

ARAGP

FAIRE DU NEUF AVEC DES VIEUX

Penser la vieillesse aujourd'hui

20^{ème} JOURNEE D'ETUDE
LYON, SAMEDI 20 JANVIER 2006

ASSOCIATION RHÔNE-ALPES DE GÉRONTOLOGIE PSYCHANALYTIQUE

FAIRE DU NEUF AVEC DES VIEUX ? Penser la vieillesse aujourd'hui

*Faire du neuf avec des vieux,
Penser la vieillesse aujourd'hui...*

Titre « osé » pour cette Journée d'étude...

Nous avons hésité,

Tergiversations, non, oui ?

Coller à l'expression et préférer dire « Faire du neuf avec du vieux » selon la formule courante ?

Plus neutre, moins excitant aussi ;

Comme nous l'avons choisi, l'intitulé cible d'avantage, le et les sujets...

Deviendrions-nous irrévérencieux ?

Que faisons nous là ?

Mais *Nous avons eu le coup de foudre*,

Nous nous sommes dit : *Il faut battre le fer quand il est chaud* (deux d'entre nous, J.M. Talpin et P. Charazac ayant publié des ouvrages tout récemment.)

Peut-être un *Sujet peau de banane* ?

Nous allons *Mettre les pieds dans le plat*

Ou *Tourner autour du pot*,

Ou *Couper les cheveux en quatre*,

Réinventer l'eau tiède...

Faire du neuf, équivaldrait à *Chercher une aiguille dans une botte de foin* ?

Sans vouloir *Etre un moulin à paroles...*

Ou *Parler comme un livre*,

Nous allons avec ce thème, vraiment, *Marcher sur des œufs*

Souvent *Donner notre langue au chat*,

Parce que nous sommes encore *Haut comme trois pommes* (l'infantile en nous ne prend pas une ride, le noyau dans le fruit...),

Et si *Nous découvriions le pot aux roses* ?

Ce long vieillir qui s'installe...

Essayer de *Se mettre dans la peau du personnage*,
Entre chien et loup,
Est-ce le temps de *Prendre la poudre d'escampette* ?
Ou de *Faire des châteaux en Espagne* ?
Faire de sa vie *Une course contre la montre* ?

Ce peut-être aussi *Errer comme une âme en peine*
Devenir sourd comme un pot,
Ou *Myope comme une taupe*,
Ou pire *Avoir une araignée au plafond*, *Perdre la boule...*
Devenir Chef d'œuvre en péril,
Ou *Ridé comme une vieille pomme* ?
Entrer au *Musée des horreurs*,
Parce que *Cela n'a pas l'air d'être toujours le Pérou*
Finalement la vie n'est-elle qu'*Un château de cartes* ?

A moins de travailler à devenir *Le vieil oiseau rare*
Après tout, en dépit et non en déni de la mort, se dire *Libre comme l'air*
Oser... il est toujours temps d'apprendre à *Voler de ses propres ailes*
Ça vaut peut-être son pesant d'or...

Nous allons ici tenter d'en Parler à coeur ouvert...

Nous mettre en quatre,
Et peut-être repartirez-vous *Heureux comme des poissons dans l'eau...*

Après ce théâtre des expressions...

... Vieillir : qu'en penser ? Avant Freud, après Freud et ses proches disciples, après d'autres auteurs précurseurs tels que C. Balier, J. Guillaumin, H. Bianchi, G. Le Gouès, D. Quinodoz et tous ceux qui ont suivi, qui (ré)interrogent actuellement théories et pratiques, en adaptation constante à la clinique rencontrée et à leur propre avancée dans l'âge...

La dynamique de la Journée d'Etude sera de tenter, ensemble, « une forme de dialogue intergénérationnel sur la crise du vieillissement »

En 2006, qu'est-il opportun d'éclairer de cette thématique « travail du vieillir », « crise du vieillissement » ? Que peuvent en dire les générations avancées dans l'âge, les générations intermédiaires et les générations plus jeunes ?

Changements nécessaires ou non d'optique en fonction de l'autre, en fonction de soi, de son expérience ? Que garder, que comprendre, que découvrir de neuf, qu'inventer ?

Est-il encore pertinent de penser l'histoire de vie en terme de crises successives ?

Crise du milieu de la vie, crise de sénescence, crise du vieillissement, seconde crise d'adolescence, crise du grand âge... quels axes cliniques sont ici possibles ?

Pour chaque sujet vieillissant ou vieillard, comment vivre et survivre à l'Histoire et à son histoire ? Dans quelle temporalité historique traversée, dans quels processus intersubjectifs, dans quelle dynamique intrapsychique ?

Dans ce vieillissement, quels risques certains, quelles opportunités possibles ?

Les Vieux et la fin de vie nous obligent à être créatifs sur le plan théorique et à ouvrir des chantiers de réflexion qui ne s'étaient pas posés jusque là...

Au programme...

Revisiter sa propre écriture,

Témoigner de son point de vue « d'usager »,

Accueillir l'homme vieillissant en appui sur un dispositif analytique,

Parler de séparations très tardives à travers l'histoire conjugale et entendre divorce ou promesses dans leurs conséquences sur le vieillir individuel,

Tenter de rendre compte de la « méconnaissance » acquise comme expérience dans la clinique auprès des âgés : *« Je n'ai pas encore tout à fait compris ce que je fais auprès des Vieux »...*

Conférences, communications, témoignage visuel, réflexions et débats tenteront dans une compréhension psychanalytique et singulière de penser la vieillesse d'aujourd'hui et peut-être d'ouvrir des voies de compréhension nouvelles, étonnantes et mobilisatrices...

Danielle QUINODOZ...

Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de poser les bases de cette journée et de l'accompagner.

Vous êtes psychanalyste membre de la Société Suisse de Psychanalyse, et psychanalyste didacticienne engagée dans la supervision d'analystes, également dans l'enseignement de la Psychanalyse.

Vous avez à cœur le problème de la transmission de la psychanalyse...

En 1994... *Le vertige entre plaisir et angoisse* : le vertige sans cause somatique repérable n'est pas une maladie, il est un symptôme de troubles psychiques présents chez des sujets qui ont des difficultés à gérer leurs relations aux objets, aux autres, à l'autre, vertige à la fois source de souffrance et de plaisir.

En 2002... *Des mots qui touchent, une psychanalyste apprend à parler* : vous expliquez comment vous êtes constamment à la recherche de votre propre langage...et vous repérez ces patients qui ont particulièrement besoin d'être touchés à travers des mots.

De nombreux articles notamment dans la Revue Française de Psychanalyse,
Un tout récent, septembre 2005, « La crise existentielle du « milieu de la vie » : la porte étroite ».

Votre histoire avec l'ARAGP, débute en 1993 avec successivement un séminaire interne à l'association où vous nous avez aidé sur des situations cliniques et mis en travail le thème de la Psychothérapie du sujet âgé.

Puis une Journée d'étude cette même année intitulée : « Le travail du vieillir, enrichissement ou appauvrissement ? »

Quand nous vous avons sollicitée, pour ce jour, très vite vous avez dit être très intéressée pour (re)mettre cette thématique en travail, autour de ce titre « Vieillir, il n'est jamais trop tard »

...à la lumière de l'actuel, de la personne avancée en âge, d'un travail de supervision de psychanalystes accueillant des sujets âgés...

Qu'en est-il quelques douze années plus tard ?

Catherine Roos

Présidente de l'ARAGP

SOMMAIRE

Vieillir, il n'est jamais trop tard..... Page 7

Danielle QUINODOZ

Vieillir... de l'importance d'une identité de vieillard bien assumée..... Page 23

Henri DANON-BOILEAU

Situation clinique : une analyse chez un sujet vieillissant Page 37

Marie-Luce BISETTI

Mots et murmures du couple sur la mort,..... Page 47

Rôle et fonction de la promesse

Olivier BAGES-LIMOGES

La séparation tardive du couple : divorce versus placement..... Page 61

Jean-Marc TALPIN

Si tu crois fillette..... Page 73

Jérôme PELLERIN, Magid SAFOUANE

Vieillir, il n'est jamais trop tard...

Danielle QUINODOZ*

Lorsque Catherine Roos m'a proposé de participer à la journée d'aujourd'hui, je me suis demandée si mon expérience actuelle pourrait encore vous être utile. En effet, depuis plusieurs années, je ne donne plus mon séminaire de supervision de psychothérapies à l'hôpital gériatrique de Genève. L'administration a trouvé qu'à l'âge de la retraite, j'étais trop âgée pour m'occuper des personnes âgées. Mon expérience professionnelle actuelle auprès de ces dernières provient donc uniquement de mon activité privée : pratique de la psychanalyse avec des patients de tous âges, et supervisions de psychanalystes prenant en psychanalyse des personnes âgées (D. Quinodoz, 2002). J'ai donc une expérience professionnelle actuelle bien différente des collègues qui travaillent dans les EMS (Etablissements Médico-Sociaux) ou les hôpitaux avec des patients très handicapés dans leur santé physique et/ou psychique.

Il n'en reste pas moins que je suis vivement intéressée par l'activité du vieillissement, le mien, celui de mes patients ainsi que celui des personnes de mon entourage. Cela m'a amenée à penser que je pourrais mettre en évidence certaines caractéristiques du processus constructif de vieillissement en vous parlant des personnes qui essaient de vieillir le mieux possible. Je vais ainsi donner quelques points de repère, en les présentant sous quatre éclairages différents.

Premier éclairage :

Quel sens a la vie ? Il n'est jamais trop tard pour se poser la question

Lorsque je côtoie des personnes âgées, une première évidence me frappe : le sentiment que la fin de leur vie est proche colore leur mode de penser ainsi que la perception de leur environnement. Même si elles n'en parlent pas directement, la plupart des personnes âgées se posent des questions au sujet de leur mort et par ricochet au sujet de leur vie. De telle sorte que, d'une façon plus ou moins déclarée, elles s'interrogent sur le sens de la vie.

* *Psychanalyste, Société Suisse de Psychanalyse*

Depuis notre enfance, nous savons tous, rationnellement, que nous sommes mortels et nous nous accommodons plus ou moins tranquillement de cette connaissance intellectuelle. Mais au moment où l'un de nous est confronté au face à face avec la réalité de la mort, tout change : ce savoir n'est plus rationnel, c'est une prise de conscience vécue dans toutes les fibres de soi-même : *« Ma vie va s'arrêter, je ne peux y échapper. Au moment de faire l'expérience de la mort, je serai seul à la faire. »*

La confrontation avec notre propre mort se présente bien différemment si elle a lieu dans la jeunesse ou dans le grand âge. Chez les jeunes, en cas d'atteinte grave de leur santé, de celle de leur proches, ou en cas d'accident, il se produit alors un véritable choc : la mort arrive trop tôt. C'est la brusque prise de conscience de la fuite du temps, le désir de la maîtriser et la révolte de ne pas y parvenir : *« C'est injuste de mourir à mon âge ! »* Ou : *« C'est injuste de mourir à son âge ! »* Comment un jeune malade dont la vie est menacée, ou ses parents, ne ressentiraient-il pas de l'envie et de la révolte en regardant un vieillard qui ne meurt toujours pas, surtout si ce dernier dit qu'il s'ennuie dans sa vie : *« Pourquoi pas lui ? Lui, il a eu le temps de vivre ! »* Chez une personne âgée, la confrontation avec la mort survient avec la prise de conscience de son vieillissement. Une personne âgée a beaucoup moins qu'un jeune l'illusion de pouvoir échapper au temps en repoussant la fin de la vie. Repousser la fin de quelques semaines ou de quelques mois n'a souvent plus de sens pour un vieillard malade qui sait qu'il ne retrouvera jamais une bonne qualité de vie. C'est notre condition d'être mortel ainsi que la mort elle-même qui souvent le révolte, et non le fait que la mort survienne trop tôt, car au fond de lui-même il se sent fait pour l'éternité.

C'est alors que les personnes âgées se posent ou se reposent plus ou moins directement les grandes questions de la vie. *« J'ai toujours attendu de vivre « plus tard » : lorsque j'aurai terminé mes études... lorsque j'aurai trouvé un bon travail... lorsque j'aurai fondé une famille... lorsque...et maintenant je n'ai plus de temps devant moi pour attendre de vivre... Qu'ai-je fait de ma vie ? A quoi servait-il de naître si c'était pour mourir ? »* En l'absence de réponses qui les satisfassent, les patients se dépriment. Ils se dépriment d'autant plus si l'entourage, ne sachant pas quoi répondre, se dérobe et ne les écoute pas. En fait, le plus souvent, ce n'était pas la première fois qu'ils s'interrogeaient ainsi. Ils l'avaient peut-être déjà fait aux différents tournants de la vie : vers 5 ans à l'âge où beaucoup d'enfants posent des questions métaphysiques, puis à l'adolescence, ou encore lors de la crise du milieu de la vie. Mais s'ils n'avaient pas alors pu y répondre de façon satisfaisante, ils se reposent maintenant leurs questions. Il n'est jamais trop tard...

La psychanalyse ne peut pas donner de réponse à ces questions existentielles fondamentales. Cette réponse se découvre, elle se crée. C'est à chacun de la trouver par lui-même et pour lui-même. Mais la psychanalyse peut parfois aider à percevoir quelles sont

les meilleures conditions pour faire cette découverte personnelle. Elle peut donner des points de repère qui, ou bien permettront à des personnes âgées de cheminer seules, ou bien permettront à des thérapeutes de les aider, ou encore à des personnes de leur entourage de les accompagner. **C'est pourquoi, je vais montrer comment certains patients âgés peuvent passer de l'inquiétude par rapport à eux-mêmes à la sollicitude envers les autres, ou, en terme théoriques, je vais montrer quels aspects peut prendre, chez un patient âgé, l'élaboration de la position dépressive.**

Voici donc le deuxième éclairage :

Elaboration de la position dépressive en rapport avec le grand âge

J'ai observé en effet, que les points de repère psychanalytiques concernant le vieillissement, convergent vers une attitude du patient qui, au lieu de se préoccuper de lui-même, se préoccupe des autres : le patient passe de l'angoisse d'être persécuté par les autres, à l'angoisse de faire lui-même du mal aux autres et ainsi de les perdre. Cela correspond à ce que Mélanie Klein a appelé le passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive (1952). Je rejoins en cela les observations de Pierre Charazac (2005) et de Jean-Marc Talpin (2005).

Au cours de l'évolution d'une personne, ce changement de position **centré vers les autres** plutôt que **vers soi**, a lieu théoriquement pendant l'enfance. Mais il n'est pas acquis une fois pour toute. Entre la position schizo-paranoïde et l'élaboration de la position dépressive, se crée un équilibre mouvant, jamais acquis, toujours à rétablir. Chez les patients âgés, ce décentrement se manifeste de façon particulièrement visible dans certains domaines. Je vais en mentionner quelques uns :

Par exemple, on voit l'importance de ce décentrement lorsqu'une personne âgée est « passionnée ». Les personnes qui vieillissent bien sont le plus souvent passionnées par un objet qui n'est pas leur propre personne. J'ai rencontré, par exemple, une passionnée d'opéra qui consacrait ses vieux jours à transmettre ses connaissances lyriques, un passionné de comptabilité qui tenait une permanence pour dépanner des personnes perdues dans leurs comptes, un passionné d'histoire qui entreprenait la généalogie de sa famille, et bien d'autres. Le côté prestigieux de l'objet de la passion n'est pas le plus important. Je pense en particulier à une dame âgée passionnée par ses chats, cette passion toute simple lui est bénéfique car elle lui permet un mouvement vers l'extérieur, allant dans le sens du don.

Un autre aspect de ce décentrement lié à la position dépressive se manifeste chez les personnes âgées par le besoin de se réconcilier avec leurs objets internes. Je m'explique :

La sollicitude pour les autres peut se manifester chez un patient âgé par son besoin de se réconcilier, en lui-même, avec les personnes qui comptent, ou ont compté, dans sa vie. Ces personnes peuvent être décédées depuis longtemps, elles n'en font pas moins partie du monde interne actuel du patient âgé ; elles y sont présentes sous forme *d'objets internes*.

Un patient âgé a besoin d'entretenir de bonnes relations en lui-même avec ses objets internes.

Exemple :

Laura, une femme âgée, était entravée dans sa créativité et sa liberté intérieure. Son père, décédé depuis longtemps, avait autrefois quitté la famille lorsque ma patiente était encore adolescente, lui laissant implicitement à elle la charge de prendre soin de la mère et des frères et sœurs. Laura avait été très triste de cette séparation, mais n'avait aucune conscience d'avoir pu ressentir comme agressive l'attitude de son père. Actuellement elle n'était pas consciente de garder des ressentiments envers son père, ni d'ailleurs envers son analyste. Ses reproches inconscients envers son père s'exprimaient pourtant dans le transfert envers l'analyste, mais de façon indirecte. Par exemple, Laura ne me reprochait jamais quoi que ce soit ; par contre, elle me rapportait avec violence les accusations d'une tierce personne qui reprochait aux analystes de ne pas s'occuper des patients et de les laisser se débrouiller seuls. Mes interprétations lui ont permis de prendre conscience que ces reproches étaient en fait ceux qu'elle n'avait jamais osé ressentir envers son père et qu'elle m'adressait indirectement à moi dans le transfert. Elle a alors réalisé que son agressivité inconsciente envers son père était bien présente, mais qu'elle s'était jusqu'à présent manifestée indirectement à travers des attaques contre elle-même ; en effet, Laura se mettait sans cesse dans des situations où les autres la laissaient se débrouiller seule pour prendre soin des démunis. Laura réalisait que son agressivité s'était aussi exprimée par une attaque inconsciente contre son père. En effet, à travers ses échecs, Laura prouvait indirectement à son père interne qu'il lui avait gâché sa vie en ne lui permettant pas de s'épanouir. La prise de conscience de son agressivité envers son père a permis à Laura de retrouver une grande liberté dans la relation interne avec lui, elle pouvait retrouver des relations spontanées avec lui, créer une image interne de lui plus nuancée, ce qui lui a permis de se réconcilier intérieurement avec lui.

noté Cet exemple montre comment - pour quitter la vie en paix - les personnes âgées ont besoin de restaurer leurs objets internes. Il s'agit de créer en elles-mêmes une image neuve des personnes qui ont été importantes pour elles, une image- synthèse faite à partir de leurs qualités mais aussi de leurs défauts et sans cacher les ressentiments à leur égard. La prise de conscience de l'agressivité envers les objets internes aimés, permet que cette agressivité ne s'exprime plus de façon détournée ou clivée. De ce fait, elle entraîne moins de culpabilité inconsciente et moins de destructivité dirigée contre soi ou contre les autres, mais au contraire elle conduit au sens des responsabilités et au désir de restauration.

Une autre manifestation de l'élaboration de la position dépressive chez les personnes âgées, se rapporte à leur conception du « temps ».

A ce sujet je confirme aujourd'hui l'observation que j'avais formulée à la journée ARAGP en 1997 : une personne âgée a besoin de créer sa **propre histoire interne totale**. Il s'agit pour elle d'intégrer le passé dans le présent pour préparer le futur, **afin de donner une signification à sa vie**. En effet, l'élaboration de la position dépressive amène les patients âgés à considérer leur passé comme une histoire **totale**, et non comme une juxtaposition d'épisodes **partiels**. Je ne reviendrai pas sur ce sujet.

Par contre je désire relever aujourd'hui un autre aspect de la relation au temps en référence avec la position dépressive chez les personnes âgées : **devenir un adulte âgé sans perdre son enfance est aussi une manière de considérer la durée de la vie comme un objet total, une histoire totale**. En effet, les patients âgés qui considèrent le temps comme une juxtaposition d'objets partiels, juxtaposent les différents âges de leur vie sans les relier entre eux.

Nous pouvons alors observer deux attitudes différentes par rapport à l'enfance :
Il y a une première attitude qui consiste à croire que pour devenir adultes il faut évacuer son enfance ou la faire taire. Les patients alors perdent les qualités de l'enfance. Ils ne savent plus jouer, ni s'émerveiller devant le présent ou devant l'inconnu, ni se réjouir de leur ignorance qui leur permet d'être curieux.
D'autres patients ont l'attitude opposée, tout aussi décevante : une partie de leur moi se fige à un âge de leur enfance et ils ne peuvent pas s'en détacher. Ils s'expriment conformément à cet âge qui n'est plus objectivement le leur. Cela donne une impression étrange d'incohérence car le reste de leur personne a normalement évolué et correspond à leur âge réel.

Par exemple,

Je pense à Tina, femme âgée cultivée et intelligente, qui portait des habits de petite fille et gardait une voix de fillette. Au cours de la psychothérapie elle a pris conscience qu'une

partie d'elle était restée figée à l'âge de 5 ans, âge qu'elle avait lorsqu'une crise était survenue entre ses parents. Tina, à 5 ans, s'était inconsciemment donnée la mission impossible de sauver sa mère déprimée et de la consoler. Rapidement pendant la thérapie, la patiente a trouvé une voix normale d'adulte ; c'était le signe extérieur exprimant qu'une partie d'elle, fixée à l'enfance, évoluait et pouvait ainsi être intégrée à l'ensemble de la personne. En intégrant dans sa vie présente cet épisode douloureux de son enfance, Tina prenait paradoxalement des distances avec la réalité de ce qu'elle avait vécu à 5 ans. En effet, sa douleur d'enfant de 5 ans était perçue maintenant par elle à travers toute l'expérience d'une femme âgée, elle prenait alors pour Tina, un sens différent de celui qu'elle avait pour elle au départ.

Il ne s'agit donc ni de cliver l'enfant, ni de le laisser envahir la scène adulte. C'est la continuité des âges qui compte : l'intégration de l'âge précédent dans le nouveau. Un patient âgé a besoin d'être animé par les qualités de sa jeunesse à laquelle il n'a pas renoncé mais qui s'est transformée sans se perdre.

Je suis frappée de constater que certains patients, en retrouvant la disponibilité de leurs âges antérieurs, donnent l'impression de rajeunir au cours de leur analyse. Ils deviennent des adultes âgés qui n'ont pas rejeté ni figé l'enfant qu'ils ont été. Ils créent leur histoire interne en combinant leurs divers âges dans un élan unique.

C'est ce que Paul Ricoeur décrit comme « la capacité de recevoir chaque matin comme un surgissement absolu de la nouveauté » (interview rapporté par FX Amherdt, 2004). Certaines personnes âgées commencent chaque jour une nouvelle page.

Commencer à vivre maintenant

En somme, il n'y a pas d'âge limite pour découvrir que la vie commence aujourd'hui et que nous pouvons vivre pleinement le présent.

Voici un **exemple** : j'attends depuis 40 minutes un patient pour sa séance d'analyse. Il arrive tout essoufflé : le train avait du retard, il a sauté dans un taxi, il y avait des bouchons et voilà, dit-il : « *maintenant c'est trop tard, pourtant je tenais tellement à cette séance* ». Moi : « *trop tard ?* » Lui : « *Il ne reste que 4 minutes ! Ce n'est pas la peine de commencer !* » Moi : « *Comme si ces 4 minutes n'étaient pas importantes !* » Le patient s'est allongé et ces 4 minutes ont été d'une densité qui a rendu cette séance inoubliable. Il ne s'agissait pas de donner le maximum d'information dans le minimum de temps. Le patient était là, présent, et j'étais là, présente. **La qualité de nos présences et de notre relation a permis de sentir qu'un « temps hors du temps » pouvait s'engouffrer dans ces 4 minutes.** En effet, quelques minutes peuvent nous mettre en contact avec le sentiment d'éternité, c'est-à-dire **un moment qui échappe au temps chronologique.** J'avais aussi intérieurement, avec ce

patient âgé, l'image de la fin de la vie ; quelques minutes en fin de vie peuvent changer la signification de toute une vie.

Nous venons de voir qu'avec l'élaboration de la position dépressive, la valeur de la vie tient plus à la qualité du temps écoulé qu'à sa quantité, nous pouvons aussi vérifier cette observation dans le domaine de la parole.

De même qu'une petite seconde suffit pour éprouver le sentiment d'éternité, le « hors du temps », il suffit parfois de quelques mots pour permettre d'éprouver la profondeur des sentiments.

Voici un exemple :

Joseph est un patient âgé, son père, très, très âgé est mourant. Au cours d'une séance d'analyse Joseph est ému : en effet, après des décennies d'incommunicabilité avec son père, il a ramassé tout son courage et, avec l'impression de se jeter pour la première fois du plongeur des dix mètres, il a réussi à lui dire: « *Tu sais, papa, on t'aime* ». Il n'avait même pas osé parler à la première personne. Son père l'a regardé et a pu répondre « *Oui...moi aussi...il nous en a fallu du temps ...* ». Joseph a été bouleversé de réaliser que sa petite phrase, maladroite mais convaincue, est devenue une porte à travers laquelle l'immensité d'une affection réciproque s'est engouffrée, effaçant des années d'incompréhension. Quelques mots, des actes ou des gestes apparemment banals suffisent, à condition qu'ils soient des portes laissant passer le souffle des affects.

Troisième éclairage :

Etre sensible au mystère de chaque personne

A l'écoute du mystère de chacun

Un psychanalyste essaye de comprendre les mécanismes psychiques utilisés par ses patients, mais il sait qu'ils ne parviendront jamais à tout expliquer : il restera toujours **une part de mystère, qui fait intrinsèquement partie de la personne totale**. Le mystère ne désigne pas un caractère bizarre ou magique, mais il désigne une réalité si profonde que jamais personne ne pourra la comprendre entièrement. Or, la présence de ce qu'il y a d'insondable dans une personne modifie ce que nous pouvons comprendre d'elle et donne un caractère particulier à la personne totale. Les psychanalystes sont donc amenés à en tenir compte. En effet, les patients attendent, parfois confusément, que l'analyste soit sensible à leur propre mystère, à leur richesse interne cachée, à la spécificité de leur être, afin qu'eux-mêmes puissent en sentir la présence en eux. Mais cela est encore plus

important lorsque le patient est âgé car il a souvent l'impression d'un décalage entre sa valeur profonde et son apparence actuelle. C'est parfois l'étincelle mystérieuse résidant en chaque patient qui peut donner la passion de l'analyse.

Une personne âgée redoute si souvent de ne plus être une personne unique pour quelqu'un, qu'elle perçoit de façon amplifiée le paradoxe vécu par chaque être humain : se sentir à la fois un point anonyme minuscule, perdu dans la foule, et un être immense capable de penser l'univers en se sachant unique pour les êtres aimés. Parfois, sous l'emprise de la dépression, mais parfois aussi sous l'emprise de ce paradoxe, elle hésite à profiter de l'aide d'un psychanalyste : *« Il y a tant de personnes qui auraient besoin d'aide ! »*. Comme analyste je connais bien ce paradoxe : je reconnais l'utilité d'apporter de l'aide à une multitude d'inconnus, et pourtant je consacre mes journées de travail à un petit nombre d'analysants. J'ai la même impression que dans un train de nuit traversant la banlieue d'une grande ville : les milliers de fenêtres éclairées évoquent une multitude anonyme d'inconnus qui pourraient disparaître sans que j'en sache rien, mais je suis bouleversée en pensant que, derrière chaque fenêtre, se trouve une personne unique et pleine de mystère qui concentre à elle seule tout l'intérêt de l'univers pour ceux qui partagent sa vie.

La valeur unique que garde toute personne humaine, quelque soit son âge, son niveau d'intelligence ou de folie, est impossible à démontrer. C'est pourquoi j'ai admiré Eric Emmanuel Schmidt, lors d'une interview télévisée à propos du livre *Lorsque j'étais une œuvre d'art* (Eric Emmanuel Schmidt, 2002). Le journaliste lui demandait : *« Comment définiriez-vous un être humain ? Quelle différence de valeur avec une œuvre d'art ? »* Il a répondu : *« Supposons que vous et moi sommes en train d'admirer la Joconde et qu'un incendie se déclare. Entre vous et la Joconde, si je ne peux sauver que l'un des deux, je n'hésiterai pas une seconde : c'est vous que je sauverai. Et cela même si vous aviez 110 ans ou un QI très bas »*.

Une personne âgée peut continuer à s'étonner de la présence de l'autre

Les personnes âgées ont eu le temps au cours de leur vie de voir disparaître des êtres chers. Certaines, sous l'influence des angoisses de persécution, ressortent aigries de ces expériences de perte. D'autres au contraire, sous l'influence de l'angoisse dépressive, font passer les autres et la rencontre avec eux, avant toute autre valeur. Elles savourent la présence de l'autre en s'étonnant à chaque instant de sa présence. Par son attitude et ses interprétations, le psychanalyste essaye d'aider son patient à percevoir les autres comme des personnes distinctes de lui, différentes de lui et libres, et non plus comme des

persécuteurs potentiels dont il doit se protéger en les contrôlant. En effet, c'est ainsi que le patient pourra sentir l'importance de chaque personne, de lui-même comme des autres.

Exemple :

Il est très fréquent - du moins en Suisse ! - qu'une mésentente surgisse lorsqu'un conjoint prend sa retraite. Par exemple, Diane, femme au foyer, organisait ses journées en toute liberté jusqu'au jour où son mari a pris sa retraite. Désormais, il ne quittait plus la maison tôt le matin, et Diane ne régnait plus seule sur la maisonnée, son domaine était envahi : « *Je ne supporte plus mon mari, il est toujours dans mes pattes !* » disait-elle. Si l'angoisse de persécution domine chez les deux époux, c'est une déclaration de guerre. Par contre, si l'angoisse dépressive domine, ils cherchent comment construire un espace commun qui respecte la liberté de l'un et de l'autre.

Le jardin secret

Dans cet espace commun respectant la liberté de l'autre, comment situer la présence du **jardin secret** de chacun ? La référence à l'élaboration de la position dépressive est là aussi éclairante, car le jardin secret peut être **clivé ou intégré**. S'il est intégré il fait parti de l'insondable d'une **personne entière**, de son mystère. « *Je suis entier ici avec mon jardin secret, il fait partie de moi, je ne le laisse pas dehors. Tu sais que je l'ai* ». Par contre lors de relation entre **objets partiels**, le jardin secret clivé, peut être tenu en dehors de la relation et devenir une blessure ou une violence pour l'autre. Il devient la vérification que « l'autre » n'aime pas avec tout lui-même.

En vieillissant, des patients peuvent déplacer la localisation de leur jardin secret. Certains font sentir ce qu'il y a d'insondable dans la profondeur de leur intimité, d'autres au contraire, sous la dominance de l'angoisse de persécution, se protègent des autres en clivant inconsciemment des pans de leur vie.

Comment varie avec le grand âge, le sentiment d'identité d'une personne : va-t-elle se projeter à l'extérieur d'elle-même, ou se centrer en elle-même ?

Je m'explique : Tant qu'une personne est très occupée par sa vie active, elle n'éprouve pas toujours le besoin impérieux de sentir qu'elle existe en tant que personne. Certaines personnes, qui se perçoivent comme des personnes totales, prennent en elles-mêmes la force qui les anime. Leurs activités sont des manifestations de cette force interne. Mais d'autres personnes ont le sentiment qu'elles n'existent que parce qu'elles agissent. Leurs actions et réalisations constituent leur raison d'être. Elles peuvent alors être projetées sans cesse à l'extérieur d'elles-mêmes, dans des activités qui sont autant de parties d'elles-

mêmes. Les multiples activités tiennent lieu de contenant externe. Mais si ces personnes en prenant de l'âge perdent leurs occupations extérieures, elles risquent de perdre en même temps ce qui leur tenait lieu de raison d'être ainsi que de contenant externe. Il est alors impérieux qu'elles découvrent que leur centre de gravité est en elles-mêmes et non à l'extérieur, opérant ainsi une sorte de recentrage. C'est alors une force de cohésion interne qui peut lier de l'intérieur les différents organes psychiques de la personne pour en faire un seul corps. Il ne s'agit pas d'un repliement sur soi, c'est à dire d'une force qui viendrait de l'extérieur vers l'intérieur. Il s'agit d'une force qui a sa source à l'intérieur de la personne. Cette force interne de cohésion peut être ressentie comme émanant d'une zone de silence intérieur, en soi où se concentre le sentiment d'exister. C'est la présence du monde interne.

Cette présence vise à rencontrer la même présence intérieure dans l'autre. La communication ne passe pas par les contenants externes en reliant deux personnes à travers leurs aspects extérieurs, les apparences, leurs actions manifestes. Elle passe par l'intérieur des personnes et permet la rencontre de ce qu'il y a de plus profond en elles. La communication d'intérieur à intérieur passe par la zone de silence que chacun porte en soi. En guise d'exemple, je vous rappelle l'importance qu'avait prise pour mon patient la séance de 4 minutes lorsqu'il était arrivé en retard, elle était liée à la découverte du monde interne et de la possibilité de communiquer d'intérieur à intérieur. Les personnes âgées et les petits enfants y sont souvent très sensibles, peut-être est-ce la raison de la profonde complicité qui parfois se crée entre eux.

Le psychanalyste, attentif au silence qui permet d'écouter le monde interne de son patient, essaye de faire taire tout ce qui risquerait de passer par le bruit des apparences extérieures afin de se mettre en communication avec son patient. Les patients sont à la recherche de cette écoute, parfois inconsciemment, parfois consciemment.

La valeur symbolique d'un objet passe avant sa valeur objective.

Avec l'élaboration de la position dépressive, la signification affective du geste, de l'acte ou de la parole, vaut alors plus que le geste, l'acte ou la parole eux-mêmes. Cela peut être illustré par la notion de cadeau. « *Ne me faites pas de cadeau. A mon âge, je n'ai besoin de rien* » disent les personnes âgées. Sous l'influence de l'angoisse paranoïde cela veut dire « *de toute façon, je ne compte plus pour personne* ». Mais lorsque c'est la sollicitude envers les autres qui domine, les personnes âgées mettent en évidence la signification profonde d'un cadeau. Le cadeau prend sa valeur s'il sert de communication entre l'intériorité de celui qui donne et l'intériorité de celui qui reçoit. Ce n'est plus sa valeur marchande qui compte le plus. Je suppose que nous sommes nombreux à garder au fond d'une armoire un objet étrange ; je pense par exemple à un dessous de plat fait avec des

pincettes à linges collées. Cet objet sans valeur marchande, nous illumine le cœur chaque fois que nous ouvrons l'armoire parce qu'il nous rappelle le petit enfant qui un jour nous a exprimé son affection en le confectionnant pour nous l'offrir. Mais bien sûr pour qu'un cadeau prenne sa vraie valeur il faut être deux à en apprécier la signification.

Voici le quatrième éclairage que j'appellerai : La porte étroite

Comment passer de la périphérie de soi-même où tout se disperse, à l'intérieur où tout est uni par une même force, afin d'écouter aussi bien notre zone de silence que celle de nos patients ? Je pense que chacun de nous est amené à passer par « une porte étroite » (D. Quinodoz, 2005) qui a juste la forme de notre personne et ne peut laisser passer qu'une personne, nous. Pour entrer en relation avec l'univers de nos objets internes, chacun ne peut passer que par la forme définie par sa personnalité. Le sentiment de passer par cette porte qui a juste la forme de chacun de nous, n'a rien à faire avec la résignation. C'est un moyen d'atteindre l'insondable.

Il nous arrive à tous de nous débattre pour avoir d'autres formes que la nôtre. Mais, chez les personnes âgées, cela peut être très visible. Certains patients âgés, en effet, désireraient que leur corps, leur état psychique, leur histoire et leur passé, soient différents, et ils attendent parfois inconsciemment que l'analyste réalise l'impossible et les change. Ils perdent beaucoup d'énergie à se débattre et restent prisonniers de leur espace. Mais si un jour ils découvrent que la porte de leur personnalité ouvre sur un espace de liberté ils ne s'inquiètent plus qu'elle soit plus petite qu'ils l'auraient souhaitée. Peu importe la taille du passage. Ce n'est plus la porte qui compte mais ce à quoi elle permet d'accéder.

Personne ne peut accéder à son monde interne ni au monde interne des autres, tant qu'il croit y accéder à travers une autre personnalité que la sienne. Une analysante me l'exprimait ainsi : « *Si le violon veut chanter comme un piano, il ne créera jamais sa musique* ».

Je pense également à un collègue qui, lors d'un séminaire, présentait un analysant envieux, torturé de n'être jamais satisfait de lui-même. La musique était le seul domaine qui semblait le toucher. Le patient rabrouait sans cesse avec mépris son analyste, qui se sentait complètement dénigré : « *Pipeau ! Tout ce que vous dites c'est du pipeau !* » J'ai suggéré à ce collègue la possibilité de jouer sur le double sens de l'expression et d'interpréter : « *Si je suis un pipeau, faudrait-il que je sonne comme un violon ? Ne pourrais-je pas aussi faire ma musique ?* »

Certaines composantes de notre personne sont données au départ

Certains éléments de notre personne, donnés à la naissance, ne peuvent pas être changés : non seulement chacun de nous est né à une date précise, dans tel pays, de tels parents, avec tel sexe, et tel corps ; mais aussi avec tel caractère de base et tel seuil d'angoisse. C'est ce que nous faisons de ces éléments qui peut leur donner des significations différentes. Mélanie Klein a beaucoup insisté sur le fait que certains nourrissons naissent avec un seuil d'angoisse très élevé, ils supportent fort bien de graves frustrations, alors que d'autres sont perturbés à la plus légère frustration. Nous ne pouvons pas changer la structure de base de cette constitution reçue, par contre notre liberté s'exerce sur ce que nous pouvons construire avec. Si nous avons reçu des planches comme matériel de construction, nous ne pourrions pas faire un château, par contre nous pourrions faire toutes sortes de chalets différents. Toutefois, nous ne pourrions exercer cette liberté de construction que si, au lieu d'envier les richesses de la pierre de taille, nous apprécions celles du bois. C'est une grande libération pour certains patients de renoncer à modifier des données de base de leur caractère. Une patiente âgée a été surprise de ne plus se culpabiliser d'être sans cesse – et sans raison objective - angoissée qu'on lui prenne sa place. Elle avait acceptée que cela fasse partie de sa nature et de ce fait son angoisse l'envahissait moins. Elle me disait avec humour : « *Maintenant je sais que je suis née avec les yeux bleus et un seuil d'angoisse très bas !* »

Parfois c'est l'entourage qui peine à accepter l'autre tel qu'il est. Par exemple, l'épouse d'un malade atteint de maladie d'Alzheimer ne pouvait pas s'empêcher de raisonner comme si elle devait aider son mari à faire un effort pour mieux se souvenir ou pour mieux la reconnaître. Pour elle, il était simplement moins performant qu'une personne normale. Quand elle est arrivée à réaliser qu'il avait un mode de fonctionnement psychique très différent de celui qu'elle connaissait elle, elle a mieux supporté l'état de son mari.

« Faire avec ceux qui sont là ».

Lorsqu'elles sont sous la prédominance de l'angoisse de persécution, les personnes âgées sont obnubilées par tous ceux qui les oublient, ceux qui sont absents, et elles ne voient pas les proches qui vivent avec elles ou qui viennent les voir. L'envie destructrice qui accompagne cette angoisse attire l'attention sur tout ce que les autres possèdent et nous rend aveugle à nos propres richesses. De ce fait ces personnes âgées découragent leurs visiteurs en leur parlant de ceux qui ne sont pas là. Par contre lorsqu'une personne âgée retrouve l'angoisse dépressive et la sollicitude pour l'autre elle devient présente pour ceux qui sont là : « *je fais avec ceux qui sont là* » me disait l'une d'elle.

Pour terminer :

Il n'est jamais trop tard pour créer du neuf avec du vieux et faire de sa vie une œuvre d'art

Créer la fin de sa vie, en intégrant dans son présent chacun des épisodes passés pour restaurer une harmonie dans son monde interne, est une véritable création. C'est une démarche comparable à celle que décrit Hanna Segal lorsqu'elle analyse en quoi consiste la création d'une œuvre d'art : faire du neuf en restaurant un passé détruit. C'est pourquoi pour terminer, je reprends à ma façon le thème de notre journée d'étude, tout en l'assagissant quelque peu : « créer du neuf avec du vieux ».

Que veut dire « créer du neuf avec du vieux » ? Ce n'est ni une répétition exacte du vieux, ni un rafistolage du vieux. C'est une intégration constante de nos expériences passées, dans ce qu'elles ont de beau et de laid, pour en faire du neuf, dans la lumière d'une harmonie dont nous gardons le souvenir.

J'ai été bouleversée en lisant l'analyse faite par Hanna Segal (1993) de la fresque *Guernica* peinte par Picasso. En effet, cette peinture de Picasso est pour moi l'illustration que chacun peut faire de sa vie une œuvre d'art, et cela même à la fin de sa vie. En effet, le monde des personnes âgées ressemble souvent à *Guernica*. Il est rempli de personnages puissants, d'expérience fortes, mais aussi de morts, de séparations, de blessures et d'échecs, tous en morceaux, mais on y trouve aussi la douleur et l'espoir. Au cours de leur vie, les patients ont essayé d'intégrer au fur et à mesure tous ces épisodes de leur vie, ils sont souvent – mais pas toujours – parvenus à éviter le chaos. Pourtant, en fin de vie, certains restent figés d'impuissance devant ce qu'ils ressentent comme un excès de destruction : en effet, il arrive que leur corps et leur esprit se disloquent, que le nombre de leurs amis morts augmente chaque fois qu'ils ouvrent le journal et que la solitude les entoure. Leur monde, externe et interne, meublé d'objets partiels endommagés, ressemble à *Guernica*. Comment alors ne laisseraient-ils pas leur monde interne tomber en morceaux ? Pourtant, comme dans *Guernica*, une lumière d'espoir subsiste. Est-il encore possible de créer une harmonie neuve avec ces objets partiels abîmés ?

C'est alors que nous pouvons essayer d'aider ces personnes âgées à devenir des artistes, car dans une œuvre d'art « la laideur de la dislocation et de la dévastation est transformée en objet de beauté » (H. Segal, 1993, *Rêve, art et phantasme*, Bayard, p.170). Picasso a réussi à mettre une lampe au centre de la toile qui illumine le chaos et le regard d'un œil qui relie ce qui est disloqué. Du neuf apparaît à un niveau symbolique : à partir des éléments partiels détruits, des sentiments parviennent à se dégager. Même s'il s'agit de sentiments d'horreur, de tristesse et de douleur, ces sentiments sont ceux d'une personne

qui pense tous ces éléments de telle façon qu'elle les relie en une grande unité symbolique qui permet l'espoir. Cette toile de Guernica a réuni des milliers de personnes autour d'une même quête de paix et restera pour les générations futures le symbole le plus significatif de la guerre d'Espagne.

Dans une démarche semblable, si nos patients gardent au fond d'eux-mêmes le souvenir inconscient d'un monde interne harmonieux, ils peuvent ressentir l'impulsion de le recréer, après qu'il ait été détruit. Il s'agit bien sûr de la création d'un monde neuf, porteur de symbole, et non d'une répétition exacte de la réalité externe et interne passées. D'ailleurs, du fait de leur longue expérience, les personnes âgées sont bien placées pour savoir que la réalité psychique est aussi réelle que la réalité externe.

En voici un exemple :

Neto est un homme âgé dont le fils, adulte, s'est suicidé il y a plusieurs années, juste avant une fête de famille. Le monde de Neto ressemble à un champ de bataille dévasté, car la perte de ce fils semble avoir entraîné non seulement la destruction de la réalité familiale de Neto, mais aussi la destruction de ses autres objets internes. Neto reste déprimé, pleure et ne peut plus participer à aucune fête de famille. Son monde interne est disloqué. Malgré tout, si Neto a entrepris une psychanalyse, c'est qu'il garde au fond de lui le souvenir inconscient d'un monde interne harmonieux et l'espoir de le retrouver. Au début de l'analyse Neto faisait un déni de l'agressivité et de la haine ; il se culpabilisait : « *Comment n'ai-je pas réussi à comprendre ce fils si doué ?* » Mais, durant l'analyse, d'une part Neto a pu s'incliner devant le mystère insondable de son fils « *Ce n'est pas possible de le comprendre parfaitement* » et , d'autre part il a osé prendre conscience de l'agressivité et de la violence de leur relation. Il s'est souvenu de ses propres souffrances lors des premières tentatives de suicide de son fils. Il a réalisé que ces tentatives de suicide étaient pour son fils une manière de l'agresser violemment, lui, son père. Il a même retrouvé sa propre rage de père en se rappelant qu'il avait pu un moment se croire soulagé que son fils ait enfin, disait-il, « *réussi* » son suicide. Il avait donc fallu qu'il ose regarder la violence du carnage ainsi que son mystère insondable, pour pouvoir se relier à son fils à travers un amour qui, n'excluant plus l'agressivité, permettait à nouveau la vie. Picasso l'avait montré dans *Guernica* lorsqu'il reliait le cheval, le taureau et les victimes grâce à la lumière émise par la lampe et par le regard de l'œil.

J'ai alors interprété à Neto qu'il commençait à créer du neuf en osant regarder sous une nouvelle lumière ce drame vécu avec son fils et toute sa famille. C'est à ce moment que Neto a pu dire : « *je crois que je peux aller à la fête de Noël avec ma famille et faire en sorte que ce soit une belle fête* ». J'ai alors pu souligner à Neto que son intention de créer une

belle fête, avec les autres personnes de sa famille, était une façon de créer une œuvre d'art. En effet, Neto ne se contentait pas de ressentir ou de dire, il posait un acte qui devenait une création symbolique. Toutefois je pensais important de le faire remarquer à Neto afin qu'il sente que son acte avait une valeur de création réparatrice. Cela a servi d'impulsion pour d'autres actes symboliques : se remettre par exemple à fêter les anniversaires de ses autres enfants. Neto peut faire penser à chacun d'entre nous.

En effet, sans cesse, à l'instant présent, chacun de nous peut créer sa vie comme une œuvre d'art si, ayant gardé le souvenir d'une réalité interne harmonieuse, il désire restaurer son monde interne abîmé et habité d'objets disloqués. L'audace d'entreprendre cette restauration va de pair avec la découverte que, pour ressentir notre valeur et la valeur de notre vie, il nous suffit «**d'être simplement nous-mêmes**». Accepter « d'être soi » peut aller très loin, peut-être même jusqu'à intégrer par avance la possibilité que la fin de notre vie puisse échapper à notre conscience, comme dans certaines démences.

« Etre simplement nous-mêmes » avec nos qualités, nos défauts, nos dons, nos handicaps physiques et psychiques, notre histoire, nos parents est, comme toute œuvre d'art, une création à la fois simple et difficile. Mais il n'est jamais trop tard ... et la fin de la vie reste encore une dernière chance offerte pour le devenir.

Bibliographie

Amherdt F.-X.

2004 *L'herméneutique philosophique de Paul Ricœur et son importance dans l'exégèse biblique*, Paris édition du Cerf.

Charazac P.

2005 *Comprendre la crise de la vieillesse*, Paris, Dunod.

Quinodoz D.

2002 *Des mots qui touchent*, Paris, PUF.

2005 « La crise existentielle du « milieu de la vie » : la porte étroite », in *Revue Française de Psychanalyse*, septembre 2005

Klein M.

1952 « Sur la théorie de l'angoisse et la culpabilité », in *Développement de la Psychanalyse*, Paris, PUF, 1966 p.254-273.

Schmidt E. E.

2002 *Lorsque j'étais une œuvre d'art*, Paris, Albin Michel.

Segal H.

1993 *Rêve, art et fantasme*, Paris, Bayard.

Talpin J.-M.

2005 « Les structures psychiques à l'épreuve du vieillissement », in *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*, Paris, Dunod.

Vieillir... de l'importance d'une identité de vieillard bien assumée

Henri DANON-BOILEAU *

Une remarque pour commencer : pour faire du neuf avec des vieux, il faut que les vieux soient bien eux-mêmes et non pas des faux-jeunes, c'est-à-dire des vieux qui ont peur ou honte de ce qu'ils sont. Autrement dit pour faire du « neuf » - et non du « jeune » - avec des vieux, il faut s'intéresser à la question de l'identité des Vieillards.

1) La Vieillesse.

Les stigmates du naufrage de la vieillesse et ses conséquences dans tous les domaines sont connus et répertoriés ; depuis longtemps le senior a éprouvé que « tout commencera bien pour finir toujours mal » (W. Shakespeare, *Vénus et Adonis*, trad. Armel Guerne, Desclée de Brouwer, 1964) ;

Je ne reviendrai pas sur les pertes majeures, amplement répertoriées, au premier rang desquelles la mort des êtres chers (S. Freud écrivait par exemple à Biswanger que l'on reste inconsolable de la mort d'un enfant.) On pourrait donc croire que nulle peine n'a échappé à la comptabilité tatillonne des contempteurs du grand âge.

Un aspect cependant a peut-être été méconnu, dilué au sein des difficultés majeures ; il demeure négligé des intéressés parce qu'il s'intrique à chaque instant de l'existence du sujet âgé de façon aussi banale que l'air qu'on respire et sur un mode aussi insaisissable : c'est dire l'imprécision essentielle (au sens de par définition) de la description ci-après ébauchée.

Les sujets âgés, heureusement pour eux, même les pusillanimes, n'écoutent pas la basse continue de la tonalité pénible de leur corps ; ainsi cette masse considérable, quasi ininterrompue d'évènements perçus fournit des informations dont beaucoup demeurent à l'état de sensations ou de simples perceptions non verbalisées ; elles ne retiennent pas l'attention et, soumises à la répression, intègrent le préconscient.

Le plus souvent, et dans le meilleur des cas, il s'agit en fait d'une combinaison à chaque instant variable en qualité et en quantité de « petites misères », de sensations désagréables ou légèrement douloureuses, fugaces, changeantes en qualité et par leur siège, dont seul(e) un(e) hypochondriaque averti(e) songerait à se plaindre ; ces piqûres

* *Psychiatre, Psychanalyste, Paris*

d'épingle ne relèvent pas de la médecine ; si ces aléas n'interdisent pas les moments de plaisir, ils font partie de l'ordinaire du sujet âgé.

Avec l'âge, sur tous les plans et dans tous les domaines, le narcissisme du senior est mis à rude épreuve. Des rôles fortement investis (en relation avec le travail, le sport, le couple et la famille...) devront être abandonnés, ou au mieux « révisés à la baisse » ; en même temps de nouveaux rôles devront être découverts, adoptés et adaptés aux désirs et possibilités de chacun.

Une première difficulté : le senior d'aujourd'hui n'a pas d'image archétypale claire (et satisfaisante) à laquelle se raccrocher, un moyen de se construire ou de retrouver une facette de son Idéal du Moi infantile, l'image d'Epinal du grand-père ou de la grand-mère. L'heure n'est plus au père noble, ni au vieux sage, dont on recherche les avis, pas davantage à la grand-mère cuisinière, dispensatrice de gâteaux et de confitures à jamais inégalables.

Dans son étude sur « Les représentations des personnes âgées dans la publicité », Pol Corvez souligne que seulement 8% du corpus attribue aux seniors un rôle de transmission même si les relations intergénérationnelles sont montrées sous un jour positif et si les personnes âgées « apparaissent plus actives que leurs devancières » (Caradec, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris, Nathan, 2001, in Corvez).

En fait tout se passe comme si ce que le vieillard a vécu, ce qu'il a fait, ce qu'il a été... - n'avait pas de valeur, se trouvait tellement dépassé qu'il était impossible d'en tirer le moindre enseignement « pratique » : les valeurs anciennes ne sont plus en phase avec l'aujourd'hui, d'où un sentiment de castration du soi d'autrefois et un besoin accru de se « défendre » contre cette dévalorisation ...

L'agressivité est fortement sollicitée et le senior peut réagir par toute une série de démarches contradictoires mais qui, au gré des moments, coexistent souvent chez un même individu : repli dépressif avec passages à l'acte dont l'agressivité peut être dirigée contre soi (négligence vis-à-vis de sa santé, excès, imprudences, tentatives de suicide) ou plus directement contre l'entourage (dispositions testamentaires destinées à frustrer les proches, nouvelles « donnes amoureuses »...) Autrefois, le vieillard récupérait sous forme d'une autorité morale ce qu'il perdait en pouvoir matériel ; pour l'intéressé(e) cette compensation représentait un apport narcissique, permettait un investissement de soi qui - valorisant l'expérience, le passé (c'est-à-dire moi autrefois) - conservait encore une valeur au moi d'aujourd'hui ; cette réassurance narcissique pouvait favoriser un surinvestissement du passé [déné de valeur du présent et du futur , agressivité contre les jeunes ou « adultes », désir de susciter l'envie : « j'ai eu ce que jamais vous n'aurez »].

Compte tenu de ces nombreuses et profondes modifications on peut s'interroger sur ce qu'il advient de l'identité du vieillard.

Identité : « qualité de ce qui est le même », « caractère de ce qui est permanent ... et en logique de ce qui est un » (Dictionnaire historique de la langue française). Dans le Vocabulaire philosophique de Lalande : « caractère d'un individu dont on dit qu'il est « le même » aux différents moments de son existence : l'identité du moi ».

Dans le Dictionnaire International de Psychanalyse, Agnès Oppenheimer écrivait : *« L'identité n'est pas une notion freudienne. Elle a été définie... comme une structure rendant compte du narcissisme et faisant partie du moi, capacité de demeurer le même au travers des changements, sentiment de continuité, somme des représentations de soi. Elle implique toujours une relation à l'autre. »*

Je voudrais relever deux points de désaccord avec ces affirmations. Tout d'abord une formule traduisant et entretenant, à mon avis, les confusions les plus lourdes de conséquences : « capacité de rester le même au travers des changements » ; il est bien évident qu'on ne reste pas « le même » mais bien « soi-même » en dépit des changements ; il s'agit, selon la formule de Spinoza de « persévérer dans son être » ; il ne s'agit pas d'un jeu sur les mots, mais d'une différence fondamentale, importante en raison des conséquences qu'elle implique .

La nécessité (parfaitement justifiée, consciemment et inconsciemment) de rester soi-même, de « persévérer dans son être », se déplace inconsciemment et investit libidinalement le « rester le même » ; cette confusion favorise et légitime toutes les démarches pathologiques motivées par l'angoisse du vieillissement et l'angoisse de mort. Une grande part de l'énergie dépensée a pour but de préserver le senior de tout changement afin de le maintenir identique à lui-même [en raison du contre sens, *soi-même / le même*]. Ce n'est qu'à ce prix qu'il pourrait, dans cette perspective fantasmatique inconsciente pathologique, conserver son identité. Comme si un changement « réel » menaçait de détruire le sentiment initial d'existence.

Ainsi, sans relâche, le senior joue (ou risque de jouer) inconsciemment de cette confusion : le conscient opère un glissement du « soi-même » au « le même », comme si je ne pouvais pas rester « moi-même » (ce qui est une nécessité, une exigence absolue), si je ne restais pas « le même ». Ce déplacement légitime toutes les réactions pathologiques de déni et de clivage du moi.

Le second point concerne les caractéristiques primitives, les fondations à partir desquelles s'édifiera l'identité et qui n'implique pas uniquement la relation à l'autre, conçue comme extérieure à soi, telle qu'envisagée par les auteurs américains. Dans les lignes qui

suivent je m'appuierai, mais sans entrer dans les détails, sur des travaux concernant la sensorialité prénatale, les perceptions fœtales, la « compétence » du nouveau-né, la naissance des représentations.

Certaines de ces conclusions ont été tirées non seulement d'observations suivies, enregistrées, mais aussi à partir des techniques d'explorations ultrasonores (telles que l'enregistrement par hydrophone, microphone), les techniques modernes d'imagerie médicale, l'étude des réponses motrices, du rythme cardiaque, l'observation directe ou enregistrée, la succion non nutritive, etc.

Les différents systèmes (tact, équilibration, olfaction et goût, audition, vision) suivent un ordre précis de maturation mais il existe aussi des phénomènes extrêmement complexes d'interactions sensorielles ; à des niveaux de maturation différents tous les systèmes sensoriels sont fonctionnels dès la naissance, certains entraînant des expériences sensorielles (auditives, gustativo-olfactives), depuis parfois plusieurs mois

Particulièrement importantes ces lignes d'Olivier Pascalis (Département de Psychologie, Université de Sheffield)¹ : « Aussi étonnant que cela puisse paraître le fœtus apprend. Cet apprentissage prénatal a été mis en évidence par de nombreuses études... On demandait à de futures mères de lire à voix haute une comptine pendant les six dernières semaines de leur grossesse. La mise en route d'une cassette comportant l'enregistrement d'une nouvelle histoire ou de l'histoire entendue in utero est déclenchée par la technique de la succion non nutritive : la décision est sans appel les nouveaux-nés préfèrent toujours la comptine entendue au cours de la grossesse

On connaît les capacités surprenantes du nouveau-né dans le domaine perceptif et d'apprentissage, d'interaction avec l'entourage existant dès les premiers jours comme l'a, en particulier, démontré Brazelton.

Ces expériences précocissimes, en particulier cénesthésiques, inscrites dans le système nerveux central et aux origines de la formation du moi, forment l'assise de ce sentiment de soi quasiment inaltérable tout au long de l'existence. Je ne m'attarderai pas davantage sur les nombreux et importants problèmes soulevés par ces découvertes.

En dépit de toutes les pertes et de tous les changements qui assaillent la personne âgée le senior ne cesse, à aucun moment, de se sentir sinon le même du moins lui-même, tel qu'il s'est senti depuis toujours ; je ne retiens pas les cas de détérioration intellectuelle sévère aboutissant à ce qui est peut-être la déchéance ultime : ne plus savoir qui l'on est.

Cette permanence de l'identité existe en dépit de toutes les traverses de l'existence : défiguré, invalide, prisonnier d'un « locked-in syndrome », je suis toujours moi, à aucun

¹ Olivier Pascalis, in le dossier sur « La Mémoire », *Pour la Science*, Avril-Juillet 2001, p. 94.

moment il n'y a de doute possible ; c'est toujours du (ou de la) même qu'il s'agit. Et Bouvet dans son travail sur la Dépersonnalisation souligne que sa malade « garde son Je ».

Cette connaissance immédiate, ce sentiment, cette intime perception de soi est, pour le vieillard, un important facteur de réassurance narcissique.

Sentir que je suis et Savoir ou Sentir qui je suis.

Le premier connote un état ; le second s'ancre immédiatement sur le premier, il découle du premier qui lui sert de « fondation ». « Sentir que je suis » représente un éprouvé en général, avec une connotation de bien-être : « j'existe », c'est un état, avec ce que cela comporte, sinon de passif, du moins de statique (cf. D. W. Winnicott) ; ce que décrit parfaitement J. J. Rousseau² : « Le flux et reflux de cette eau, son bruit continu... suffisaient pour me faire sentir avec plaisir mon existence sans prendre la peine de penser... De quoi jouit-on dans une pareille situation ? De rien d'extérieur à soi, de rien sinon de soi-même et de sa propre existence, tant que cet état dure on se suffit à soi-même comme Dieu ... Le sentiment de l'existence dépouillé de tout autre affection est par lui-même un sentiment précieux de contentement et de paix. »

Savoir (ou sentir) qui je suis, que l'on est soi, se réfère à une expérience immédiate mais cependant plus complexe et témoigne du besoin inconscient d'affirmer cette identité, d'en éprouver à cet instant le savoir implicite, non dit, d'un niveau préconscient. Ainsi, cette perception préconsciente de sa propre identité, plus ou moins investie donc plus ou moins présente à la conscience en fonction des moments, ne s'interrompt-elle jamais ; elle s'affirme quand les circonstances l'y encouragent ou lorsque des conditions urgentes l'exigent (souvent, lorsqu'en relation avec une injonction du Surmoi ou de l'Idéal du Moi, elle est inconsciemment mise en question). Elle fonctionne comme une défense contre les significations que prennent les attaques du monde extérieur - y compris le corps propre, ce « deuxième monde extérieur » (S. Freud) ; et c'est parce que je peux (ou j'ai pu) sentir que je suis que je peux sentir qui je suis.

D'un autre côté, ce sentiment vécu de permanence va (dans un registre pathologique) soutenir, donner un caractère inconscient de légitimité à toutes les réactions de refus, de déni par rapport à la vieillesse et à la mort ; la non-représentation de la mort dans l'inconscient trouverait là son origine.

Si des facteurs traumatiques sévères ou des événements vécus comme tels interviennent, le senior peut se sentir « fragilisé » par les pertes et blessures narcissiques, et lutter pour l'affirmation de la permanence de l'identité par le biais de la confusion « soi-même/le même », avec des manifestations défensives régressives.

² J. J. Rousseau, *Les rêveries du promeneur solitaire, cinquième promenade*, Folio, p. 102.

On peut envisager sous cet angle les ravages exercés par le refus de vieillir, le déni du vieillissement, les difficultés à accepter la réalité ; alors que s'assumer pleinement en tant que vieillard en se référant à un état des lieux sans complaisance ni catastrophisme représente le plus sûr moyen du bien vieillir, et permet à l'intéressé(e) le meilleur usage de ses possibilités.

Cette mise au point n'est jamais définitive mais toujours remise en question, insidieusement ou brutalement, en fonction des aléas du quotidien ; une difficulté particulière provient du fait qu'assez souvent après un premier travail de deuil, achevé par un renoncement et un réinvestissement libidinal, le (ou la) senior imagine inconsciemment avoir payé son tribut à la loi du vieillissement et se considère comme quitte de toute nouvelle avanie ; autrement dit chaque nouvelle atteinte (aggravation d'un handicap, apparition d'une nouvelle maladie) surprend le (ou la) sujet(te), est vécue comme une injustice et réveille les conflits infantiles inconscients, avec le risque de cercle vicieux : révolte et agressivité, culpabilité, sentiment d'impuissance et d'abandon etc.

Autre modification d'importance : la baisse des activités de rêveries, qui masquent le désir inconscient insatisfait. L'adulte qui se laisse aller à la rêverie conserve (comme l'enfant) le sens de la réalité, même quand il s'agit « d'une sorte d'activité de pensée indépendante du principe de réalité, soumise au seul principe de plaisir ». Car dans « l'acte de la rêverie...il [le sujet] cesse de dépendre d'objets réels » (S. Freud, « Deux principes du fonctionnement mental »). Le principe de plaisir permet, dans la rêverie, le jeu de la toute-puissance mais, dès l'origine, le principe de réalité confine le contenu de la rêverie dans le domaine de l'imaginaire. Le contenu latent se trouvant ainsi annulé, le Surmoi conserve son omnipotence.

La baisse pulsionnelle et des capacités entraîne une perte de maîtrise sur le monde extérieur, facteur dans les cas défavorables de repli narcissique, avec un réinvestissement pulsionnel des problèmes de fonctionnement (corporels, intellectuels), un surinvestissement de ce qui n'expose à aucune surprise, un désir d'efficacité à court terme, à moindre coût, traçant la voie à la routine et à ses conséquences désastreuses.

Dans d'autres cas défavorables, certains sujets utilisent les rêveries comme un déni par rapport à l'angoisse de vieillir ; ailleurs les activités de rêverie ont pratiquement disparu sans activité substitutive ; ici la moindre pensée rappelle au senior son état de vieillard, mobilise les angoisses de castration et de mort d'où aussi le refoulement de tout ce qui risquerait de mobiliser les idées subites involontaires surgies du préconscient (« à la limite des images et des mots », S. de Mijolla-Mellor, in *Dictionnaire International de Psychanalyse*, Calmann-Lévy, 2002).

2) Les pertes libidinales et sexuelles.

Sans reprendre ici la problématique de la sexualité des personnes âgées, je me contenterai d'évoquer, très superficiellement, quelques points de cette question essentielle, en particulier dans le registre du sentiment de soi.

La force du désir sexuel a déjà amorcé une nette baisse à 70 ans ; on peut envisager cet âge comme une étape importante pour aiguiller le couple vers une évolution réussie de la vie génitale. Celle-ci va passer progressivement d'une sexualité mature où prévaut l'activité physique (avec sa composante de tendresse) à une relation dans laquelle l'activité sexuelle proprement dite cède le pas à la tendresse avec sa composante sexuelle, cette composante étant particulièrement précieuse.

C'est cet atterrissage en douceur qui va poser de nombreux et difficiles problèmes, susciter bien des conflits ouverts ou larvés.

Pour être pleinement réussie cette évolution suppose une permanence, un maintien des liens physiques en dehors même de la relation sexuelle stricto sensu ; ceci implique par définition que les sujets n'éprouvent pas de sentiment de rejet, de dégoût, de honte par rapport à l'autre, tout en ménageant des attentions de pudeur en conformité avec leurs habitudes antérieures.

Gêne, honte, rejet, dégoût s'expriment par ces remarques si banales et habituelles de patients, du genre : « j'aurais l'impression de coucher avec mon frère, avec ma mère, j'ai trop peur de ne pas y arriver. » Ce type de remarque démontre que pour l'inconscient, la baisse des pulsions libidinales entraîne pour l'autre du couple un changement de statut : il a régressé au niveau d'un de ces personnages de l'enfance - père, sœur, mère, frère - sexuellement tabous ; à l'insu du sujet, l'autre s'est mué et risque de se trouver investi comme un objet oedipien. Cette régression totalement inconsciente pèse souvent très lourd ; en effet la baisse des possibilités sexuelles signifie tout naturellement pour l'inconscient un retour à cette période de la vie où l'activité génitale était impossible et bien souvent l'activité sexuelle réprimandée.

Chez l'enfant, la tendresse envers un objet oedipien, se charge de désirs sexuels interdits et se trouve toujours sous la menace consciemment d'une défense, de l'impuissance, inconsciemment de la culpabilité, de la menace de castration ; cette tendresse est donc empêchée de se déployer librement.

Au contraire pendant la période de pleine activité génitale, le mélange de sexualité et de tendresse s'effectuait - dans les cas favorables - librement.

Le tarissement des échanges de tendresse sexualisés, liés à cette régression inconsciente à une période infantile, déborde sur les autres secteurs de l'existence et risque

d'entraîner de multiples conséquences pathologiques et pathogènes ; la manifestation minimale étant l'ennui, l'indifférence et/ou la mauvaise humeur permanente, inutile de détailler le tableau du pire.

Il est donc nécessaire dans la perspective d'une évolution satisfaisante de la sexualité du couple vieillissant que les partenaires aient profondément assumé et fortement investi le sentiment de leur identité, c'est-à-dire la permanence de celui (ou celle) qu'ils sont en dehors des traverses du quotidien ou des stigmates de l'âge, et continuent d'être pour son ou sa partenaire, celui (ou celle) avec qui il (ou elle) a mené sa vie génitale mature. Il s'ensuit que chacun pourra échanger naturellement, avec plaisir, une tendresse empreinte de sexualité, mais sans culpabilité ou honte... : Puisqu'elle représentera une activité « autorisée », elle témoignera de la sexualité mature dégagée de la sexualité infantile et de ses interdits ; ainsi les seniors pourront-ils exprimer, donner et recevoir une tendresse qui passe par le contact physique ; cette proximité physique favorise la proximité affective voire intellectuelle, le plaisir et l'investissement de la vie en dépit des pertes dans le domaine de la génitalité, en l'adoucissant par la tendresse.

Mais ce modèle « idyllique » risque d'être brouillé par d'innombrables obstacles susceptibles de mobiliser de redoutables mouvements pathologiques.

Parfois la régression entraînera un des membres du couple vers une relation d'objet prégénitale, telle que la décrit M. Bouvet « avec disparition de l'éventail des positions affectives, malgré la baisse libidinale besoin de possessivité tyrannique, l'objet devenant un objet narcissique, c'est-à-dire marqué par un besoin de possession inconditionnelle, absolue, sans recherche d'adaptation à la réponse de l'objet. »

Ailleurs les difficultés seront liées à l'impuissance, la difficulté d'érection (je ne reviendrai pas sur la symbolique phallique) : la femme peut la ressentir comme liée à sa propre détérioration physique ou à une perte de son pouvoir de séduction symboliquement matérialisé par l'érection ; elle peut inconsciemment en vouloir à son partenaire de la confronter ainsi à sa vieillesse (et ainsi à sa mort) ; cette impuissance peut inconsciemment mobiliser les conflits oedipiens infantiles ; elle est alors assimilée à un refus, un rejet : au refus, au rejet de la petite fille par le père et à l'humiliation qui en découle. Parfois le personnage masculin se trouve inconsciemment dévalorisé, objet de mépris, de pitié ou de revanche, sentiments liés aux pulsions agressives, avec des possibilités innombrables de conflits, de la surprotection (plus ou moins castratrice) à l'autoritarisme agressif avec les réactions, mesures de rétorsion que l'on imagine aisément... Du côté masculin : l'impuissance est source d'une angoisse consciente : « vu mon âge, cette impuissance est-elle définitive ? » ; sur le plan inconscient elle risque de mobiliser des angoisses archaïques.

Dans des cas de ce type, les tentatives sexuelles relèvent de démarches inconscientes diverses : Le désir de désir, ailleurs une démarche masochique qui prévoit l'échec et masque à ce prix un désir agressif envers l'autre.

La baisse pulsionnelle demande, pour être mieux acceptée, une compréhension des modifications somatiques physiologiques ; cette mise au point permet une compréhension des phénomènes, et par là un sentiment de maîtrise, même relative.

3) La Sublimation : « Le vent se lève, il faut tenter de vivre » (P. Valéry).

De nombreux travaux ont démontré le rôle majeur, à statut socio-économique comparable, de la poursuite d'une activité physique et intellectuelle ; la qualité et la durée de vie en dépendent de façon significative.

Dans sa forme « classique », la « sublimation » se produit par la transformation de « la libido d'objet sexuelle en libido narcissique, pour lui assigner éventuellement ensuite un autre but. » (S. Freud, Le moi et le surmoi, in Le Moi et le ça, Essais de psychanalyse, Payot, p. 242).

Freud a décrit une autre démarche concernant la sublimation ; elle joue un rôle défensif et protecteur de premier plan dans la vieillesse, elle peut s'intriquer de façon plus ou moins étroite avec le mécanisme précédent.

Il écrit dans « Le Malaise dans la Culture » : « *Une autre technique de défense contre la souffrance se sert des déplacements de libido... La tâche qu'il faut résoudre est de situer ailleurs les buts pulsionnels, de telle sorte qu'ils ne puissent être atteints par le refusement du monde extérieur.* »

Dans les deux occurrences, l'instrument sublimatoire demeure l'énergie pulsionnelle sexuelle envisagée par Freud, détournée de son but, mais dans le second cas la fin visée par l'acte sublimatoire n'est pas « le but apparent » (travail quelconque) mais bien la protection narcissique et la « réparation du sujet » menacé ou atteint par la blessure narcissique et la castration.

La sublimation ne concerne pas ces seules activités « nobles, sublimes » que S. Freud prenait en compte et qui ne concernaient que les « happy few » mais s'étend aux plus humbles projets ; nombre d'activités spontanées, apparemment mineures, à condition d'être authentiquement investies peuvent fonctionner sur un mode sublimatoire et/ou créatif (au sens de Winnicott c'est-à-dire quand ce que l'on fait renforce le sentiment d'être soi).

Concernant la diversité des activités sublimatoires les exemples célèbres ne manquent pas : un présocratique écrivait « *les dieux sont aussi dans la cuisine* », Cicéron se plaisait à tailler sa vigne, Montaigne, lui, veut « *qu'on agisse et qu'on allonge les offices de la*

vie tant qu'on peut, et que la mort me trouve plantant mes choux, mais nonchalant d'elle, et encore plus de mon jardin imparfait » (Essais, Livre I, Chap. XX)... Cette dernière note revêt une portée majeure à propos de la sublimation chez le senior, surtout si on l'associe à celle-ci : « le plaisir est notre but » dans ce même célèbre chapitre (Que philosopher c'est apprendre à mourir).

Chez les seniors, l'affaiblissement des pulsions sexuelles contraste avec l'importance et le rôle apparemment préservés des pulsions prégénitales, en particulier orales et anales ; dans le domaine de la sublimation l'agressivité, malgré la baisse pulsionnelle (l'agressivité sera beaucoup plus aisément contenue sur le plan corporel) continuera de jouer un rôle important ; à propos du rôle de l'agressivité dans la sublimation S. Freud écrivait dans une lettre du 27 mai 1937 à Marie Bonaparte (in E. Jones, La vie et l'œuvre de S. Freud, T. III, p. 531) : « *On doit alors admettre que des déviations semblables [à celles de la sexualité] s'écartant du but de destruction... pour se tourner vers d'autres réalisations sont démontrables sur une large échelle [en ce qui concerne l'instinct de destruction]... On peut considérer la curiosité, la pulsion d'exploration, comme une sublimation complète de l'instinct agressif ou destructeur.* » Dans cette perspective, je rappelle cette réflexion de Matisse décorant la chapelle de Vence : « *Si je ne me réveille pas le matin avec l'envie de tuer quelqu'un je ne peux pas travailler* ». On notera qu'il est d'ailleurs plus aisé, pour une personne âgée, d'exprimer sous une forme directe ou détournée ses pulsions hostiles que ses désirs ou fantasmes sexuels.

Ces pulsions prégénitales sont cependant atteintes par l'âge : un point capital touchant la Sublimation sera le choix de l'activité ou des activités. Il est essentiel que le sujet dégage un domaine qu'il pourra investir comme le sien propre, dans lequel il aura plaisir à se retrouver, dans lequel il se sentira lui-même, indépendamment de la valeur « officielle des résultats » ; le plaisir lié à ces activités est capital ; le plaisir de se sentir fonctionner de manière satisfaisante de soi à soi, pour sa propre satisfaction, dans une activité qu'on aime est une réassurance narcissique de taille (surtout pour ceux qui en sont tellement privés), c'est une façon privilégiée de se sentir être soi.

Le choix initial oriente dans une large mesure la suite de l'évolution ; assez souvent, l'intéressé(e) au lendemain de sa retraite se lance dans des activités de bénévolat ; en particulier lorsque le sujet exerce les compétences tirées de son ancienne profession ; les avantages sont nombreux : conservation d'un lien social, d'une activité précieuse pour l'équilibre physique, psychologique et narcissique.

Mais cette forme de lutte contre l'angoisse peut entretenir une démarche inconsciente de déni (lié au désir de rester « le même » puisque l'occupation habituelle se poursuit), ou/et alimenter le fantasme inconscient de toute-puissance et d'éternité. Pour un senior entamant une activité nouvelle, le risque à éviter sera de choisir un investissement

compensatoire et fantasmatique : le contenu de la sublimation est alors relégué à l'arrière-plan et l'activité représente tout autre chose que son objet manifeste ; inconsciemment il s'agira pour l'intéressé(e) de se plier à ce qu'il (elle) a cru percevoir, enfant, comme étant le désir secret des personnages parentaux, démarche inconsciente caractéristique du faux-self, d'assouvir des fantasmes infantiles de gloire, de succès sexuels, c'est-à-dire de toute-puissance avec déni du vieillissement et de la mort ; dans des cas de ce genre, l'activité ouvre la voie à des dérives pathologiques ; elle n'est plus appréciée par l'intéressé(e) qu'en fonction des seuls suffrages du public, et non pour l'intérêt de ce qu'il fait.

Parfois le choix sera enserré dans une gangue névrotique avec la culpabilité inconsciente d'affirmer son autonomie par rapport à un Surmoi castrateur ; l'inhibition invoquera ici la peur de se lancer dans des activités jugées au-dessus de ses forces par le senior et le succès risque d'être payé fort cher.

Enfin, s'il s'agit d'entamer une nouvelle activité, les conditions d'apprentissage joueront un rôle essentiel ; la plupart des difficultés s'adressent au narcissisme qui risque à tout moment d'être blessé et d'entraîner l'abandon : un vieux au milieu de jeunes, dévoiler ses difficultés de compréhension, sa lenteur face à un nouveau mode de raisonnement, un nouveau vocabulaire, de nouveaux concepts, face aux nécessaires mémorisations, humiliation de se retrouver en position « d'élève » ; certains réactiveront les conflits d'enfance et/ou d'adolescence, problèmes de rivalité oedipienne notamment.

Il existe de nombreux autres pièges : une tâche trop facile renvoie au dérisoire, l'intéressé(e) se sent infantilisé(e) ; d'où des réactions allant jusqu'au rejet de toute forme de proposition, de réactions dépressives avec auto-dépréciation (je ne suis plus bon(ne) à rien) ; dans d'autres cas la proposition sera acceptée volontiers en apparence, le sujet s'efforcera de se plier aux attentes de l'entourage pour en être apprécié, le faux-self pathologique aura rempli son office.

À l'évidence enfin, une tâche trop difficile, surtout dans les commencements, entraîne outre l'abandon un sentiment douloureux d'incapacité, des réactions dépressives, etc. Une tâche de ce type répondra souvent à un refus d'assumer la réalité de l'âge. L'influence de l'entourage immédiat sera importante sinon primordiale : encourageante ou à l'inverse décourageante, souvent les rapports amicaux avec les autres participants sont particulièrement gratifiants...

Le jeu, selon Winnicott, est une expression du vrai self ; l'esprit de jeu et le jeu entretiennent d'étroites relations avec les activités sublimatoires. Le jeu n'a d'autre but que le plaisir qu'il procure (Robert). D'un point de vue psychanalytique, la valeur défensive du jeu est clairement soulignée par S. Freud ; il considère que « l'opposé du jeu n'est pas le sérieux mais la réalité » et pour lui « le jeu permet à l'enfant de maîtriser ce qu'il a d'abord

vécu passivement de pénible ». Ce passage par le moyen d'« une réaction active » de la passivité à la maîtrise me paraît essentiel dans le cas des seniors.

Avec G. Dedieu-Anglade, nous avons seulement retenu deux éléments de l'esprit de jeu : la gratuité et le plaisir, les deux étant étroitement intriqués et complémentaires, l'un renforçant l'autre.

La gratuité favorise l'absence de culpabilité et, par là, facilite et renforce la relation au plaisir. Dans les cas défavorables, le senior sera blessé dans son amour-propre, se sentira dévalorisé par une proposition ressentie comme infantilisante ; il y décèlera la preuve de sa « déchéance » ; ailleurs au contraire une approbativité infantile, liée au faux-self ira à l'encontre de l'esprit de jeu.

4) L'angoisse de mort

De façon schématique, on peut distinguer deux grands volets à l'angoisse de mort archaïque ; ancrés dans l'inaccessible, ils ne sont bien entendu pas rigoureusement séparés et distincts en pratique.

L'un des deux volets concerne le chapitre « regrets, nostalgies », « ce monde qui continuera sans moi », en bref la tristesse insupportable de mourir, de quitter les êtres chers.

Les angoisses de regret, de refus de faire son deuil, sont sous-tendues au niveau inconscient par le fantasme de toute-puissance, dont l'un des aspects est le fantasme d'éternité. On peut - non sans mal - renoncer à ce que l'on a eu, mais on ne peut pas renoncer à un fantasme inconscient ; de plus ce fantasme de toute-puissance jouit d'un statut ambigu et privilégié : le nourrisson, nous apprend Winnicott (confirmé par Lebovici) « crée » le sein qu'il a trouvé quand il avait faim et éprouve ainsi comme une réalité ce sentiment de toute-puissance ; l'illusion donne un statut de réalité au fantasme « j'ai connu la toute-puissance donc je peux la posséder à nouveau ». Là gît peut-être une des raisons au « refus de mourir ». Ce refus nostalgique se teinte aisément d'angoisse en raison de son lien avec le second volet, caractérisé par la violence des affects qui signent les angoisses de néantisation archaïques.

Ce second volet correspond à toutes les angoisses de mort désorganisantes, innommables, ces « agonies primitives, ces angoisses d'effondrement » dont parle Winnicott ; cet auteur a montré chez des patients psychotiques qu'elles correspondaient en fait non pas à l'angoisse d'un futur « inimaginable, informe, illimité, incompréhensible, avec une impuissance absolue, résumant l'Hilflosigkeit (S. Freud) et la Détresse du nourrisson », mais bien au contraire à l'angoisse inconsciente de revivre un passé que le sujet a réellement ressenti et vécu quand il était nouveau-né. Le sujet redoute inconsciemment de

revivre le passé qu'il a connu sans avoir la possibilité de comprendre ce passé-présent inaccessible, inscrit dans les niveaux primitifs du système nerveux central et stocké sous cette forme archaïque, inaccessible.

Le sujet souffre l'angoisse de revivre ces « agonies primitives » contemporaines des premiers instants de l'existence, ces temps d'Hilflosigkeit, de détresse absolue, de rages impuissantes, aveugles et inextinguibles.

Winnicott n'a pas eu le temps de démontrer que ce qu'il a décrit chez les psychotiques est à mon avis à l'origine des angoisses de mort « terrifiantes » de tout un chacun.

Les moments de Béatitude et de Détresse s'inscrivent, du moins je le crois, au plus profond et au plus primitif du système nerveux central pour former – en continuité avec les événements de la période fœtale – les fondations de la psyché ; ils s'inscrivent avec le rythme de cette alternance de bonheur ineffable et de déréliction sans borne ; présents, inaccessibles, irrécupérables, ils sont comme nous l'avons vu, aux racines de l'identité.

Pour en terminer je me demande si le senior, du fait de l'aggravation des handicaps et des maladies, n'est pas légitimement préoccupé par le souci de donner un sens à sa fin, un sens qui lui convienne profondément ; je pense que ces réflexions destinées à mieux préciser son Idéal du Moi de vieillard peut aider par exemple à « mourir utile » ; ceci peut s'avérer précieux pour un(e) adolescent(e) ; je voudrais vous en résumer un exemple : Martin.

Mon beau-frère, américain, ancien élève de Harvard, avait repris, vers 40 ans et une fois fortune faite, des études de Géographie économique à Columbia, soutenu ses diplômes et pris un poste de professeur d'université ; c'était un homme plein d'humour (mais aussi d'ironie) et généreux, très secret et « lisse ». Nous connaissant depuis 1948, nous avons beaucoup d'amitié l'un pour l'autre sans jamais avoir eu d'échanges vraiment proches, l'un de ses fils lui reprochait d'ailleurs sa distance. En décembre 2001, il nous téléphone de New York en annonçant qu'il a fait son « 11 septembre personnel » : son médecin vient de lui découvrir et de lui annoncer qu'il a sans doute un cancer, peut-être métastasé ; nous sommes arrivés à New York trois jours plus tard, la cancérologue lui ayant appris qu'il était inutile d'entreprendre quoique ce soit, et qu'il avait une espérance de vie d'un mois maximum ; le lendemain de notre arrivée Martin est retourné à l'université pour achever la correction de ses copies (ses cours se terminaient) de 7h 30 à 14 heures. Le matin suivant, nous nous retrouvons seuls et entamons l'une de nos conversations habituelles, politiques ou culturelles, fort intéressantes ; au bout d'un moment je l'ai interrompu pour lui dire, à peu près ceci : « La cancérologue t'a dit avant-hier que tu ne pouvais guère compter que sur une survie d'un mois. Nous avons le même âge, 84 et 83 ans ; donc ce qui t'arrive peut

m'arriver de la même façon, demain ; nous sommes sur le même bateau ; cela va te sembler un propos outrageux mais d'une certaine façon je t'envie : tu vas mourir le premier, tes enfants, tes petits-enfants, ta femme sont tous vivants et en bonne santé. Je ne connais aucun privilège plus précieux ; de plus tu es arrivé en parfaite santé, en pleine possession de tes capacités intellectuelles jusqu'au stade ultime. Autre chance remarquable : les circonstances te permettent de faire à tes petits-enfants un cadeau qui les soutiendra tout au long de leur existence, tu peux être pour eux un exemple face à la mort, comme cela a été mon cas avec ma grand-mère maternelle... » ; je lui ai rapidement exposé de quoi il retournait ; après quoi nous sommes restés plus de deux heures à parler de façon « réelle », libre et simple. J'ai eu la très grande satisfaction de savoir par d'autres qu'il avait apprécié notre conversation, qu'il avait pu en tirer des bénéfices précieux pour lui et pour ses proches ; l'urgence de la situation a pu lui permettre de réaliser ses derniers désirs : laisser les siens lui manifester leur amour. Il a pu se permettre de leur manifester le sien, sans abdiquer son humour (à ne pas confondre avec l'ironie). Il est mort quinze jours plus tard.

Martin a ainsi pu mettre en application le superbe aphorisme de Ronsard « *Un beau mourir orne la vie humaine* ». Et pour suivre le conseil de Montaigne : « *Si vous en avez bien profité, allez-vous en satisfaits* ».

Situation clinique : une analyse chez un sujet vieillissant, de 68 à 75 ans

Marie-Luce BISETTI *

L'objet de ma communication est un cas clinique. Il s'agit d'un homme âgé que j'ai suivi en psychanalyse pendant 6 ans.

Ce monsieur, avait demandé de l'aide à la suite d'une grave dépression qui nécessitait, alors, un traitement par antidépresseurs.

Nous n'avons pas tout de suite commencé par une psychanalyse, mais par une psychothérapie psychanalytique en face à face à raison de deux entretiens par semaine. Cette psychothérapie dura quelques mois, puis Michel s'est allongé et je l'ai vu quatre fois par semaine.

Je vais essayer de vous présenter l'évolution psychique de mon patient au fur et à mesure de la progression de l'analyse et de vous donner quelques aperçus de nos échanges à différents moments du traitement, c'est-à-dire : tout au début de nos rencontres, puis au moment de la décision de poursuivre le travail par une analyse, plus tard encore au milieu de l'analyse et pour terminer à la dernière séance.

Mais auparavant, il faut que je vous présente quelques jalons du parcours de vie de Michel.

Lors des premiers entretiens, Michel avait 68 ans ; il y avait trois ans qu'il avait pris sa retraite d'un poste à responsabilité dans une institution très reconnue et honorable. Depuis, son « moral » s'était assombri, il avait le sentiment que plus rien ne lui faisait plaisir. Les liens avec ses enfants, maintenant adultes, étaient ténus, il ne s'entendait pas bien avec sa femme, n'avait pas d'amis, ses parents étaient morts depuis une dizaine d'années et ses trois sœurs étaient chacune prises par leur quotidien. Sa vie paraissait pauvre et triste ; il regrettait beaucoup son activité professionnelle. En bref, il se sentait vide et tentait de remplir ce manque par des plaintes physiques. Il était hypocondriaque. J'insiste sur ces plaintes physiques qui au début du traitement remplissaient nos séances, vous verrez qu'en fin d'analyse, on n'en parlait plus.

* *Psychanalyste, Genève*

Voici un court instant de nos échanges, à ce moment-là, c'est-à-dire au tout début de la prise charge :

+ Michel : « Aujourd'hui j'ai comme un écoulement dans le fond de la gorge, je ne sais pas si vous l'entendez et puis, le principal, c'est mon ventre gonflé. Dans la nuit, je me suis réveillé avec ce ventre gonflé. Je suis comme ballonné. Peut-être, que j'ai mangé trop de yoghourt hier soir, il faudra que j'en parle à mon médecin. »

- moi : « Mais qu'est ce qu'il y a dans ce ventre ? »

+ Michel : « Des intestins qui ballonnent, enfin c'est un gonflement ! »

- moi : « Mais qu'est-ce qu'il dit ce gonflement ? »

+ Michel : « Je ne comprends pas ce que vous entendez par là... »

Ainsi au tout début de nos entretiens, Michel accusait son corps, le rendait responsable de son mal-être. Progressivement au cours des semaines, Michel devint de plus en plus sensible au langage de son corps, comprenant petit à petit ce que j'essayais de lui transmettre par mes interrogations. Il y en a eu beaucoup, d'interrogations, pendant ce premier temps des entretiens en face à face, non seulement, à propos du ventre avec son gonflement, mais encore à propos d'autres manifestations corporelles. Par exemple, une boule dans la gorge avec une impression d'étouffer retint notre attention et nous nous questionnâmes longuement sur le contenu de cette boule. Nous en étions à huit mois de psychothérapie en face à face. Un champ symbolique s'ouvrait peu à peu et Michel pouvait penser à lui différemment et surtout commencer à se préoccuper de son psychisme.

La boule fut d'ailleurs un élément important du tout premier rêve dont il me fit part. Voici le rêve : « Je regarde un camion dans une rue, le camion décharge une grosse boule dans un chantier ». Jusque-là, Michel ne se souvenait pas de ses rêves. Ainsi, un champ symbolique s'était, bel et bien ouvert, puisque dans ses nuits Michel commençait à mettre en image ses sensations corporelles. Un vrai travail de « psychisation » était en cours.

Il semble que le grand tournant de vie que représente la retraite l'ait remis en contact avec des aspects de son psychisme très infantiles, peut-être pas tout à fait bien élaborés au cours de sa vie. En effet, selon Mélanie Klein à n'importe quel moment de la vie, on peut retrouver ce qu'elle a appelé « des positions ». Dans les tout premiers mois de son existence, l'être humain se trouve dans une période ou position qu'elle a appelé, position schizo-paranoïde, dans laquelle les mouvements psychiques sont de l'ordre de la projection, du clivage et du déni. Michel déniait sa souffrance psychique, la projetait sur son corps et des clivages s'étaient installés. Pouvoir « penser » à son corps d'une autre manière, plus symbolique lui a permis de retravailler cette position schizo-paranoïde pour aller vers la position dépressive. Position dans laquelle l'enfant de six ou huit mois, selon Mélanie Klein, intègre ce qu'il clivait et mettait en dehors de lui. Michel fut très étonné de rêver d'une boule

qui corporellement s'était située au niveau de la gorge. Soutenu par mes interrogations, il associe, alors, à la fois sur une boule de billard et sur une impression d'étouffement, d'être pris à la gorge dans une certaine serre dans laquelle il pénétrait lorsqu'il était enfant.

Il ajoute :

+ Michel : *« Je suis le camion qui déverse la boule. »*

- moi : *« Et la psychothérapie c'est le chantier. »*

Quelques semaines plus tard, le matériel d'une séance confirmait l'idée que Michel était prêt à un travail de psychanalyse. En effet, il était suffisamment à l'aise, avec ses représentations internes afin de quitter le face à face dans lequel ma présence visuelle lui avait été tout d'abord nécessaire comme étayage.

Voici un moment de cette séance : Michel comme d'habitude commence par énumérer ses désagréments physiques et les événements du jour, puis il revint sur la boule. Pendant des mois, des années, les séances commençaient toujours par les plaintes et par la description des vicissitudes du quotidien. Bref, il fallait un moment de concret, de non symbolique avant de pouvoir accéder à des représentations plus psychiques. Ainsi, après m'avoir donné la liste des symptômes physiques et des événements, il me dit :

+ Michel : *« J'ai repensé à la boule ; et je me suis demandé où j'avais joué du billard ? Lorsque j'étais jeune homme, j'avais accompagné un groupe de camarades au billard, mais je me suis surtout souvenu de mon père et de ses récits de ses parties entre hommes. Par contre, dans la serre où je n'aimais pas pénétrer car le chaud me prenait à la gorge, j'y allais avec ma mère ».*

- moi : je reste en silence.

+ Michel : *« Je ne crois pas vous en avoir parlé, mais dans ma maison au grenier il y a une valise, elle renferme beaucoup de photos de différents moments de ma vie. Je n'ai jamais pu l'ouvrir, comme une paresse ; il faudrait que quelqu'un m'aide, c'est trop pour moi. »*

- moi : *« On est deux ici pour l'ouvrir ! »*

+ Michel : *« Qu'est ce que vous me dites, ma valise est au grenier. »*

- moi : *« Grâce à la boule, vous avez commencé à me parler de vos parents et de vous jeune homme, on pourrait continuer, c'est comme les photos de la valise. »*

+ Michel : *« Ah d'accord ! Vous l'entendez comme ça ! »*

C'est donc à la suite de cet échange que l'analyse, quelques jours après, fut décidée. En effet, nous pouvions commencer à « jouer » avec les représentations, comme un enfant qui peut commencer à raconter des histoires lorsqu'il manie un jouet ou n'importe quel objet. Nous n'étions plus tout à fait dans le « c'est comme ça » mais nous pouvions, parfois, aborder le « c'est comme si ». Le travail que nous avons déjà accompli, en face à face,

s'apparente à ce que Bion, auteur anglais, nommait la transformation d'éléments bêta en éléments alpha grâce à la capacité de rêverie de la mère ou autrement dit à l'appareil à penser les pensées de la mère. En effet, ses plaintes corporelles étaient autant d'éléments bruts, éléments bêta, selon Bion, que nous avons pu rendre plus élaborés, pensables, symboliques ; nous les avons transformés en éléments alpha.

Ainsi, nous poursuivions le travail commencé pendant presque une année en face à face, par une psychanalyse classique quant au cadre ; c'est-à-dire un divan, un fauteuil, quatre séances par semaine de 45 minutes chacune. Nous ouvrons, donc, la valise de sa vie. Petit à petit, les souvenirs revenaient : les bons et les mauvais. Il lui était difficile de penser à son enfance solitaire, de se remémorer le petit garçon introverti qu'il avait été, choyé, certes, par ses parents dans la grande maison au milieu de la campagne, mais tout seul. Il était le fils des « riches » du pays, le garçon des châtelains, mais combien esseulé. Il découvrait qu'en effet, encore maintenant il pouvait se sentir à la fois ce monsieur important qui avait pris sa retraite d'une fonction socialement bien reconnue et un tout petit qui se sentait si souvent seul. Dans le transfert, je représentais à ce moment-là, une mère à qui son petit garçon vient se plaindre. Ainsi les plaintes physiques étaient passées du domaine du concret à des représentations de lui, donc à une subjectivation, lui en tant que sujet. Nous passions, donc, tout un temps à regarder ensemble le flot des souvenirs qui revenaient séances après séances. Il évoquait, par exemple, les visites des métairies du domaine. Il se souvenait de son père, ce monsieur tellement impressionnant lorsqu'il conduisait la voiture. La sieste, sous la chaleur de l'été, dans la chambre bien fraîche était, sans doute, le plus délicieux des souvenirs. Par contre, l'obligation de devoir porter un maillot de bain qui avait des bretelles devant les enfants du village faisait partie des mauvais souvenirs ; il en avait encore honte aujourd'hui. A l'instar d'un enfant qui sort de sa caisse à jouets, les bons et mauvais « joujous », les montre à sa mère et partage avec elle la satisfaction de la découverte, Michel me faisait participer à la joie de retrouver des moments de son enfance. De fait, dans mon contre-transfert, le plaisir du partage était bien présent après les mois difficiles durant lesquels je m'ennuyais terriblement à écouter la liste monotone de ses ennuis physiques. Nous construisions donc un contenant psychique, une structure encadrant comme l'a appelée Green. Ainsi, avec un moi un peu plus solide Michel pouvait alors, aborder ses peurs. Il rêve : « *Je suis dans un petit train de montagne, dans un wagon de marchandises ouvert, debout sur des troncs d'arbre qui menacent de rouler sous mes pieds, le train suit les lacets du chemin qui grimpe et, à chaque contour, je risque de tomber* ». Michel me faisait part, alors, de ses craintes de « tomber » psychiquement. Il se remémorait ses frayeurs d'enfant, notamment lorsqu'il passait devant un grand tableau ; c'était une toile qui représentait une tête étrange apparaissant à moitié cachée derrière un rideau de velours.

Surgissent aussi, de sa mémoire des cauchemars d'enfant dans lesquels il tombait dans un entonnoir, il se réveillait en sursaut croyant que c'était vrai.

A ce moment de l'analyse, après une année et demie, on peut résumer, ainsi, les différents jalons, de notre travail : après la concrétude des plaintes corporelles, il y eut le rêve de la boule qui ouvrait la voie du symbolisme, puis la valise entrebâillée qui permit la résurgence des souvenirs et ensuite les peurs annoncées par le rêve du train qui nous ont amené plus loin par la suite. On remarque que dans le rêve de la boule qui tombe du camion, Michel est spectateur, comme si cette boule ne faisait pas encore, tout à fait, partie de lui ; par contre, dans le rêve du train, c'est lui qui risque de tomber ; il y a donc tout un travail de subjectivation qui s'est mis en place.

Grâce aux frayeurs réactualisées, il pouvait maintenant me faire part de ses craintes présentes, de sa peur de « tomber psychiquement » comme il l'appelait. Il s'agissait de sa difficulté, parfois, à ne pas bien différencier le fantasme de la réalité. De même que, lorsqu'il était enfant, la tête derrière le rideau, aperçue sur la grande toile devenait une réalité qui l'angoissait beaucoup. Son préconscient laissait trop passer les matériaux de l'inconscient, la barrière entre l'inconscient et le conscient n'était pas suffisamment étanche, le refoulement pas tout le temps à l'oeuvre. Tout en ayant des aspects névrotiques, Michel avait aussi des aspects borderlines ou état-limites. C'était un patient hétérogène selon le terme de Danielle Quinodoz. En effet, Danielle dans son magnifique livre *Les mots qui touchent* fait bien comprendre la diversité des fonctionnements psychiques pour une même personne. Michel souffrait, donc, d'angoisses de ne pouvoir faire le tri entre ce qu'il désirait faire et ce qu'il pouvait faire. S'il voyait une jolie femme dans la rue il avait peur de ne pas bien savoir jusqu'où il pouvait aller, si d'aventure il l'abordait. Il n'arrivait pas à lire de romans car à un moment donné il avait peur de se confondre avec les personnages. Pour la même raison, le cinéma l'angoissait. C'étaient des angoisses de fusions.

Ainsi, avec Michel on travaillait les limites du dedans et du dehors. On se posait la question de savoir ce qui appartenait au jardin secret et ce qui pouvait en sortir afin de communiquer avec les autres. Voici un petit temps d'une séance : (après trois ans, nous étions au milieu de l'analyse)

+ Michel : *« Hier, je suis allé dans un magasin pour acheter de nouvelles chaussures, la vendeuse était charmante et s'est bien occupée de moi. En sortant du magasin, je suis, alors vite allé dans ma chocolaterie préférée afin d'acheter des chocolats pour la si gentille vendeuse. Je suis donc retourné dans le magasin de sport, mais, hélas, la vendeuse n'y était plus. J'ai donc prié le patron de lui transmettre et les chocolats et ma reconnaissance. »*

- Silence de mon côté, avec le très désagréable sentiment que Michel avait été complètement ridicule.

+ Michel : *« Vous ne dites rien, c'est encore mon problème de jardin secret. Je veux tellement être aimé, je vais trop loin. C'est difficile d'en être conscient, mais je crois que je commence à m'en rendre compte. C'est dans un sens et aussi dans l'autre. J'ai un très grand besoin de dire trop de mes sentiments et aussi je veux trop forcer le jardin secret des autres. »*

- Silence de mon côté.

+ Michel : *« Cette nuit, j'ai fait un rêve très agréable : « je suis au-dessus de la véranda d'une très jolie maison. C'est une atmosphère très claire, je regarde par la vitre du dessus et je vois au milieu de la pièce un très joli petit jardin comme à la japonaise. » C'est peut-être une image de mon jardin secret bien protégé. »*

Le besoin d'être aimé prenait beaucoup de place dans nos séances ; les assises narcissiques primaires ayant certainement, en partie, manquées lors de l'enfance de Michel. Il s'était représenté sa fragilité des origines par l'image du petit garçon seul dans le grand château. Danielle qui m'a beaucoup aidé tout au long de cette analyse me disait : *« Michel fait penser à une plante qui a soif »*. Mon patient énumérait souvent les différentes occasions dans lesquelles il ressentait le besoin d'être reconnu par ceux, à qui socialement il attribuait une grande valeur. Extrait d'une séance :

+ Michel : *« Je suis allé déjeuner dans tel club. Je n'en fais pas encore partie, mais un tel m'a demandé s'il pouvait proposer ma candidature. Ça me valorise beaucoup. C'est amusant, je suis passé par l'escalier de service, par le petit escalier, je n'avais pas bien compris où était le grand escalier. »*

- moi : *« Escalier ? »*

+ Michel : *« Le petit escalier, c'est pour le service ; pour les membres, c'est le grand. Vous pensez que je veux me valoriser en passant par le grand ? »*

- moi : *« Il faudrait que vous passiez par le grand escalier pour vous sentir dans votre propre escalier. »*

+ Michel : *« Vous dites mon escalier ! Ni le grand, ni le petit, mais mon escalier ! »*

- Moi : *« On ne vous aimerait pas comme vous êtes ? »*

+ Michel : *« Oui, ça, c'est tout un programme. »*

« Etre dans son escalier » était devenu une expression entre nous qui signifiait être lui, avec qualités et défauts. L'idéalisation, comme un enfant peut idéaliser ses parents, était, donc, sur l'ouvrage. Les différents personnages qu'il avait idéalisés tout au long de sa vie et de sa carrière emplissaient nos séances. Dans le transfert, idéalisait-il aussi son analyste ? Peut-être un peu moins, puisque des reproches, longtemps contenus, de peur certainement de mon intransigeance supposée, pouvaient être dits en séance. Les contraintes horaires

l'énervaient ; mais ce qui le fâchait vraiment était l'obligation de payer les séances même lorsqu'il ne pouvait venir. Je paraissais donc, être, moins persécutrice et ses reproches moins menaçants, puisqu'on pouvait en parler. Il était, donc, moins dans la position schizo-paranoïde selon Mélanie Klein dans laquelle les attaques violentes du tout petit à l'égard de sa mère sont ressenties, par lui, comme terribles et donc sujettes, selon la loi du Talion, à une vengeance tout aussi forte et immédiate. Il travaillait l'ambivalence de la position dépressive dans laquelle l'objet, la mère, peut être à la fois détestée pour certains motifs et à la fois tant aimée. Michel me disait : *« Ça, les séances à payer malgré tout, je ne l'admets pas, mais l'on sait bien, par ailleurs, que je tiens à mon analyse. »*

Dans la réalité externe, en dehors de nos séances, la vie de Michel était de plus en plus riche. En effet, il avait renoué avec d'anciens copains de sa vie estudiantine et de sa vie professionnelle. Le matin, il allait prendre son petit-déjeuner dans un salon de thé de la ville où s'étaient rassemblés autour de lui, au fur et à mesure des échanges, des femmes et des hommes, toujours les mêmes, à quelques exceptions près. Il partageait, ainsi, une bonne partie de la matinée en leur compagnie. Ils étaient ses nouveaux amis, comme il les appelait. Il suivait aussi des cours à l'université du troisième âge.

Il me disait avoir une vie d'adolescent ou de jeune homme comme il ne l'avait jamais eue. Grâce à la fréquentation d'autres hommes, il mettait en place une homosexualité structurante. Enfant, il n'avait eu que peu de contact avec son père qu'il me décrivait comme lointain, très occupé par son métier et sa charge de propriétaire terrien. Peu de figures masculines avaient accompagné son enfance. En effet, la guerre avait appelé au front les hommes qui auraient pu l'entourer. Il s'était donc retrouvé, seul garçon, au milieu d'un groupe de femmes composé de sa mère, de ses trois sœurs et des domestiques.

La rencontre avec des femmes rendait les échanges du salon de thé d'autant plus importants. Michel avait envie de séduire et d'être séduit. En même temps, dans nos séances, il se souvenait de sa mère qui lui paraissait si belle. Il se remémorait les moments privilégiés où il se cachait sous le piano pour écouter la musique maternelle. Il me racontait ses émois, pour les différentes dames rencontrées le matin au café. Les craintes d'aller trop loin revenaient, il avait peur de ne pouvoir contenir ses fantasmes dans son jardin secret. Ce qui me faisait lui dire de temps en temps : *« Vous auriez peur qu'ici je confonde et que je pense être dans un salon de thé, plutôt que dans une séance d'analyse où toutes sortes de fantasmes peuvent venir »*. En réalité, ce que je lui transmettais du risque de ma confusion, étaient ses peurs, à lui, de la confusion. Il me semblait que c'était moins blessant pour lui de l'entendre dans ce sens-là. Ses peurs de borderline, sa difficulté à symboliser certaines productions psychiques, étaient si grandes que je ne pouvais interpréter directement dans le

transfert ses désirs oedipiens, c'est-à-dire la reviviscence dans l'analyse des sentiments amoureux du petit garçon pour sa mère. Les fantasmes oedipiens qui sont structurants étaient bien là dans le décours de l'analyse, mais ne nous pouvions les aborder que par des transferts parallèles, déplacement des émois d'autrefois sur de multiples figures féminines côtoyées au grès de ses rencontres. A ce moment de l'analyse (5 ans d'analyse) nous étions donc loin des difficultés du début. Un champ de pensées, de désirs, de rêveries, de rêves s'était ouvert. En effet, dans les premiers mois du face à face avec Michel il ne rêvait pas et nous étions immobilisés par l'étreinte d'un corps tyrannique. Dans sa grave dépression, ce patient était sous l'emprise d'un imago primaire, père et mère combinés, persécuteur. En fin d'analyse, ses objets internes s'étaient modifiés, il s'agissait d'un père lui prêtant ses qualités masculines et d'une mère séduisante et se laissant séduire. Michel rêvait beaucoup et très souvent il s'agissait de rêves érotiques accompagnés ou non au réveil de masturbation. Autrefois, au début de l'analyse, il avait des éjaculations nocturnes sans fantasme. Il s'agissait de simples décharges pulsionnelles. Dans les heures et même jours qui suivaient ces pollutions, les ballonnements inconfortables de son ventre s'amplifiaient. On pourrait penser que des représentations non encore présentes, des voies longues du symbolisme non encore tracées, mais comme des promesses d'un avenir, avaient été clivées et projetées dans son corps, dans ce ventre gonflé. Bion parlait d'objets bizarres. Il y avait bien longtemps, des années, que Michel ne me parlait plus des inconforts de son corps.

Du côté de sa famille, Michel entretenait depuis quelque temps, d'excellentes relations avec ses deux enfants. Quant à sa femme, le problème restait douloureux. Cette dame souffrait d'angoisses de persécution tout à fait pathologiques. En fin de traitement, mon patient faisait bien la part des choses entre ce qui venait de sa femme et ce qui venait de lui. Au début de nos rencontres, la folie de sa femme le rendait confus, cette perte de repère faisait irruption à tout moment. Par mon sentiment d'ennui dans mon contre-transfert, je devais, à ce moment-là, me protéger de la confusion qu'il amenait. Je devais mettre inconsciemment un masque d'ennui pour ne pas être en contact avec cette folie.

Dans les dernières semaines de nos rencontres Michel me disait : *« On va bientôt se quitter, c'est triste, pourtant je me sens tout à fait bien dans ma peau et capable de continuer mon chemin sans vous. Je sais que demeurera un problème, et celui-là, je n'y peux pas grand chose et vous encore moins, c'est celui de ma femme. J'ai aussi des fragilités internes que j'emporte, mais je les connais ; j'ai toujours beaucoup besoin qu'on s'occupe de moi et que les autres me montrent qu'ils m'aiment »*. Puis, il ajoutait : *« C'est ce qui est dans mon*

rêve : « je joue un match de tennis, je suis très heureux et confiant, je joue avec des balles creuses. Les creux, les trous, sont mes fragilités, ça ne m'empêche pas de bien jouer. »

Pour terminer voici les dernières paroles de la dernière séance :

+ Michel : « Cela fait un dixième de mon âge que vous êtes là avec moi. On referme la valise aujourd'hui et avec vous je voulais évoquer le chemin parcouru. On était en psychothérapie puis en analyse. Pendant toutes ces années nous avons parlé du présent mais aussi du passé, des choses heureuses, des choses tristes. Nous avons beaucoup parlé de ce qui fait peur mais sans que j'ai eu vraiment des frayeurs, sauf un peu en évoquant le vertige de l'entonnoir, mais c'est tout. J'ai pu parler tranquillement du tableau qui m'effrayait. J'ai eu des rognés aussi, j'étais fâché de vous payer quand je ne pouvais venir. C'est toujours une rogne, je vais partir avec ; tant pis ce n'est pas grave ! C'est comme le vieux lavabo que vous avez et qui me rappelle celui de la grande maison de mon enfance ; je ne l'aime pas. Je regarde le tableau qui m'a accompagné tout au long de ces années et qui est face à moi, je lui fais aussi mes adieux. Je ne vous en ai jamais parlé, je ne l'aurais jamais acheté, ce n'est pas mon style, mais maintenant, comme je l'aime. Cette forêt un peu impénétrable représente la complexité des sentiments. Je voulais pénétrer dans le jardin secret des autres ou montrer trop le mien, maintenant j'apprécie de l'extérieur cette forêt qui est d'autant plus belle qu'elle doit cacher des mystères. »

Mots et murmures du couple sur la mort, rôle et fonction de la promesse

Olivier BAGES-LIMOGES *

« ...Comme ça te paraîtra drôle, quand je n'y serai plus, ce par quoi tu as passé. Quand tu n'auras plus mes bras sous ton cou, ni mon cœur pour t'y reposer, ni cette bouche sur tes yeux. Parce qu'il faudra que je m'en aille, très loin un jour. Puis il faut que j'en aide d'autres : c'est mon devoir. Quoique ce ne soit guère ragoûtant..., chère âme... Tout de suite je me présentais lui parti, en proie au vertige, précipitée dans l'ombre la plus affreuse : La mort. Je lui faisais promettre qu'il ne me lâcherait pas. Il l'a fait vingt fois, cette promesse d'amant. C'est aussi frivole que moi lui disant : « je te comprends » ».

L'époux infernal (Une saison en enfer)

Arthur Rimbaud

L'objet même de ma recherche est arrivé au détour des deux premiers mois de stage que j'ai réalisé pour l'obtention de ma maîtrise de psychologie, dans l'interstice qui est dévolu au psychologue dans un service de soins palliatifs de la région lyonnaise, celui des couloirs et des chambres. Des petites phrases sibyllines, certains diront anecdotiques, mais qui m'ont paru mériter l'attention : *« je lui ai promis qu'il ne souffrirait pas, que je ferai tout pour qu'il ne souffre pas... »*. *« Ce n'est pas cela que nous nous étions dit, c'est moi qui devais partir avant... »*. *« Mon mari était très ouvert, il m'a dit qu'il fallait que je refasse ma vie comme je voulais mais que je lui promette que je me ferai enterrer à côté de lui. »*

Ma question première a été de me demander à quoi **servent ces promesses** que le couple se fait et dont il sait que l'issue ne sera jamais comme il l'avait prévue ? Et puis d'autres questions en ont découlé. Existe-t-il une parole de couple concernant la mort ? La mort de l'autre ? Comment en parle-t-on ? En quels termes ? Pourquoi en parle-t-on ? Il s'agit ici, de questionner **l'élaboration du rapport à la mort dans la relation à autrui**. C'est la question du devenir de leur lien qui est en jeu, du lien du couple.

De ces quelques paroles il m'a fallu conceptualiser ces promesses. De quoi parle-t-on ? A quoi rattacher cela en termes psychiques ? La promesse est-elle seulement *« l'action*

* Infirmier Psychiatrique, Etudiant en Master de Psychopathologie, Lyon

de promettre ; ce que l'on s'engage à faire ?»³. Comment articuler la promesse au couple et à la mort ?

Travail ardu, incertain, partiel, partial peut-être, dont nous mesurons la complexité tant : « nous nous situons ici à la croisée de la personne et de la culture, au croisement du psychique et du social, et l'on pourrait dire au lieu même de ce qui « fait culture » pour le sujet »⁴.

Notre première partie essaiera de préciser ce que l'on entend sous ce terme de promesse, ainsi que son articulation avec le couple, le lien et la mort.

Une deuxième partie rendra compte de quelque cas cliniques à proprement parler : des entretiens de couples et d'endeuillés. A quel moment parle-t-on de la mort ? Existe-t-il des moments privilégiés ?

Dans une troisième partie nous essayerons de rassembler les fonctions possibles de ces promesses, dans leurs aspects topiques, économiques et dynamiques.

La promesse, de quoi parle-t-on ?

Comment aborder la question de la promesse ? A quels concepts psychologiques pouvons-nous rapprocher ce terme ?

Le dictionnaire nous donne 25 synonymes⁵. Toutes ces dimensions montrent que ce terme est dans un certain flou conceptuel. Il faut que nous fassions des choix. Par regroupement, il existe des liens avec le juridique, le spirituel, le sociologique, le psychologique, le philosophique, voire le commerce.

Nous choisissons d'évoquer quelques aspects socioculturels et philosophiques avant de cerner dans la discussion des concepts psychologiques. Commençons par un doute : parler de la promesse n'est-ce pas parler de romantisme ?

En lien avec le romantisme

Nous avons tous en tête des serments et promesses de grands amoureux : Eloïse et Abélard, Tristan et Iseult, Roméo et Juliette. En effet « le romantisme fait de la mort le lieu par excellence de la communion, il exalte la mort comme possibilité de la rencontre avec l'autre, voire comme constituant cette rencontre »⁶. Est-ce que seule la littérature et les

³ Petit Robert, édition 1986.

⁴ Baudry, P., *La place des morts, enjeux et rites*, p.118.

⁵ Par ordre de pertinence : l'engagement, l'assurance, l'annonce, la déclaration, le serment, la foi, le contrat, la parole, l'offre, la proposition, la convention, la protestation, le présage, l'obligation, le billet, l'espérance, le gage, la sollicitation, la prédiction, le signe, le sous-seing privé, la surenchère, le traité, le vœu. in Dictionnaire Internet des synonymes.

⁶ J. Allouch, *Erotique du deuil au temps de la mort sèche*, p.127.

écrivains peuvent parler et formuler des promesses ? Nous laisserons cette question en suspens pour la reprendre ultérieurement dans la discussion.

Approche socioculturelle

Nous illustrons cette approche par la religion en particulier la religion catholique qui a codifié cette promesse. Autrefois dans la culture judéo-chrétienne le fiancé et la fiancée s'appelaient le promis et la promise. Pour le croyant, être l'objet d'une promesse consiste à recevoir une fondation solide sur laquelle **s'appuyer** (c'est le sens premier du mot croire, *aman* en hébreu) et une espérance à laquelle répondre et par laquelle construire sa vie. On parle de « Dieu des promesses » cela en fait le *Dieu vrai* car il s'engage personnellement et fidèlement par ce qu'il accomplit ce qu'il dit. Nous trouvons ici la question du **vrai** et du **fidèle**. Concrètement, voici ce que nous trouvons dans une bénédiction nuptiale lors d'un mariage religieux. Les mariés se promettent : *« aujourd'hui, demain et tous les jours de leur vie, jusque dans l'éternité [...] Enfin, après avoir vécu longtemps heureux, qu'ils parviennent au Royaume du ciel [...] que la paix et la force de leur amour resplendissent pour la plus grande joie de tous, maintenant et toujours. »*⁷. Et pour la bénédiction finale : *« Qu'ils parviennent enfin avec tous ceux qui les ont précédés dans ta demeure où leur amour ne finira jamais »*. Force est de constater que dans ces formules, la mort est déniée puisque l'amour est éternel. Les vœux monastiques (cf. p.53 l'entretien de Mr Lemoine) ont deux composantes, l'offrande et la promesse. C'est **soi-même** que l'on promet. La promesse n'apportant aucun supplément d'être ou de perfection à celui – Dieu – envers lequel on s'engage. Dans la construction de « l'Objet d'amour » la **dimension socioculturelle** détermine l'affectation d'une certaine **valeur** au partenaire. L'époux et l'épouse sont pourvus d'un certain nombre de qualités : protection, bienveillance ...et en particulier le sens de l'autre, **de l'altérité**. Nous pensons ici la promesse comme **lien social**, dans la promesse d'éternité des époux lors du mariage, devant un parterre de témoins, issus d'une communauté.

Approche philosophique

La promesse en référence au philosophe du langage Austin :

La promesse, promettre, appartient aux **actes performatifs**⁸. Ce sont des verbes qui font ce qu'ils disent. Celui qui promet est engagé à une action future. *« Une promesse est un acte de discours de type engageant doué de traits particuliers. Premièrement quand on promet, on s'engage envers l'allocataire à faire ou à lui donner quelque chose en*

⁷ In « Marier devant Dieu » - Fêtes et saisons 1985, p.17-18 et 29.

⁸ J.-L., Austin, *Quand dire c'est faire*.

*présupposant que cela est bon pour lui. Deuxièmement une promesse n'est réussie que si le locuteur parvient à se placer sous une certaine **obligation de faire ce qu'il dit** »⁹.*

Promesse et contrainte :

L'acte de promettre crée effectivement une contrainte dès qu'il est exprimé et que la personne à qui il s'adresse en a pris connaissance. Cette contrainte n'a d'autre source que l'acte même de la promesse. L'exigence ne disparaît que s'il y a **réalisation** de la promesse ou **renoncement explicite** de la part de celui à qui s'adresse la promesse, et il faut qu'il exprime, à l'endroit du contenu de cette promesse, ce renoncement dégageant ainsi de ses obligations celui qui a promis. « *La promesse est une formule d'engagement qui s'inscrit dans le cadre de « l'échange égoïste de services »*. Il nous faut distinguer le don, de la promesse. « *...Si ma parole est tenue, même partiellement tenue, en étant donnée, il n'y a plus de promesse mais seulement un don* »¹⁰.

Ouvrir une temporalité :

« *La promesse ouvre la dimension d'une temporalité en quelque sorte seconde, dont la durée s'achèvera avec la réalisation de la promesse et uniquement avec son accomplissement* »¹¹. Hannah Arendt nous dit que « *la promesse a un pouvoir de stabilisation : c'est un engagement librement consenti par lequel la volonté de l'agent se rend maître de l'incertitude et de l'imprévisibilité de l'avenir, pour le considérer comme s'il était déjà présent* »¹². La ressource de la promesse est d'offrir ainsi un moyen de remédier à la fragilité des affaires humaines en créant comme le dit Nietzsche une « *mémoire de la volonté* ». Elle introduit une dimension temporelle qui relève de **l'histoire** et non du temps des horlogers. J. Derrida nous dit : « *La pensée de la promesse ou du promettre [...] ouvre [...] dans le présent [...] un futur non saturable, l'avance d'un à venir que rien ne saurait fermer* »¹³. Il y va de **l'historicité**, il s'agit de m'introduire dans ton histoire, dans mon histoire. La vérité de la promesse suppose le temps, mais le suppose pour lui résister, pour « vaincre » l'effet de déperdition de **rupture des liens, d'oubli, d'annulation** que peut comporter le temps.

⁹ Coll., Crépan, M., De Launay, M., *La philosophie au risque de la promesse*, p.27.

¹⁰ Ibid., p.40.

¹¹ Ibid., p.10.

¹² Coll., Crépan, M., De Launay, M., *La philosophie au risque de la promesse*, p.99.

¹³ Ibid., p.99.

Pour illustrer... Quelques cas cliniques

Notre méthodologie s'est articulée sur des entretiens semi-dirigés de couples et d'endeuillés(ées) en trois temps, car on ne peut saisir la dynamique de la promesse que dans l'après-coup de celle-ci ; non dans l'ici et maintenant de son énonciation mais bien dans ses effets psychiques ultérieurs :

Le temps t1, de l'avant mourir : de la promesse.

Le temps t2, du pendant : du mourir, de l'agonie.

Le temps t3, de l'après : du deuil, de la séparation de l'être aimé.

Nous sommes partis sur la base de témoignage. Pour recueillir ces témoignages nous avons pratiqué une « psychologie nomade » en nous rendant chez des couples et des endeuillés pour deux de nos trois temps d'étude, le temps t1 et t3. Le temps t2 a été observé dans une unité de soins palliatifs.

Le temps t1, de l'avant mourir : de la promesse (entretien à domicile)

Mr et Mme Laroche ont chacun 67 ans, 44 ans de vie commune, ils sont mariés religieusement, croyants engagés, 5 enfants.

Leur foi est le support de leur discussion, ou du moins, d'un certain parcours à accomplir. Mme Laroche cherche du regard l'accord de son mari. Lui essaye d'être proche de ses pensées et ne la regarde pas. Puis ils parlent de la mort de l'autre. Mme exprime que c'est très simplement qu'ils en ont discuté à l'occasion du décès d'un ami. Elle explique comment cela l'a changée et a changé le regard sur son mari. Ils disent qu'ils en discutent dans la « rigolade ». Ils occultent partiellement la période du décès d'un de leurs enfants. Ils parlent de choses matérielles mais aussi de la place du corps : « *Quand tu ne seras plus là qu'est-ce que le lit va être froid. C'est bien gentil, mais on a besoin du corps de l'autre. On s'aime dans notre corps* ». Elle souhaite « **partir** » **la première tout en envisageant le contraire**. Lui trouve que sa position est égoïste. Parle des sentiments qu'elle aura, la solitude, le chagrin. Un point particulier évoqué est le risque de clochardisation pour son mari restant seul. Lui, renvoie la question de la mort sur la question des séparations qu'ils peuvent vivre ponctuellement. Leur croyance commune en un au-delà, en une **communion des saints**, leur permet d'envisager plus sereinement ce moment, en particulier la solitude qui en résulte. Ils ont entrepris l'écriture d'un testament : « *On n'a pas payé notre enterrement !...C'est pas de l'argent. J'écris ma vie, mes parents, mes grands-parents, leur enracinement* ». « *On a à vivre le moment présent et à faire face à ce qui nous arrivera* ». La promesse du mariage renvoie madame à la question de la fidélité et de l'aide que cela a pu lui permettre pour surmonter les difficultés de la vie.

Nous sommes ici, avec ces couples, dans des échanges qui sont de l'ordre de l'imagination, des souhaits, des fantasmes. Regardons maintenant un couple où l'imminence de la mort, de la séparation du couple vient marquer ou non les échanges. Car comme le dit E. Levinas : *« La mort annonce un événement dont le sujet n'est pas le maître ; un événement par rapport auquel le sujet n'est plus sujet »*.

Le temps t2, du pendant : du mourir, de l'agonie en Unité de Soins Palliatifs.

Mme et Mr Depassage, 71 ans, mariés depuis 51 ans, 3 enfants.

Mr est dans son lit, Mme est souriante en train de lire les nouvelles à son mari. Je me présente. Tous les deux parlent facilement, de ce qu'a été leur vie professionnelle et familiale. Ils me disent qu'ils en ont parlé de la mort, bien sûr. Mr dit très rapidement *« Je veux partir le premier pour ne pas avoir à pleurer. »* Mme ne montre rien, elle a un sourire, une neutralité de visage qui ne laisse rien émuvoir. Mme approuve les dires de son mari, mais ne parle pas pour elle. Il ajoute *« c'est égoïste finalement »*. Mme sourit. Elle évoque que ce sera dur au quotidien, bien qu'elle pourra compter sur ses enfants. Je perçois qu'elle retient ses émotions. Puis elle me parle d'un voyage qui leur a été offert pour leurs 50 ans de mariage. Elle précise que c'est au lendemain de leurs 50 ans de mariage que la maladie a été diagnostiquée. Mr était un gros mangeur et un fin cuisinier, il a eu une ablation de l'estomac et a perdu plusieurs dizaines de kilos. L'entretien finit sur des vomissements : Mme effectue les soins très rapidement, quasiment sans un mot ; Mr organise les soins par le regard. J'ai l'impression d'un ballet silencieux... ballet morbide.

Dans ces entretiens au temps t2, nous sommes rapidement au cœur de préoccupations matérielles, d'héritage : comment la vie va-t-elle s'organiser après ? Il s'agit d'un moment où les mécanismes de défense sont au maximum de leur efficacité dans le couple, l'un protégeant l'autre à tour de rôle. Qu'en est-il de celui qui reste ? Comment se débrouille-t-il de ce lien de couple ?

Le temps t3, de l'après : du deuil, de la séparation de l'être aimé : (Entretien à domicile).

Mme Vienne, 53 ans, mariée pendant 28 ans, 1 enfant, veuve depuis 2 ans, croyante catholique mais pas pratiquante.

La mort de son mari a été préparée et attendue. L'un et l'autre avaient eu l'expérience de la maladie grave. C'est donc elle qui, dans les faits, devait mourir la première. Elle souhaitait être enterrée en Ardèche. Lui n'a rien dit concernant sa propre mort. Mr Vienne était quelqu'un qui avait un passif avec la mort de son père : il avait protégé sa mère de la douleur de l'agonie de son mari. Du décès de son mari il subsiste beaucoup d'interrogations : il n'a jamais voulu qu'elle soit présente à sa mort, il ne lui a pas légué la

maison conjugale. De ces questions sans réponse, elle attendait pourtant **une lettre** plus de 6 mois après sa mort, car il lui avait demandé avant sa mort, du papier sur son lit d'hôpital. Ensemble ils ont évoqué la fin : « **de toute façon tu auras vite fais de me rejoindre...** ». Ces paroles la hantent encore aujourd'hui, bien qu'elle s'en défende. Il reste de lui des absences de projets : « *Mon mari était né à New York et nous comptons y retourner. Je ne le ferais plus parce que j'ai plus envie. Les envies qu'on avait, on les avait ensemble* ». Elle lui demande encore son avis pour tout. Elle a des lieux ressources pour parler de lui, une ancienne collègue de travail de son mari et surtout l'infirmière « *qui l'a vu mourir* ». Elle a noué une relation très forte et régulière avec elle. Elle idéalise son mari, il savait tout... « *Je crois que je ne rencontrerai jamais personne comme lui. Je suis sûre même.* ». Enfin elle a noué un lien particulier avec cette fameuse maison. C'est le lieu d'où elle peut voir la chambre de l'hôpital dans lequel il est mort. « *J'ai besoin de savoir qu'il est pas loin* ». « *Par la pensée on est bien toujours ensemble* ».

Mr Lemoine, 77 ans, marié pendant 42 ans, 2 enfants. Veuf depuis 18 ans, croyant, pratiquant.

L'intérêt de ce témoignage réside dans la redondance de ses promesses. D'abord un mariage et des mots. Ensuite un engagement religieux et des vœux. Son parcours est traversé par sa foi. A l'âge de 17 ans il voulait être missionnaire puis a rencontré sa femme pendant la guerre. Sa femme est morte en 9 mois d'un cancer. Il a pu l'accompagner jusqu'au bout. Quand ils évoquaient la mort, lui répondait chaque fois : « *Moi ce sera simple, **je me ferai moine**. Mais ça beaucoup le disent, je suis pas le premier* ». Il ajoute quelque chose qui explique une telle position : « *J'avais trouvé cette formule qui dans le fond a **apaisé tout le monde**. J'en avais pas l'intention à ce moment là* ». Et puis une promesse : « *48h avant sa mort, elle pouvait à peine parler. Elle me dit : « **ne pleure pas mon chéri, je m'occuperai de toi quand je serai là haut** »* ». « *Ces paroles elles sont ancrées en moi, en moi et ça m'arrive dans les méditations du matin de lui parler* ». Il évoque son absence de remariage par « *peur de la comparaison* », et de « l'échec » de gâcher l'image de sa femme. « *J'ai préféré refaire ma vie avec Dieu. C'est une question de fidélité* ». Et puis un montage culturel pour s'en sortir : « **la communion des saints**. C'est en somme vivre avec son épouse mais d'une autre façon. C'est un autre amour. J'avais toujours devant moi [...] ce visage de ses derniers moments, vous savez, ce visage creusé par la souffrance, vieilli et ça me revenait, et ça me revenait [...] Et lorsque je pense à mon épouse hé bien je la vois plus avec ce visage de souffrance mais je la vois dans un visage de lumière [...]. Ça c'est une chose qui vous apporte une **paix intérieure** considérable. C'est un réconfort que de penser cet échange **invisible, mais réel** entre deux êtres qui, sur terre, n'étaient

*qu'une seule chair et qui maintenant font **mi-partie de ce monde mi-partie du monde de l'au-delà** ».*

Là on peut se demander où est la place du mort ? Comment le mort vient hanter le vivant ?

Essai sur le rôle et les fonctions de la promesse.

Les trois temps travaillés dans notre recherche n'ont pas le même statut.

Temps T1 : La promesse et l'idéal du couple :

Il m'est difficile (peut-être trop tôt ?) de désintriquer les aspects topiques, dynamiques et économiques de la promesse. Nous pouvons néanmoins tenter quelques pistes de réflexions sur le statut de la promesse et des mots sur la mort au sein du couple.

Nous plaçons la question de la promesse au niveau de l'idéal du Moi, soutenant un idéal de couple. Ce qui est insupportable pour l'autre c'est la finitude de son objet d'amour. La promesse engage tout l'être et par là peut permettre un contre-investissement des sentiments hostiles. C'est une pare-excitation pour des pulsions agressives, voire destructrices présentes au sein du couple. Une manière qu'a le Surmoi de contenir ces pulsions.

Sa fonction pourrait se situer du côté de la **gestion de l'angoisse**, de l'angoisse de mort. Par là, elle pourrait améliorer le système défensif du Moi. Le sujet se trouve aidé dans sa lutte contre la pulsion de mort. En raison de ce que l'on connaît du fonctionnement psychique du couple, nous pouvons dire que « *l'une des fonctions psychiques du couple consisterait à réserver précisément à l'espace intérieur du couple les processus de **clivage** ou d'**indistinction des frontières du Moi*** »¹⁴. La promesse pourrait prendre place à cet endroit. Nous faisons l'hypothèse d'un objet qui favorise le Moi et ses défenses propres, soit par les satisfactions qu'il apporte au sujet, soit par les interdits qu'il lui pose. D'un **point de vue topique**, peut-on envisager une partie « perméable » du Moi pour expliquer la force de la liaison à l'autre ? La promesse venant faire empreinte (au sens du modelage). Nous avons évoqué comment cette question nécessitait un accès plus souple au préconscient de chacun des partenaires du couple.

La promesse participe à ce que R. Kaës appelle un **pacte dénégatif**. Elle permet de mettre à l'écart des désirs qui pourraient mettre en danger l'union : l'expression d'un désir de mort sur l'autre.

La promesse participe **en négatif** au travail du deuil. Il s'agit de lier et non pas de délier. Le travail du deuil nécessite la séparation d'avec l'objet idéalisé ; or la promesse du couple est le discours de « l'objet couple idéalisé ». Nous sommes sur deux registres

¹⁴ J.-G. Lemaire, *Le couple, sa vie, sa mort. La structuration du couple humain*, p.233.

parallèles, l'idéal du Moi de chacun des partenaires et « l'idéal du couple » comme il l'a construit durant sa vie. La promesse participe à la gestion libidinale de la disparition de l'autre et fonctionne comme pare-excitation à la toute jouissance. Mais paradoxalement elle procède aussi de la catharsis. Nous allons même jusqu'à penser qu'il s'agit d'un « jeu » (au sens de Winnicott), en particulier lorsque nous avons constaté comment les couples faisaient appel à l'humour, au rire pour en parler. Un jeu au sens où tant que cela n'est pas arrivé, nous pouvons nous représenter, faire semblant que l'autre n'est plus là. Se faire des scénarii comme Félix et Marie dans *Mourir* de Schnitzler.

Dans sa dimension sociale, se promettre des choses concernant la mort c'est en «*ayant un complice ...aussi s'assurer d'un témoin* »¹⁵. Par la présence d'un témoin c'est aussi de rendre la chose publique. Nous avons avec ces paroles un lien de l'individu au social comme nous l'avons évoqué dans notre première partie. Un passage du subjectif à l'intersubjectif. Ce passage est particulièrement important car nous avons entendu chez deux endeuillées qu'il pouvait y avoir au moment du décès du conjoint un risque de clochardisation. Mme Laroche disant : « *Je disais toujours à mon père attention à ne pas te clochardiser* » et Mme Larousse : « *Vous êtes sur le trottoir si vous n'avez pas la famille pour vous aider* ».

Temps T2 : La promesse et le déni de séparation :

Au moment de l'agonie, la parole sur « la mort » n'est pas objet de discussion. Dans aucun des entretiens nous avons perçu que cela pouvait se conflictualiser à ce moment où le fantasme entre en résonance avec la réalité. Chacun expose ses propos, l'un des conjoints semblant se faire le porte parole de « l'objet couple », l'autre prenant acte. Par contre, à travers la littérature (*Mourir* de Schnitzler) nous avons perçu comment sans cesse la promesse pouvait être du côté du **déni de la séparation**. La promesse pourrait procéder des mêmes mécanismes que le coup de foudre : « *Il s'agit de supprimer radicalement toutes les situations de déplaisir et de nier tous les aspects insatisfaisants de l'objet par le déni* ». Nous l'avons entendu dans le témoignage d'un autre couple.

Temps T3 : La promesse comme souvenir et héritage :

Sur le plan dynamique et économique, la promesse participe à la **douleur** de la perte. Il y a déception, ce qui introduit au processus de la crise, à la rupture de l'idéalisation et du clivage, au retour des pulsions hétéro ou auto agressives ainsi qu'à la réorganisation d'une véritable ambivalence naturelle nécessaire au bon fonctionnement de la relation d'objet.

¹⁵ Coll., *Des psychanalystes vous parlent de la mort*, p.154.

D'un point de vue dynamique c'est « *Le Moi idéal qui est le Moi sur lequel la libido se replie. Ce qui est perdu c'est le Moi Idéal lié à la personne qui vient de disparaître. Il y a perte de la pulsion de l'objet pulsionnel.* ». Dans la promesse il s'agit d'éviter la perte des immenses bénéfices narcissiques tirés de l'instauration de la relation amoureuse. « *Aimer l'objet c'est aussi aimer la meilleure partie de soi réelle ou imaginaire* » nous dit S. Freud.

Cette dimension d'idéalisation n'est pas forcément pathogène car comme le dit J.G. Lemaire : « *Au sein de l'économie du couple peuvent coexister un clivage idéalisant et un travail de deuil constamment renouvelé* »¹⁶.

En résumé la promesse participe à la relation qu'a le sujet avec ses objets idéalisés et ses objets persécuteurs. Elle a un rôle de protection. La promesse est à chercher du côté des satisfactions qu'elle apporte au sujet et des interdits qu'elle lui pose.

Nous avons découvert que la promesse n'est pas faite pour être tenue, mais que son intérêt réside dans sa fonction de rite. « *Ce qui n'est plus pris en charge de façon collective se déguise sous forme de croyances et de superstitions qui en viennent à gouverner la vie de l'individu* »¹⁷. Les témoignages de Mme Larousse qui peut me dire que « *mourir c'est pas un hasard* » ou de Mme Vienne qui attendait une lettre pendant plus de 6 mois après que son mari soit mort, participent à **ces croyances**. Les mots et promesses sur la mort des membres d'un couple fonctionnent comme un **rite** du moment que le culturel s'en empare et les codifie (cf. la promesse chrétienne). En effet « *Le travail du sens en quoi la ritualité consiste se fait aussi bien en direction du non-sens ou de ce qui est hors sens : de ce qui dépasse l'ordre du sens et du pensable* »¹⁸. La promesse est un objet trouvé dans la culture, elle « *institue des mots, des gestes, des attitudes, elle révèle la part d'inconnu qui constitue la possibilité même du collectif, c'est à dire de la vie ensemble [...]. La ritualité consiste en une élaboration de l'angoisse devant une finitude, la temporalité et les ruptures qui marquent le temps socialisé* »¹⁹.

Le destin de ces paroles, de la promesse est difficile à énoncer. Aujourd'hui, même si le discours sur la mort n'est pas toujours explicite, on ne peut pas dire que la mort n'est pas abordée dans le dialogue du couple. Pour l'endeuillé, il y a une exigence sociale, une prescription surmoïque du travail du deuil. Le deuil devient **un objet fétiche**²⁰ dans la

¹⁶ E. Levinas, *Totalité et infini*, p.149.

¹⁷ M. Mannoni, *Le nommé et l'innommable*, p.67.

¹⁸ P. Baudry, *La place des morts, enjeux et rites*, p.60.

¹⁹ Ibid., p.63.

²⁰ Au sens de signe et animation du signe lui même.

substitution dont parle Freud dans *Deuil et mélancolie*. Serait-ce là le même destin que celui de la promesse ?

Si nous faisons une lecture longitudinale de la dynamique de la promesse, à partir de nos trois temps, je soutiens que la promesse possède les caractéristiques d'un véritable objet transitionnel au sens de Winnicott. C'est un espace offert à l'individu à travers « l'objet couple » pour aborder la question de la mort, de la durée et du lien du couple. Une incidence existe au niveau du travail du deuil. Ce dont *Deuil et mélancolie* ne tient pas compte pour le deuil et dans le deuil c'est l'incidence **du rapport du mort à sa propre mort, tel du moins qu'il l'aura fait savoir à l'endeuillé**. Nous pensons comme l'écrit P. Baudry que « *la place des morts résonne dans la possibilité entr'aperçue d'être mort [...]. L'idée d'être mort est aussi ce qui conditionne le rapport même à l'existence. Pourrait-on tolérer un monde sans sortie ?* »²¹.

Et pour ne pas finir cet exposé – car il ne s'agit que de pistes, d'ouvertures qui nécessiteraient encore un long travail – nous laissons J. Allouch conclure : « ***Ainsi le lien du mort et de l'endeuillé est-il susceptible d'une présentation et même d'un positionnement symétrique où chacun aurait avec lui un bout de l'autre, non pas un bout quelconque mais un bout qui lui importe, un bout libidinalisé, un bout où le désir est engagé*** »²².

Bibliographie

Allouch, J.

1995 *Erotique du deuil au temps de la mort sèche*, Paris, EPEL.

Ariès, Ph.

1975 *Essais sur l'histoire de la mort en occident*, Paris, Seuil.

1979 *L'Homme devant la mort*, Paris, Seuil.

Assoun, P.L.

1997 *Le fétichisme*, Paris, Que sais-je, PUF.

Austin J.L.

1991 *Quand dire, c'est faire*, Paris, coll. Points, Seuil.

Bacqué, M-F.

2000 *Le deuil à vivre*, Paris, O. Jacob poche.

Baudry, P.

1999 *La place des morts, enjeux et rites*, Paris .Arnaud Colin.

²¹ P. Baudry, *La place des morts, enjeux et rites*, p.161.

²² J. Allouch, *Erotique du deuil au temps de la mort sèche*, p.348.

Burdin, L.

2001 *Parler la mort*, Paris, Desclée de Brouwer.

Crépan, M., De Launay, M.

2004 *La philosophie au risque de la promesse*, Paris, Bayard.

Collectif

1979 *Des psychanalystes vous parlent de la mort*, Paris, TCHOU.

Collectif

1992 *Deuils, Vivre c'est perdre*, Paris, Revue autrement.

Collectif

1989 *Théo, encyclopédie catholique pour tous*, Paris, Droguet-Ardant / Fayard.

Foucault, M.

1983 « Qu'est-ce qu'un auteur », Paris, Littoral, 9, In *la discursivité*, Erès.

Freud, S.

1968 « Les pulsions et leurs destins » (1915), in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard.

1968 « Deuil et mélancolie » (1917), in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard.

1987 *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905), Paris, Gallimard.

1989 « Pour introduire le narcissisme » (1914), in *La vie sexuelle*, Paris, PUF.

1989 « Contribution à la psychologie de la vie amoureuse » (1910-1918), in *La vie sexuelle*, Paris, PUF.

2004 « Considérations actuelles sur la guerre et la mort », (1915), Paris, in *Essais de psychanalyse*, Payot.

Gorer, G.

1995 *Ni pleurs ni couronnes*, Paris, EPEL.

Hassoun, J.,

1993 *Les passions intraitables*, Paris, Flammarion, Champs.

Jeannière, A.,

1969 *Anthropologie sexuelle*, Paris, Aubier-Montaigne.

Landsberg, P.L.

1951 *Essai sur l'expérience de la mort et le problème moral du suicide*, Paris, Seuil.

Lemaire, Jean-G .

1979 *Le couple, sa vie, sa mort. La structuration du couple humain*, Paris, Payot.

Levinas, E.

1979 *Le temps et l'autre*, Paris, Fata Morgana.

1990 *Totalité et infini, essai sur l'extériorité* (1961), Paris, Poche.

1991 *La mort et le temps*, Paris, Poche.

Mannoni, M.

1991 *Le nommé et l'innommable*, Paris, l'espace analytique, Denoël.

Mannoni, O.

1988 *Un si vif étonnement, la honte, le rire, la mort*, Paris, Le Seuil.

Menahem, R.,
1977 *La mort apprivoisée*, Paris, PUF.

Missenard, A.
1992 *Le Négatif, figures et modalités*, Paris, Dunod.

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

Nasio, J.D.
1996 *Le livre de la douleur et de l'amour*, Paris, Payot.

Schnitzler, A.
1991 *Mourir*, Paris, Stock.

Winnicott D. W.
1975 *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

Ziegler, J.
1975 *Les vivants et la mort*, Paris, Le Seuil.

La séparation tardive du couple : divorce versus placement

*Jean-Marc TALPIN **

Les vieux ne sont pas au bout de nous surprendre ou du moins de nous contraindre à remettre en chantier les représentations que nous avons forgées d'eux. S'il est une représentation qui résiste, c'est bien celle du couple âgé profondément uni qui a résisté aux attaques du temps et de la vie. Cette représentation du couple âgé est tout à la fois au service de l'idéalisation du couple (chacun espérant que ce couple idéalisé sera aussi le sien) et au service de la méconnaissance des mouvements agressifs concernant le couple des parents. Or les statistiques autant que la clinique montrent que de plus en plus de couples, en dépit des promesses faites, divorcent, y compris dans la vieillesse et pas seulement, ainsi qu'on a pu le penser, dans les après-coups directs de la retraite. Le vieillissement des sujets d'une part, des couples qu'ils forment d'autre part, induit donc un travail psychique nouveau au sein des couples en particulier du fait de la probabilité de confrontation à la maladie et/ou à la dépendance. Bien des travaux ont déjà été menés là-dessus, à commencer par ceux de notre collègue P. Charazac (2005), à partir d'une méthodologie inspirée de celle proposée par J. Guillaumin (1979), méthodologie que nous reprendrons à notre compte en distinguant, dans l'analyse de la crise du couple, les niveaux intrapersonnel, interindividuel et supra ou transindividuel, niveaux qui sont emboîtés les uns dans les autres et qui recoupent ce que R. Kaës nous décrit l'an dernier, à propos du groupe, comme intrapsychique, intersubjectif et transsubjectif.

Depuis quelques temps ma pratique clinique en gériopsychiatrie m'a fait rencontrer de manière récurrente la configuration qui fera l'objet de cette communication : un couple vieillissant traite la crise qu'il traverse en pensant à une solution par la séparation. Cette séparation n'est pas pensée comme divorce, qui est même clairement refusé, mais comme placement en institution gériatrique d'un des membres de ce couple par l'autre. Cette configuration et ce projet, plusieurs fois effectivement réalisés, ne sont pas sans m'évoquer ces couples actuels qui choisissent de faire couple, de s'annoncer tel, tout en ne vivant surtout pas ensemble. Qu'il soit jeune ou vieux, le couple existe alors, pour chacun de ses protagonistes, comme une virtualité physique.

* Psychologue, Maître de conférences, Lyon 2

Ce rapprochement invite à se poser la question suivante : cette commune configuration aux deux extrémités de la vie du couple ne correspond-elle pas à un même traitement d'une problématique commune qui, dans le cas des couple âgés, a pu être durablement enfouie, faire l'objet d'un pacte inconscient qui en vient à céder pour des raisons que nous questionnerons ?

Après la présentation de deux situations cliniques et l'affinement de la problématique, nous effectuerons quelques rappels sur ce qui fonde le couple et sur les enjeux du couple vieillissant puis nous développerons nos propositions quant à l'hypothèse d'un transfert de la crise du couple sur le cadre institutionnel, avant que de terminer autour de la question de l'amour, de la haine et de l'emprise dans le couple et de leurs destins.

I) Deux situations cliniques

Ainsi que je l'ai déjà évoqué, j'ai rencontré ces patients lors de leur hospitalisation dans une unité de gériopsychiatrie. Il s'agit de deux hommes hospitalisés, ce qui questionne mon écoute clinique d'homme écoutant des hommes dont, pour dire vite pour le moment, la femme ne veut plus à la maison. Ceci réintroduit un élément fondamental souvent occulté par le raisonnement en terme de personne âgée ou de sujet âgé ; cette personne ou ce sujet a un sexe et celui-ci ne disparaît pas avec l'âge, ainsi que l'avait déjà souligné R.Kaës (1988) à propos de la crise du milieu de la vie. Sans nier une possible identification à ces patients (mais nous verrons que ce n'est pas si simple) la reprise de mes dossiers ne m'a pas permis de trouver de cas où c'était la femme qui était ainsi placée. Je ferai à ce sujet deux propositions hypothétiques : en premier lieu que les hommes veulent garder leur femme à la maison car ils ont besoin, pour diverses raisons, de sa présence physique ; en deuxième lieu que si les femmes placent plus facilement leur mari c'est qu'elles récupèrent sur le tard un pouvoir dans le couple dont elles ont pu tout un temps être et/ou se penser privées.

Dans les deux situations que je vais présenter, je n'ai rencontré que les hommes, d'une part pour des raisons de logique de prise en charge, la dimension couple et famille étant elle réalisée dans les entretiens avec le psychiatre, d'autre part, si j'avais été tenté de rencontrer les conjointes, car celles-ci n'en étaient non seulement pas demandeuses mais encore parce qu'elles évitèrent de telles rencontres avec le médecin, passant soit par des conversations téléphoniques soit par leurs enfants qui eux furent rencontrés. Je pense que ces épouses fuyaient moins la culpabilité que la crainte de se voir contraintes par le psychiatre à reprendre leur mari à la maison. Ceci revient à dire que le couple dont il sera ici question est non seulement le couple objet interne du patient mais encore le couple tel que

j'ai pu le reconstruire à partir des paroles du patient et des retours venants de l'équipe, en particulier lors des temps de relève.

Je rencontre Léon lors de sa première hospitalisation en psychiatrie en 1992. Il s'est marié vers quarante-cinq ans avec une collègue de travail, elle-même célibataire jusqu'alors. Le motif de l'hospitalisation est la violence qu'il a agie sur sa femme. Depuis la retraite le couple vit refermé sur lui-même, chacun empêchant l'autre de se livrer aux loisirs qu'il aime car cela les conduirait à être temporairement séparés. Mme aime le tricot et inviter des amies pour tricoter de concert mais Léon ne les supporte pas et interdit leur venue. Lui-même aime faire du vélo mais sa femme le lui interdit. Le jour de son hospitalisation il a voulu partir quand même, sa femme a crevé les pneus du vélo ; Léon lui a alors jeté le vélo à la figure, la blessant superficiellement. Suite à cela elle l'a conduit aux urgences, ce qu'il a facilement accepté, adhérant aux propos de son épouse qui l'accable de ses accusations.

Durant le suivi il ne parviendra jamais à décoller de ce discours, à évoquer ce que la situation peut avoir de difficile pour lui. Après l'hospitalisation, sa femme téléphona pour annuler les différentes prises en charge prévues telles que nos entretiens et deux demi-journées en hôpital de jour. Léon fut réhospitalisé en 1994. Lors de l'entrée, sa femme expliqua qu'il devenait insupportable, qu'il n'obéissait pas et qu'il devenait dément, ce que le bilan infirma. Cependant Léon avait effectivement opté pour une présentation de type démentielle. Les traits dépressifs, en particulier de dévalorisation, étaient au devant du tableau clinique mais Léon continuait à adhérer aux critiques énoncées par sa femme. L'hospitalisation, libre, dura peu, Madame incitant son mari, qui obéit, à sortir de l'hôpital.

Quelques mois plus tard Léon fut de nouveau hospitalisé, pour les mêmes motifs que la fois précédente. Cette fois sa femme expliqua clairement que cela ne pouvait plus durer, qu'elle ne pouvait pas le garder à la maison plus longtemps, qu'il avait une maladie d'Alzheimer et qu'il fallait donc le placer. Elle alerta pour ce faire une association, une assistance sociale... Durant les entretiens, Léon demeurait globalement dans le discours de sa femme, disant, sur un mode dénué d'angoisse qui ne ressemble guère à ce que l'on rencontre dans la clinique des déments, qu'il devenait dément. Cependant perçait dans son discours, derrière le leitmotiv de sa hâte à rentrer chez lui pour retrouver son épouse, un certain soulagement à l'idée de l'entrée en institution gériatrique spécialisée pour malades d'Alzheimer, ce qui arriva quelques temps après, sa femme ayant tout organisé sans le service d'hospitalisation dont elle savait les réticences.

Je rencontre Raoul en 2001 lors d'une énième hospitalisation en psychiatrie qui est cependant la première en gériopsychiatrie. Le dossier indique de nombreuses séjours tant à l'hôpital qu'en clinique dont il vient d'ailleurs, y ayant été déclaré persona non grata. Après la clinique, il rentre chez lui mais au bout de deux jours il est conduit aux urgences par

sa belle-fille (ses fils ne veulent plus s'occuper de lui) et par sa femme qui dit que si il reste à la maison elle va le tuer car il se rend insupportable en passant son temps à pleurnicher, en crachant dans les plats qu'elle pose sur la table...

Durant nos entretiens Raoul reproduit ce comportement de pleurnichement sur un mode infantile hystérique qui suscite assez rapidement en moi des mouvements psychiques agressifs. Très vite sa femme fait savoir, soit téléphoniquement soit par les belles-filles qui viennent quelques fois en visite, qu'elle « ne veut pas le reprendre à la maison », laissant entendre que « s'il revient cela finira mal », qu'elle risque de l'étrangler, ce qu'elle avait commencé à agir quand sa belle-fille était intervenue. Tout au long de la prise en charge Raoul répéta en pleurnichant « Ma femme ne veut pas me reprendre », ajoutant que c'est parce qu'il pleurniche, qu'il ne peut pas s'en empêcher car il est malheureux. Aucun travail un temps soit peu introspectif ne semble possible, Léon se réfugiant par ailleurs derrière l'idée qu'il aimerait bien que ça change car il souffre mais qu'il sait bien que ça n'est pas possible. Informé du projet de sa femme pour lui, il demande quand il pourra partir en maison de retraite tout en disant ne pas vouloir y aller car il est trop jeune ; il n'a effectivement que soixante dix ans et sa problématique est profondément névrotique, l'âge n'ayant pas grand-chose à voir à l'affaire, sinon la solution imaginée par sa femme. Après quelques mois d'hospitalisation Léon part effectivement en maison de retraite, dans la ville où sa femme et lui-même habitaient jusqu'alors.

Dans le numéro de *la Nouvelle Revue de Psychanalyse* intitulé « L'amour de la haine », titre ô combien évocateur de la clinique ici retenue, D. Anzieu a écrit une contribution relative à la scène de ménage. Or ici nous sommes dans un au-delà de cette scène, ou plutôt, sans doute, dans un déplacement de celle-ci. Ainsi que l'écrit D. Anzieu, « *le partenaire est traité comme victime émissaire. La scène de ménage à la fois le désigne comme coupable et lui inflige le châtiment* » dans une logique de l'aveu. Dans les situations qui nous intéressent, l'aveu n'est plus attendu. Pour l'épouse l'affaire est entendue, il faut la solder dans la réalité. S'il ne s'agit plus d'une scène de ménage au sens traditionnel du terme, il s'agit pourtant bien de donner une scène au ménage, j'y reviendrai, de faire le ménage dans le couple, de faire que ça déménage, que l'un déménage sans que jamais la question d'une séparation en droit (en particulier le divorce) soit jamais abordée.

Avant de reprendre différents points d'analyse, je soulignerai quelques points communs aux deux situations retenues. D'abord, dans les deux cas, il s'agit de couples de « jeunes vieux », de couples dont la problématique du vieillissement n'est pas marquée par les difficultés somatiques et les enjeux de dépendance qu'elles peuvent provoquer. Dans les deux cas encore, les discours des hommes montrent qu'ils considèrent qu'il n'y avait pas de problème dans le couple ; ils montrent aussi une très forte résistance à produire un travail

psychique, avec ce qu'il suppose de remise en question, à partir de la situation actuelle. Ressortent aussi, dans la même logique, une grande passivité, et sans doute une grande dépendance, à l'égard de l'épouse et de son discours sur l'homme, ce qui nous semble s'inscrire dans une logique hystérique et dans des systèmes de liens marqués par l'emprise. Ces hommes ne recourent quasiment jamais à des défenses projectives, ils ont plutôt tendance à s'auto-accuser dans les termes mêmes utilisés par leur femme et ceci dans un positionnement passif et masochique. Dans les deux cas encore, je l'ai signalé au début, les femmes refusent les entretiens, soulignant aussi que le malade c'est le mari, pas elles. Au niveau de la réalité, une différence notable réside dans le fait qu'un des deux couples, formé tardivement, n'a pas d'enfant alors que le second en a trois (deux fils, une fille). Mais, au-delà de cette différence, la similitude la plus profonde tient à la communauté de la solution envisagée, et réalisée, à la crise du couple.

II) Vieillesse des sujets, vieillissement du couple, vieillissement des liens

A) Les investissements dans le couple

Avant d'avancer dans notre questionnement, je voudrais rappeler quelques uns des enjeux majeurs du couple, de sa formation et de son évolution. Dans une définition simple et efficace, M. Dupré-Latour souligne que faire couple c'est 1) se reconnaître comme tel et 2) avoir des projets communs. Dans notre problématique le premier point est bien présent tandis que le deuxième est précisément ce qui est en question de manière dissymétrique dans le couple : non seulement les projets divergent mais encore ils s'opposent en ce que pour l'un c'est l'un des éléments fondamentaux du couple (à savoir la cohabitation) qui est refusée tandis qu'elle est vivement souhaitée par l'autre.

Les systémiciens nous ont appris que les couples pouvaient s'organiser sur un mode symétrique ou sur un mode complémentaire, l'accentuation de la complémentarité et la prise de pouvoir en constituant une sorte de perversion. A ceci les psychanalystes du couple, à commencer par J. Lemaire, ont ajouté qu'il y avait dans un couple des investissements narcissiques et des investissements objectaux ; de plus, non seulement l'autre mais aussi le couple lui-même sont objets d'investissements d'amour et/ou de haine. Si, dans la lune de miel, période durant laquelle l'idéalisation domine, les amoureux vivent dans l'idée qu'ils investissent et s'investissent de la même manière, lors des crises ultérieures du couple des différences émergent et sont interrogées. La question est alors et celle de la solidité des soubassements du couple, ainsi que leur nature, et celle de la capacité du couple à mettre en travail ces différences qui le sollicitent, voire le mettent en danger.

Le lien de couple a, comme tout lien, une double nature : il est à la fois organisateur et défense (M. Dupré-Latour). Ceci peut se penser, à la suite de J. Willi (cité par J. Lemaire), comme collusion fondatrice et néanmoins dynamique ou, à la suite de R. Kaës (1989), comme pacte sur le négatif. Compte tenu de notre dispositif, mais aussi des résistances opposées par chacun des membres du couple, il ne nous sera pas possible d'aller, sur ce point, au-delà de l'interrogation posée. J'avancerai cependant que dans la problématique retenue, dans laquelle il y a à l'évidence beaucoup de souffrance, la dimension auto et hétéro-thérapeutique du couple a failli, la femme, plus que l'homme apparemment, ne souhaitant plus héberger, à des fins défensives pour lui, les souffrances de son mari, ce qui explique pour partie le caractère violent du refus de ces femmes et la passivité (celle-ci étant encore une manière d'être en relation avec l'objet, voire de peser sur sa psyché) de ces hommes.

J. Lemaire, s'appuyant sur la conceptualisation de D. Anzieu, montre que le couple se crée une peau commune qu'il s'agira de réaménager dans un jeu de tensions entre les frontières propres à chaque sujet et l'enveloppe du couple, ce qui renvoie à une problématique essentiellement narcissique. Demeurer ou non ensemble sous le même toit met bien en jeu une des modalités de ce fantasme d'enveloppe commune, de sa solidité, de son extensibilité, de ses possibles déchirements... La remarque de D. Anzieu «les amoureux constituent [la peau commune] avec les peaux imaginaires de leur mère respective (ou de leur tenant lieu) qu'ils ont emportées avec eux en se séparant de celles-ci » nous donne une direction d'investigation que nous ne pouvons approfondir compte tenu de notre matériel et principalement des résistances déployées par les sujets. Mais il est bien évident pour moi que le rapport à la mère est fortement mobilisé dans le rapport que ces hommes ont à leur femme qu'ils mettent en position de mère indiscutable.

B) Le couple vieillissant rendu à lui-même

Dans la configuration qui nous retient ici, les couples ne sont pas très âgés ni confrontés aux problèmes de dépendance physique liés au grand âge. Je propose que ces couples vieillissant sont rendus à eux-mêmes, et de ce fait mis à nu dans leur fonctionnement inconscient, dans la mesure où, pour le couple de Raoul, les enfants sont partis et où, pour les deux couples, les deux conjoints sont à la retraite. Les étayages et les défenses liés à la famille et au travail sont tombés ou sont, en tout cas, moins opérants, d'autant que, nous l'avons vu, les enfants de Raoul refusent de s'investir auprès de leur père.

Cependant, ainsi que le montre magistralement la pièce de E. Albee *Qui a peur de Virginia Woolf ?*, l'enfant imaginaire d'un couple qui n'en a pas eu dans la réalité peut aussi

devenir un enjeu terrifiant dans la haine que se voue le couple, ce qui fait de cette pièce-film l'une des plus grande scène de ménage de la littérature et du cinéma.

Dans cette partie, je soulignerai que le pacte fondateur du couple, sa collusion initiale, en particulier dans leurs dimensions pathologiques, ont pu être masqués par la famille et par le travail professionnel. Or même si, dans le cas de Raoul, les enfants existent toujours, ils ont pris une distance probablement salutaire pour eux vis-à-vis du couple parental. Dès lors ces couples, pour lesquels je fais l'hypothèse que sur le fond ils n'ont guère bougé, se voient confrontés de manière explosive à leur problématique gelée qui dégèle de réapparaître dans sa nudité avec une évidence jusque là occultée : la vieillesse et ses avatars deviennent alors le prétexte pour traiter de manière radicale cette problématique.

Le peu que j'ai pu en voir ou en savoir quant aux enfants de Raoul me permet d'avancer que ceux-ci fonctionnent, vis-à-vis du couple parental, non dans une logique oedipienne mais sur un mode clivé bon parent/mauvais parent, et ce d'autant plus qu'une des belles-filles, porte-parole de la souffrance de son mari, explique que Raoul fut, tout un temps de sa jeunesse très égoïste, coureur, qu'il frappait sa femme devant ses enfants qui se sentaient impuissants et de ce fait doublement blessés. Cet abord clivé du couple n'est pas sans évoquer, ce qui serait à approfondir, ce que A. Green a décrit en termes de tri-bi-angulation. On retrouve cette dynamique des enfants dans la manière dont les soignants réagissent, opposant mari et femme, soutenant tantôt l'un tantôt l'autre au gré des rencontres et des modes de présentations.

Le pacte du couple, la collusion constitutive de celui-ci, ainsi que le lien vécu au cours des décennies sont, dans la logique du bilan de vie de la crise de la sénescence, mis en perspective avec les idéaux du couple, communs et propres à chacun. Ce qui ressort alors est que l'idéal commun du début a disparu et que les idéaux singuliers se sont fortement écartés sans que ceci soit parlé dans le couple. Il me semble que dans les deux situations que j'ai retenues les épouses en furent beaucoup plus rapidement conscientes que leurs maris. Ce bilan est aussi l'occasion de réinterroger la balance entre satisfactions sexuelles et sécurité du moi dans le couple.

Si le couple se fonde sur l'idéalisation de lui-même et sur celle de chacun des partenaires par l'autre, nous observons dans notre clinique ce qu'A. Ruffiot a nommé la « passion du désamour » et que je propose quant à moi de penser, pour plus de précision, comme idéalisation négative ou idéalisation dans le négatif, l'exaltation haineuse prenant alors la place, avec la même force libidinale, de l'exaltation amoureuse (D. Anzieu).

Normalement, ainsi que l'écrit J. Lemaire, « le retour des pulsions agressives dans le rapport à l'objet est la condition de la rupture de l'idéalisation et du clivage ». En effet la désidéalisation conduit en principe à une désillusion par rapport au couple, à l'autre, à soi, et

donc à un travail de deuil nécessaire à l'évolution du couple. Or ici le retour des pulsions agressives ne produit pas une « rupture de l'idéalisation et du clivage » mais au contraire un maintien des deux soutenu par le renversement de la valeur de l'idéalisation qui, de positive, devient négative. Ceci conduit à l'amplification des difficultés de l'un des membres du couple au profit de l'autre membre. Dès lors, au lieu d'une idéalisation commune du couple par chacun et de chacun par l'autre apparaît, du moins du côté de la femme tel que le dit le mari (ce qui inclut une dimension projective), une déliaison du couple comme objet d'idéalisation, déliaison qui conduit à l'idéalisation de la femme victime du mari (ici de sa violence puis de sa démence ou de ses pleurnicheries). Autrement dit on assiste à l'affrontement institutionnellement armé de deux narcissismes en souffrance. L'effondrement des frontières du couple (le couple comme enveloppe) va de pair avec un renforcement de la problématique des limites ou enveloppes individuelles. L'idéalisation dans la haine conduit au désir de tuer le mari, qu'il soit vu comme dément c'est-à-dire mort psychiquement ou qu'il soit effectivement étranglé. Dès lors, et ceci afin de ne pas agir le meurtre, l'objet idéalisé négativement doit être placé en institution. Le placement est donc une formation de compromis entre le désir de meurtre et son interdit, voire la manifestation de la protection de cet objet si nécessaire à l'expulsion de la haine. L'entrée en institution joue donc, mais déplacée dans le champ social et institutionnel, la scène de la mise à mort du mari. En somme, ainsi que cela va maintenant être développé, le couple rendu à lui-même cherche, et trouve, ne serait-ce que dans l'hospitalisation, non seulement une autre scène mais aussi un autre cadre sur lesquels transférer sa problématique.

C) Crise du couple et transfert de cadre

Schématiquement, le cheminement de la problématique de ces couples serait le suivant : dans un premier temps, chacun des futurs conjoints est porteur, au sein de sa propre famille, de sa problématique et de ses souffrances psychiques. Dans un second temps celles-ci sont mises en commun, déposées dans le cadre du couple et/ou dans l'autre. Lorsque survient la crise, il va s'agir de trouver un nouveau cadre d'accueil, le couple (en tant qu'institution, nos deux couples sont mariés) n'y suffisant plus : c'est l'hôpital, via les urgences, qui est sensé apporter ce cadre, à ceci près que l'épouse anticipe la situation en investissant, au-delà du temps de l'hospitalisation, le cadre proposé par l'institution gériatrique, ce que le conjoint ne sait par forcément d'emblée, ou plutôt qu'il refuse de savoir ainsi qu'en témoigne le peu d'investissement par l'un comme par l'autre du dispositif de soin gérontopsychiatrique. L'hospitalisation, même si elle dure, est alors en quelque sorte court-circuitée et vidée de son sens par les deux conjoints, l'un parce qu'il désire rentrer chez lui, l'autre parce qu'il désire que le premier aille en institution gériatrique. Les soignants

supportent souvent mal ces situations dans lesquelles ils se sentent (et sont) instrumentalisés. De plus, infiltrés par la problématique du couple, ils ont le plus souvent de la difficulté à penser ce couple en tant que couple, le clivant eux aussi et vivant du dedans la déliaison du lien du couple, déliaison cependant partielle puisque la haine puissante, tout en créant de la distance, voire de l'exclusion, continue à lier, ce qui fait que le divorce n'est jamais envisagé dans ce type de situation.

Le jeu de déplacement des attentes psychiques nées d'abord dans les relations au sein de la famille d'origine, dans les relations de chacun à ses parents, ne doit pas faire perdre de vue (et ceci alors même que chaque niveau, chaque objet, revendique défensivement son autonomie) les enjeux psychiques premiers, source des mouvements psychiques ultérieurs, et ce jusqu'aux transferts sur l'institution. Cependant, dans ces mouvements de transfert et de transfert du transfert, ce ne sont pas seulement les enjeux psychiques premiers qui sont répétés et déplacés, ce sont ces enjeux lestés des échecs répétés des tentatives de leurs mises en jeu à l'occasion de nouveaux investissements tels que le couple, la famille, le travail, la ou les institutions pour ce qui nous concerne ici. Pour terminer cette sous partie, je proposerai, aux vues de la position de dépendance infantile passive de Raoul et de Léon, que le conjoint qui exclut celui qui est traité comme un âgé en l'hospitalisant et en voulant le (faire) placer, en même temps qu'il exclut, confie son conjoint à l'institution, demandant à celle-ci de tenir la place maternelle que lui-même tenait jusqu'alors, selon des modalités problématiques qui feront l'objet de notre dernière partie. C'est donc à un transfert maternel qu'est doublement soumise l'institution, et de la part du mari, et de la part de la femme, transfert qui ne peut qu'entrer en résonance, souvent en suscitant de vives réactions, avec les enjeux maternels archaïques organisateurs de l'institution : ceci rend difficile à l'institution et aux soignants d'apporter la triangulation nécessaire à l'élaboration de la crise, ainsi que le propose J. Guillaumin.

D) Séparation, divorce, placement : lien d'emprise et emprise sur le lien

Dans cette partie, dans un premier temps, nous travaillerons la dimension narcissique puis, dans un second temps, le lien se faisant autour de la question de l'emprise, nous examinerons la dimension de la haine dans la relation. Nous verrons que s'il y a bien emprise sur l'autre, il y a aussi emprise sur le lien de couple lui-même afin qu'il ne se défasse pas, ou du moins pas totalement.

Chacun connaît la célèbre formule de Decobert : « *Vivre ensemble nous tue, nous séparer serait mortel.* » Cette formulation paradoxale dit que la mort physique et/ou psychique (ou du moins leur fantasme) est au bout d'une aventure de famille ou de couple folle. Le cas de figure qui nous retient aménage une issue, certes coûteuse, à cet

enfermement paradoxal puisque la séparation physique sinon psychique est « acceptée » sans que le lien soit attaqué par le divorce dans sa dimension instituée par le mariage. Le lien est donc bien vécu comme mortifère, du moins par la conjointe, mais un aménagement est créé grâce au placement de l'époux dans l'institution et grâce au transfert maternel sur celle-ci : le vivre ensemble est évité mais l'alliance n'est pas rompue. Chez un certain nombre de couples vieillissants le « faire chambre à part » procède d'une amorce d'aménagement de ce type. Ainsi sommes nous bien dans l'idée d'une séparation, d'une mise à distance, non d'une rupture. Se travaille ainsi tardivement une problématique qui est à l'œuvre dès que le couple commence à sortir de l'état amoureux initial (C. David), de l'idéalisation des commencements. Cette problématique est celle de l'écart entre les conjoints, écart qui garantit l'individualité contre la collusion (M. Dupé-Latour). Dans nos situations, l'écart psychique semble pouvoir, sinon exister, du moins se maintenir qu'en appui sur une séparation physique. Le fait que les couples retenus ici ne puissent envisager le divorce va bien dans ce sens dans la mesure où la séparation n'est pas pensable mais qu'elle est agie dans la réalité, ce qui ne présage au demeurant pas de ce qui se passe dans le couple dès lors que l'un de ses deux membres est effectivement placé en maison de retraite.

Le refus du divorce n'est pas, bien sûr, sans interroger les professionnels. Dans un premier temps des explications de nature économique sont évoquées, ce qui sous-tend une représentation persécutoire ou perverse du conjoint plaçant qui voudrait ainsi « le beurre (l'absence du conjoint) et l'argent du beurre (les biens et ressources de celui-ci) ». Or une étude de la situation de Raoul par l'assistante sociale du service montra qu'au contraire son épouse aurait tout intérêt (financier) à divorcer, ce qu'elle refusait fermement et, c'est notre hypothèse, pas principalement par sentiment de culpabilité vis-à-vis de son mari. Les enjeux étaient beaucoup plus, de même que pour la femme de Léon, liés à une relation mutuelle narcissique marquée par l'emprise.

Si un travail avait été possible avec les conjointes, il me semble qu'il aurait été intéressant d'interroger le deuil impossible de cette relation narcissique à l'autre et au couple en appui sur l'idée d'une impossible « détachabilité » (B. Rosenberg) de l'investissement narcissique du conjoint. Dès lors, la séparation, liée à une impossibilité à élaborer le deuil, passe par des fonctionnements masochiques (en particulier du côté du mari) et sadique (du côté de la femme), cette répartition des polarités n'étant sans doute pas fixée dans le couple mais faisant le jeu de permutations ainsi que quelques éléments de l'histoire de ces couples le laissent supposer.

En travaillant cette communication, et plus particulièrement les situations cliniques qui l'ont faite naître, m'est revenu en mémoire le titre d'un numéro de la *Nouvelle revue de psychanalyse* déjà cité : « L'amour de la haine ». Cette formulation rend bien compte de ce

que le mari me faisait vivre des sentiments de l'épouse. Ce que je sais par l'équipe soignante des interventions de l'épouse révèle une haine froide, ce que dément cependant pour partie le fait que, pour ces deux couples, il y ait eut passage à l'acte violent mutuel entre les conjoints.

« *Dans la régression anale, la haine garantit la continuité de la relation d'amour* », écrit J-B. Pontalis. On comprend dès lors mieux comment l'emprise sur l'autre, sur le couple et sur le lien constitue un moyen, aux enjeux narcissiques évidents, de ne pas perdre l'objet tout en lui adressant de la haine plutôt que de l'amour. Dans ce type de situation, telle qu'elle est pensable du côté du conjoint hospitalisé, est décelable, confusionnée avec les enjeux narcissiques, une position perverse de la place de victime : la relation fait apparaître sa composante sado-masochiste avec l'emprise croisée que cela suppose, ainsi que le souligna G. Deleuze. L'hypothèse qu'au début de ces couples, comme de tout couple, mais ceci sur fond de pacte dénégatif, il y eut un processus d'idéalisation mutuelle conduit à penser, ainsi que je l'ai proposé plus haut, qu'il y eut ensuite renversement de cette idéalisation en idéalisation négative, le partenaire devenant « support des représentations des mauvais objets intériorisés » (J. Lemaire). Dans nos situations, il semble bien qu'il y ait pour l'un besoin d'avoir un partenaire à haïr, pour l'autre d'être ce partenaire. Cependant ce processus de renversement de l'idéalisation va de pair avec un clivage au sein du couple : alors que l'un (la femme au moment de l'hospitalisation) semble idéaliser négativement le mari, celui-ci au contraire, agissant l'autre face du clivé, idéalise positivement sa femme. Il en résulte une impossible intrication de l'ambivalence à l'échelle de chacun ainsi qu'à l'échelle du couple. Ce clivage se redouble de celui entre position passive et position active, entre position sadique et position masochique : on comprend qu'alors il ne puisse absolument pas être question de divorce. Dans une logique circulaire, le haï renforce la haine de celui qui le hait qui renforce une passivité haïssable qui...

Pour conclure

Je me demande, ce qui est sans doute pour partie une manière de revenir à de meilleurs sentiments, tant la clinique de la haine est éprouvante, mais aussi d'approfondir un peu ce que j'évoquais à propos de la difficile détachabilité de l'investissement narcissique de l'objet et de la mise en scène de la mort, si cette séparation physique tardive doublée du refus du divorce n'est pas aussi une manière d'anticiper la perte, par la mort, de l'autre, donc le deuil de celui-ci et du couple, ceci afin de se protéger d'un risque d'effondrement redouté une fois la perte advenue.

Bibliographie

Albee E.

1962 *Qui a peur de Virginia Woolf ?*, Arles, Actes Sud - Papiers (1996), 144 p.

Anzieu D.

1986 « La scène de ménage », *Nouvelle revue de psychanalyse*, N°33, L'amour de la haine, 317-331.

Charazac P.

2005 *Comprendre la crise de la vieillesse*, Paris, Dunod, 184 p.

Charazac P. et Joubert C.

2005 « Paradigme familial et du lien », in Talpin J-M., *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*, Paris, Dunod, 47-78.

David C.

1971 *L'état amoureux*, Paris, Payot, 303 p.

Dupré-Latour M.

2005 *Les crises du couple. Leur fonction et leur dépassement*, Toulouse, Eres, 212 p.

Ferrant A.

2001 *Pulsion et lien d'emprise*, Paris, Dunod, 205 p.

Green A.

1973 *L'enfant de ça*, Paris, Minuit, 350 p.

Kaës R.

1988 « La crise du milieu de la vie et l'interférence du temps des générations », in Touati A., *Les temps de la vie*, Marseille, Le journal des psychologues, 49-64.

1989 « Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs », in Missenard A., *Le négatif. Figures et modalités*, Paris, Dunod, 101-136.

2006 *Approche psychanalytique de la groupalité : groupes internes et liens intersubjectifs*, Actes de la 19^{ème} journée de l'ARAGP, Lyon, le 15 janvier 2005.

Guillaumin J.

1979 « Pour une méthodologie générale des recherches sur les crises », in Kaës R., *Crises, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 220-254.

Lemaire J. G.,

1979 *Le couple, sa vie, sa mort*, Paris, Payot, 357 p.

Pontalis J.-B.

1986 « Argument », *Nouvelle revue de psychanalyse*, N°33, L'amour de la haine, 11-16.

Si tu crois fillette...

Jérôme PELLERIN^{*}, Magid SAFOUANE^{}**

« *Il est dément* ». Chacun d'entre nous a entendu ces mots prononcés par l'entourage d'un patient effectivement dément. Ces simples mots expriment un vécu de rupture. Ils sont la manifestation d'une situation nouvelle, de nouvelles modalités relationnelles. Avec ces mots, l'entourage, les soignants, les médecins peuvent prendre des décisions à l'endroit de ces patients, des résolutions beaucoup plus décisives que n'importe quoi qui pût leur arriver dans leur histoire. Rien qu'avec le mot dément et la manière dont on en use, il arrive aux déments des choses fastes ou néfastes, favorables ou défavorables avant même qu'on ait commencé à envisager une quelconque prise en charge.

Car avec le mot dément, il existe maintenant un vocabulaire florissant ; citons par exemple le diagnostic précoce, le traitement stabilisant, les troubles du comportement, le burn out des soignants, l'atrophie corticale, la plainte mnésique, les cinq mots, l'horloge et le 100 moins 7.

Comme on l'observe, un savoir est en voie de constitution. La science est en marche avec ses équipes de recherche, ses laboratoires, ses papes, ses mécènes et ses multiples ouvriers.

Nous sommes en 2006. Le mouvement est fort. Des disciplines se constituent. Gériatres capacitaires, neurologues spécialisés, géronto-psychiatres dynamiques ou fatigués, psychanalystes vieillissants, géronto-psychanalystes organisateurs de réunions annuelles, analystes pensant à leurs parents, soignants en gériatrie, psychologues cliniciens en institution, nous sommes tous quelque part. Sommes nous donc en train de bâtir une cathédrale ? Mais alors, au profit de quelle religion, animés par quelle crainte ou par quel idéal commun ?

En fait, nous n'en savons rien. Nous n'y comprendrons quelque chose qu'après. Bien après ou peut-être nos enfants. Devant le dément, nous sommes comme Freud, Charcot et les autres devant les hystériques de la Salpêtrière.

^{*} Psychiatre auprès de personnes âgées, Hôpital Charles Foix, Ivry sur Seine

^{**} Psychologue, Hôpital Charles Foix, Ivry sur Seine

C'est l'hypothèse que je vous suggère. Ce qui reviendrait à dire que le dément pourrait bien, au cours de ce 21^{ème} siècle, réussir à nous faire bouger un peu.

Posons d'abord la question de la familiarité entre hystérie et démence. Posons la comme on l'avait envisagée, il y a quelques années... comme une *étrange* familiarité. Dans les familles se tissent des liens réels et imaginaires. Ils fondent la parenté et les identifications. Nos patients déments et leur famille nous rappellent la permanence de ces objets car la familiarité est ébranlée par l'étrangeté. Or, ces patients sont souvent décrits comme étrangers à eux-mêmes comme aux autres. Ils peuvent d'ailleurs se perdre, ne plus reconnaître leur conjoint, ne pas être ici ou là, tout en y étant.

A chaque fois, nous nous trouvons devant une symptomatologie protéiforme, à la fois identique et à la fois changeante « *et qui a le curieux pouvoir de désorienter l'observateur* »^[1]. M. Safouane propose de parler d'une présentation démentielle ou déficitaire et d'une allure ou « *d'un style hystérique* », qui pourrait bien faire dire à l'entourage et aux soignants : *Mais est-ce qu'il (ou elle) le fait exprès ?* C'est ce dernier point qui ferait référence à un discours et à des attitudes qui seraient du semblant mais aussi du semblable.

Du côté des cliniciens, on a parlé de pseudo-démences ou de démences curables qui n'en étaient pas. Janet décrit le polymorphisme de l'hystérie « *comme empruntant des masques aussi divers que ceux de la confusion mentale, de la catatonie, de la démence précoce, de l'anorexie mentale, de la paranoïa, voire de l'extase mystique ou du dédoublement de la personnalité* »^[2].

Présentée souvent comme insaisissable l'hystérique, est elle-même réputée incurable, elle est érigée comme un permanent déficit au discours de la science et à la prétention *guérissante* de la médecine^[3].

Ainsi entrevoit-on la possibilité d'un singulier recoupement de nos conceptions. Il y aurait ces hystériques énigmatiques à la symptomatologie fluctuante et parfois pathétique. Elles (ou ils) peuvent être âgées et l'âge ne les aide pas toujours. Il y aurait aussi ces patients au style déficitaire et sans doute non dément car ce qui fait lien avec eux, ce sont leur hésitation, leur perplexité devant la réalité. Puis, solidement étayés, ils peuvent reprendre le fil d'un vieillissement apaisé.

Et ce recoupement a un enjeu. Car après avoir été convaincu que la démence est un diagnostic définitif qui peut se porter avec un faisceau d'arguments dont les neuropsychologues semblent être les garants, il va bien nous falloir admettre qu'il existe des patients qui ressemblent à des patients déments et qui finissent par en sortir comme après un long cheminement. Qu'il existe aussi des patients s'installant dans un processus démentiel

1 A. Boiffin, « Démence, mémoire, confusion, onirisme ». *Actualités Psychiatriques*, N° 8, 1987, pp. 42-47.

2 J.C. Maleval, « Les Hystéries crépusculaires », *Confrontations psychiatriques*, N° 25, 1985.

3 L. Israel, *L'hystérique, le sexe et le médecin*, Masson, 1976.

qui ressemble bien davantage à une déstructuration du sujet qu'à un processus démentiel.

Ces propositions pourraient bien raviver le concept de pseudo démence ou faire éclore de nouvelles entités comme celle de démence masquée ou de démence incertaine. Incertaine pour le sujet s'entend. De la même forme d'incertitude qu'est son propre désir pour l'hystérique.

Le concept de pseudo-démence fait référence à la présentation démentielle d'une affection psychique. On le définit comme un tableau clinique évocateur de syndrome démentiel par la présence de troubles de la mémoire et d'autres altérations cognitives et il est réputé en rapport avec une maladie psychiatrique, le plus souvent dépressive mais aussi hystérique ou réactionnelle puisqu'il survient en l'absence de processus neuropathologique apparent.

La pseudo-démence regroupe un large éventail de situations psychopathologiques. Elles expriment toutes et d'emblée des problématiques marquées par la difficile soumission à l'épreuve du temps, par la force de la pulsion de mort et par la résurgence de traumatismes anciens.

Plus que leur déficit cognitif, ce qui caractérisent ces patients sont les manifestations de faille dans les fonctions de synthèse du moi : la dépendance extrême à l'égard de l'entourage, les comportements d'inaptitude intéressant les actes de la vie quotidienne dans leur totalité, le désinvestissement complet de l'appareil locomoteur. Tous ces signes peuvent parfaitement s'inscrire dans un ordre où le sujet se vit comme étranger au monde et refuse toute assertion comme tout engagement. Le travail avec ces patients, lorsqu'il est possible, renvoie au même défaut de refoulement de l'activité phallique que chez l'hystérique.

Ce travail est difficile car il est englué dans les souvenirs, les réminiscences, les trous, les oublis, les déformations et tous les avatars de la mémoire. Breuer et Freud notent que l'hystérique souffre surtout de réminiscence. Charcot décrit la phase terminale de la grande hystérie comme une phase de délire, un « délire de mémoire » où le sujet extériorise verbalement des souvenirs traumatiques »^[4]. Mémoire et traumatisme sont ainsi liés et forment ensemble plus qu'un simple terrain pour l'éclosion du symptôme. Le sujet est comme coupé de son histoire, il est dans l'abolition du temps, dans une instantanéité qui renvoie autant à la démence qu'à l'hystérie.

Il s'agit alors de comprendre pour quelles raisons la solution radicale d'annulation des capacités mnésiques paraît s'imposer selon un modèle quasiment sacrificiel. A l'image d'une ablation symbolique, c'est le prix à payer pour que survive une partie du sujet, comme de

jeter du lest dans la logique d'une économie de survie. C'est aussi le côté face de la dépendance, celui qui commande d'annuler l'autre en tant qu'il incarne cette dépendance. Avec son annulation sombre alors tous les souvenirs qui lui sont rattachés.

Dans ce contexte et dans les conditions d'un suffisant étayage, on observe parfois que des sujets même profondément déficitaires peuvent être capables d'une lucidité et d'une appréhension assez précise de leur situation réelle. Ces retrouvailles semblent devoir leur existence à un facteur de l'environnement. Ces mouvements psychiques spectaculaires révèlent ainsi, une fois encore, une emblématique dépendance à l'autre.

Revenons maintenant vers le sujet et vers la question de son incapacité. Dans les classiques référentiels gériatriques, l'incapacité recouvre aussi bien le domaine des praxies, des gnosies, du langage que celui de la mémoire et de l'orientation. Elle montre autant une inaptitude à l'apprentissage qu'une adhésivité au vécu immédiat qui semble envahir complètement le sujet. Cette *incapacité* peut s'associer à de grandes perturbations émotionnelles. C'est avec sa massivité ainsi qu'avec sa fluctuance ou ses oscillations que se posent les modalités de son appréhension. Cette incapacité est autant une souffrance qu'une adresse à l'autre. Elle témoigne de la vacuité du désir mais aussi du retranchement en des univers fantasmatiques plus archaïques. Avec cette forme d'immaturité fonctionnelle régressive, l'incapacité rappelle le corps à l'épreuve de la castration. A ce titre, elle interroge indistinctement soignant et soigné.

Au nom même du déficit (dont l'origine latine est la chose manquante), la relation subjugué chacun des protagonistes. Qu'il soit hystérique ou dément, le patient marque la relation à l'autre du sceau de la dépendance.

En tout cas dans un premier temps, car secondairement l'hystérique sait toujours se prémunir du risque d'une dangereuse rencontre avec la jouissance qui la couperait alors de toute attente de l'autre. En miroir, les soignants parlent de « *rentrer ou de ne pas rentrer dans son jeu* ».

Derrière cette apparente inconstance se profilent pourtant des vœux de mort qui ne sont pas sans rappeler des sentiments analogues éprouvés à l'endroit du patient dément. C'est que dans chacune de ces situations, le patient se signifie comme étant déjà mort. Mort pour l'autre d'être sans désir ou mort d'être sans utilité voire coûteux. Patients déments et patients hystériques se trouvent ainsi cohabitant et déambulant sans but dans les tristes corridors des établissements gériatriques.

4 P. Denicker et F. Hovannessian, « Sémiologie hystérique d'origine organique, métabolique ou médicamenteuse », *Evolution Psychiatrique*, N°25, 1985. pp.121-135.

La possibilité d'une profonde dépression doit aussi être envisagée. Elle pourrait évoluer vers ces états de mélancolies tardives, ces mélancolies d'involution dont la présentation déficitaire nous est bien connue. On en ignore plus souvent, en revanche la possibilité d'une cicatrisation sous la forme d'une présentation plus bruyante, plus requérante et parfois plus...hystérique.

Mais à la condition d'une capacité de l'environnement, aussi minime soit-elle, à reconnaître une légitimité minimale aux vieillards. Car dans ces états vieillissants, on a « *le sentiment qu'une identification de convenance à une image, a volé en éclats. Or cette image qui s'évanouit n'est pas une image d'exception. Elle est l'image qui jusqu'à présent permettait d'être en paix avec la demande de l'autre, d'être en conformité avec lui.* »^[5]. Ainsi, faute d'une moindre reconnaissance, l'hystérique peut se trouver à la fois déchu(e) et déchet.

En allant un peu plus loin, nous pourrions dire que la réaction mélancolique signe le recul du sujet devant la présentification de la déchéance de la fonction organique du corps. Ce qui se manifeste ainsi, en arrière plan, est l'échec du sexuel (et de l'érogène) devant cette évidence de l'organique. Dans cette perspective, une solution logique de sortie de ces mélancolies, est de remettre de la tension et du contraste entre les sexes. Elle n'advient que lorsque la dimension transférentielle le permet. Amener le sujet à reprendre goût à la différence signifiante par excellence, à la différence des sexes alors qu'il avait tendance à lui substituer la différence entre mort et vif, voici peut être un ressort tardif pour le soin. Cette différence, je dirais qu'elle est méconnue chez l'hystérique tandis qu'elle est oubliée chez le dément.

Conclusion

La psychanalyse « a commencé avec l'hystérie, et le savoir psychanalytique vaudra ce que vaut notre savoir à propos de cette structure »^[6].

La psychanalyse qui a commencé avec le corps de l'hystérique par « la découverte de l'inconscient et par celle du corps érogène »^[7] peut aujourd'hui nous aider à admettre certaines zones d'ombre que d'autres tentent d'éclairer en les objectivant.

La spécificité de la psychanalyse, est qu'elle n'a pas trait aux faits en eux-mêmes, qu'elle a surtout pour fonction de favoriser le mouvement de bascule qui fait osciller le sujet entre refoulé et langue commune. La psychanalyse concerne « *ce dont la science a dû se séparer : une vérité qui ne relève pas de la fondation mathématique, de la démonstration raisonnée, du souci de la preuve et de l'apprentissage contrôlé* »^[8].

5 O. Douville, P. Chatelet, « Aspects actuels des mélancolies d'involution », *L'Information Psychiatrique*, N° 3, Mars 1997.

6 M. Safouan, « Eloge de l'hystérie », in *Etudes sur l'oedipe*, Editions du Seuil, 1974.

7 M. David-Ménard, *L'hystérique entre Freud et Lacan, corps et langage en psychanalyse*, Editions Universitaires, 1983.

8 P. Salvain, Préface du livre de Mannoni, *Un si vif étonnement : La honte, le rire, la mort*, Editions du Seuil, 1988.

Ainsi, ce sujet à la démence incertaine pourrait-il se prêter à une certaine psychanalyse. Il ne raisonne pas, se méconnaît et, surtout, il fait valoir ses déficits et ses manques comme une dernière protection contre le savoir. C'est ainsi que se constituent ses aménagements et les possibilités d'y adosser une différence qui fera sens pour lui.

Chemin faisant, ce sujet commencera par nous rappeler que Juliette Greco avait raison : « *Si tu crois fillette qu'ça va, qu'ça va, qu'ça... va durer toujours, ce que tu te goudailleries...* ».

Sans doute faudra-t-il avoir à l'esprit que cette affirmation ne vaut pas seulement comme une mise en garde mais aussi comme l'énoncé selon lequel c'est bien l'absence de changement qui est la mort. La démence n'est pas une forme du vieillissement. Elle est une forme d'appropriation du déclin et une manière d'en faire une étrangeté. Elle est ainsi la manière la plus radicale de continuer de dire qu'avec des moyens qui sans cesse déclinent, la vie est toujours à l'œuvre.

Bibliographie

Boiffin A.

1987 « Démence, mémoire, confusion, onirisme », *Actualités Psychiatriques*, N° 8, pp.42-47

David-Ménard M.

1983 *L'hystérique entre Freud et Lacan, corps et langage en psychanalyse*, Editions Universitaires.

Denicker P., Hovannessian F.

1985 « Sémiologie hystérique d'origine organique, métabolique ou médicamenteuse », *Evolution Psychiatrique*, N°25, 1985. pp.121-135.

Douville O., Chatelet P.

1997 « Aspects actuels des mélancolies d'involution », *L'Information Psychiatrique*, N° 3.

Israël L.

1976 *L'hystérique, le sexe et le médecin*, Masson.

Maleval J.C.

1985 « Les Hystéries crépusculaires », *Confrontations psychiatriques*, N° 25.

Safouan M.

1974 « Eloge de l'hystérie », in *Etudes sur l'oedipe*, Editions du Seuil.

Salvain P.

1988 Préface du livre de M. Mannoni, *Un si vif étonnement : La honte, le rire, la mort*, Editions du Seuil.

JOURNEE D'ETUDE élaborée et organisée par **Pierre-Marie CHARAZAC, Véronique CHAVANE,**
Florence DIBIE-RACOUPEAU, Françoise GREPET, Denise LIOTARD,
Sébastien RICHER, Catherine ROOS, Jean-Marc TALPIN
avec la contribution de **Martine MEILLIER** (secrétariat A.R.A.G.P.)

Remerciements

au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu
et au Laboratoire EISAI