) au plus externe (l'investissement narcissique de et dans l'objet), le travail de M. de M'UZAN permet de souligner une dimension importante du deuil de soi : le clivage du moi ou de l'identité afin qu'une partie de soi puisse effectuer ce deuil.

Dans « Le moi et le temps » H. BIANCHI pose aussi la question du deuil de soi. Dans un registre qui nous semble très idéalisé il imagine un «deuil du moi » qui serait « une acceptation sans contrepartie, une castration totale », c'est-à-dire une castration de l'être entier, sans recours au déni (par exemple par la religion) ou au clivage (psyché - soma). A ce modèle cet auteur oppose l'issue mélancolique. Dans le meilleur des cas, pour lui, le sujet doit parvenir à désinvestir le moi, de même que l'objet, de la libido narcissique afin de retrouver l'objet seulement investi objectalement.

Ainsi que nous allons le développer, le deuil de soi est une problématique complexe d'une part du fait de la réflexivité du processus, d'autre part parce qu'il relève non de la perte mais de l'anticipation de la perte totale à partir de l'expérience de pertes partielles. Dans ce deuil rien ne vient, sinon partiellement, tenir lieu de cette épreuve de réalité dont S. FREUD a par ailleurs montré l'importance dans le travail du deuil.

C. DAVID, dans « Le deuil de soi-même », est prudent sur cette question. Il pense que ce travail du deuil de soi est possible, ce qui l'engage dans un débat au terme duquel il refuse de réduire l'angoisse de mort à l'angoisse de castration. En effet, pour lui « *la peur d'être détruit totalement et définitivement est si fondamentale et si violente quand le réel l'actualise que les élaborations oedipiennes cèdent et filent dans le creuset des angoisses d'anéantissement* ». Dès lors l'angoisse de mort n'est plus un analogon de l'angoisse de castration ; au contraire elle entraîne cette dernière en la déspecifiant. Le principal du travail du deuil de soi serait donc de « transformer l'irreprésentable de la mort propre en représentation. » Ainsi le travail du deuil de soi est un travail dont les élaborations sont toujours fragiles et peuvent être balayées lorsque les menaces vitales réactivent par trop l'angoisse de mort.

Avant d'aller plus loin, arrêtons-nous sur une brève vignette clinique. Mme F., fort âgée, manifestait beaucoup d'angoisse depuis qu'un chirurgien lui avait annoncé la pause d'un pacemaker pour répondre à son insuffisance cardiaque. Lors d'un entretien elle expliqua son angoisse par la crainte de ne plus pouvoir mourir alors qu'il lui semblait arriver au terme de sa vie. Dans ce propos se repère toute l'ambivalence liée à ce type de situation : on peut y entendre d'une part la croyance inconsciente dans l'immortalité, mais on peut aussi croire la patiente au pied de la lettre. La mort peut être attendue comme une solution pour ces sujets confrontés à tant de pertes objectales comme à tant de pertes narcissiques. Cette seconde



lecture, dans l'esprit de « Ephémère destinée », s'inscrit dans la logique du deuil de soi sans que pour autant il y ait désinvestissement total.

Au début de « Deuil et mélancolie » S. FREUD souligne que le deuil porte sur un objet investi ou sur une abstraction mise à sa place. Ce modèle du deuil ne peut donc pas être directement, tel quel, mobilisé en ce qui concerne le deuil du moi dans la mesure où il n'est pas, ou fort peu (cf. les auto-érotismes), un objet pour lui-même. En outre si faire le deuil c'est rendre conscient les souvenirs de l'objet, et compte tenu que le moi comporte une part structurellement inconsciente, on voit que le travail du deuil du moi va buter sur cette part qui ne peut en aucun cas accéder au conscient. Ce qui demeure irréductiblement inconscient appartient au moi corporel et au moi psychique.

Il est ainsi possible de se demander si dans les démences le moi accomplit un travail de deuil des fonctions perdues, voire sacrifiées. Sans doute ce deuil y est-il très limité, en particulier parce que dans les démences la partie du moi qui demeure le plus longtemps est la partie inconsciente, celle qui est organisée autour des représentations de choses et des affects inconscients ainsi que des processus primaires ; la grande sensibilité de ces patients à l'ambiance, la présence d'hallucinations mnésiques (M. PERUCHON) en témoigne.

Le deuil du moi par lui-même se rapprocherait donc théoriquement de la mélancolie dans la mesure où une partie du moi en considère une autre comme objet perdu, de même que dans la mélancolie le moi est mêlé à l'objet perdu. Mais la différence tient précisément à ce que dans la mélancolie c'est le moi tout entier qui se trouve mêlé à l'objet, ce qui veut dire que si le moi voulait faire le deuil de lui-même dans son entièreté nous serions dans la logique mélancolique. Ce qui permet de sortir de cette problématique est que pour pouvoir faire le deuil de lui-même le moi doit se cliver, ce qui fait qu'il ne pourra jamais faire totalement ce deuil dans la mesure où il restera toujours du moi exclu en tant que moi perdu. Tout deuil du moi est donc nécessairement deuil d'une partie (d'une ou plusieurs fonction-s) du moi par le reste du moi et des fonctions moiïques. Ce clivage peut être salutaire dès lors qu'il permet au moi de ne pas s'engouffrer tout entier dans la brèche ouverte par la perte d'une de ses fonctions, d'une de ses parties ou composantes. La problématique est plus complexe quand les parties perdues sont des parties sacrifiées, sur le mode de l'inhibition en particulier, ce qui nous paraît être le cas dans la démence.

Agée de plus de quatre-vingt ans, Mme M. se fractura un bras lors d'une chute ; chute et fracture venaient concrétiser et figurer les récentes fractures de sa vie (épisode confusionnel, hospitalisation en psychiatrie, perspective d'une entrée en maison de retraite). Après un moment dépressif, elle reprit cette fracture comme signe avant-coureur de sa mort à venir mais sur un mode qui montrait que le mouvement dépressif était bien contenu. Ainsi, lors d'un de nos derniers entretiens elle me déclara : « Je peine à m'endormir car j'ai peur de me réveiller morte ». Cette formule condensée dit bien le clivage du moi (une partie est

présente pour constater la mort de l'autre), un clivage qui peut dans certains cas se doubler d'identifications projectives dès lors que la partie de soi vécue comme immortelle est déposée dans d'autres, qu'ils s'agissent de la descendance ou encore, dans le transfert, du thérapeute.

En manière d'ouverture, je proposerai que le deuil de soi est parfois impossible ainsi qu'en témoigne en particulier les revendications autour du « droit à mourir dans la dignité » dans la mesure où ce qui est en jeu est bien la conception alors très narcissique de ce qui est entendu par dignité.

Pour conclure

Tout deuil de soi se ramène donc finalement à un deuil partiel c'est-à-dire à un deuil d'une partie de soi du fait d'un clivage fonctionnel qui s'appuie sur la structuration de l'appareil psychique telle que la présente la première topique. Le deuil ne porte que sur les parties du moi qui peuvent devenir conscientes. De plus ce travail de deuil s'appuie aussi sur les parties de soi situées, déposées hors de soi dans l'environnement, dans les objets. Lorsque ces objets sont perdus, le sujet peut perdre ce qu'il avait déposé en eux s'il ne peut l'intégrer ni le loger dans d'autres objets ; c'est la partie narcissique du deuil évoquée plus haut. Il n'y aurait donc de deuil de soi que partiel (d'une partie et en partie), sauf peut-être dans ces formes mélancoliques majeures que sont les syndromes de glissement ; mais alors le deuil participe lui-même au processus de la mort.

## BIBLIOGRAPHIE

### **BAJARD L.**

2000 "Remaniements psychiques des suites d'un AVC", *Mémoire de maîtrise de psychologie*, Université Lumière-Lyon 2.

### **BAYLE G..**

2000 "Le clivage fonctionnel", *Revue Française de Psychanalyse*, LVII.

### **BIANCHI H.**

1987 *Le moi et le temps*, Paris, Dunod.

### **DAVID C.**

1996 "Le deuil de soi-même", *Revue Française de Psychanalyse*, LX-1.

### **DURIF-BRUCKERT C**

1994 *La fabuleuse machine*, Paris, Métailié.

### **FREUD S. 1915**

1984 "Ephémère destinée", in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF.

1968 "Deuil et mélancolie", in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard.

### **FREUD S. 1917**

1981 *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*, Paris, Payot.

### **FREUD S. 1923**

1981 "Le moi et le ça", in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot

### **FREUD S. 1926**

1993 *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF.

### **FERENCZI S.**

1982 "Analyse d'enfants avec des adultes", in *Psychanalyse 4*, Paris, Payot.

### **GIBELLO B.**

1983 *L'enfant à l'intelligence troublée*, Paris, Paidos/Le Centurion.

### **JAQUES E.**

1963 "Mort et crise du milieu de la vie", in *KAES R., Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod (1974).

### **KLEIN M.**

1957 *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard (1968).

### **M'UZAN M. de**

1977 *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.

### **OPPENHEIM-GLUCKMAN H.**

1996 *En mémoire de l'absence*, Paris, Masson.

### **ROSENBERG B.**

1991 "Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie", *Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF.

**SEGAL A.**

1986 "De l'unité clinique du concept d'instinct de mort", in *GREEN A. et coll, La pulsion de mort*, Paris, PUF.

**TALPIN J-M.**

2001 "Le sujet décontenancé de la mémoire", *Actes de la 15<sup>ème</sup> journée d'étude de l'ARAGP*, Lyon.

**WINNICOTT D. W.**

1988 *La nature humaine*, Paris, Gallimard (1990).



## Musiques.....

### MUSIQUE ITALIENNE ET ANGLAISE DU XVIIème SIECLE

#### Première partie :

- **Barbara STROZZI (1619-1664) :**  
L'amante segreto, cantate, soprano
- **Henry PURCELL (1659-1695) :**  
I attempt from Love's sickness to fly in vain, contre-ténor

#### Deuxième partie :

- **Henry PURCELL :**  
O Solitude, soprano  
We sing to Him, contre-ténor  
An evening Hymn, contre-ténor

#### Troisième partie :

- **Henry PURCELL :**  
Strike the viol, duo  
No, résistance is but vain, duo  
We, the spirits of the Air, duo

### INTERPRETES

**Poline RENO, soprano**  
**Paulin BÜNDGEN, contre-ténor**  
**Chikako INOUE, archiluth**

**JOURNEE D'ETUDE** élaborée et organisée par **C. ROOS, P.M. CHARAZAC,**  
**F. DIBIE-RACOUPEAU, F. GREPET, S. LUESMA, J.M. TALPIN**  
Avec la contribution de **M. MEILLIER** (secrétariat A.R.A.G.P.)

**Remerciements**

au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu  
au Laboratoire ARDIX