cahiers de la FONDATION NATIONALE de GÉRONTOLOGIE

N° 4 1976

VIEILLISSEMENT INDIVIDUEL ET VIEILLISSEMENT SOCIAL :

Pour une approche dynamique de la pathologie de la sénescence
(Etude de la population Centre de Jour)

Claude BALIER
Martine FERRY - DRUENNE
Maryvonne GOGNALONS - CAILLARD

SOMMAIRE

CADRE DE LA RECHERCHE

LE CADRE HISTORIQUE ..... Page 9
1 - Les grands courants historiques ..... Page 12
2 - Le caractère pilote du Centre de Jour ..... Page 14

1ère PARTIE - ETUDE MONOGRAPHIQUE DE LA POPULATION CENTRE DE JOUR
Maryvonne GOGNALONS-CAILLARD ..... Page 17
Introduction ..... Page 18
1 - Données démographiques et sociales ..... Page 19
2 - Les caractéristiques de maladie de la population Centre de Jour ..... Page 30
3 - La réduction de l'espace-action et les fonctions sociales de la maladie ..... Page 46

2e PARTIE - ETUDE CLINIQUE
Claude BALIER ..... Page 59
Introduction ..... Page 61
1 - Le cadre de la recherche clinique ..... Page 64
2 - Les faits cliniques ..... Page 81
3 - Interprétation des données cliniques ..... Page 115

3e PARTIE - ELEMENTS POUR UNE THEORIE NARCISSIQUE DU VIEILLISSEMENT
Claude BALIER ..... Page 127
Introduction ..... Page 129
1 - Le rapport narcissisme-mort ..... Page 132
2 - Les sources du narcissisme ..... Page 139
3 - Le devenir du narcissisme au cours du vieillissement ..... Page 145
4 - Conclusion ..... Page 152

4e PARTIE - POUR UNE APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA PATHOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
Maryvonne GOGNALONS-CAILLARD ..... Page 155

LE CADRE INSTITUTIONNEL
Martine FERRY-DRUENNE ..... Page 171
— Les objectifs thérapeutiques du Centre de Jour ..... Page 173
I ..... Page 188
II ..... Page 189
III ..... Page 191
IV ..... Page 193
V ..... Page 195
VI ..... Page 198

BIBLIOGRAPHIE GENERALE ..... Page 200

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

INTRODUCTION

Le chapitre précédent, en analysant les données fournies par la population Centre de Jour, nous a montré les difficultés à se référer à une seule catégorie de critères puisque les symptômes identifiés par les médecins, ainsi que les handicaps, c'est-à-dire les infirmités inhérentes au vieillissement biologique, se combinent avec des troubles psychologiques, pour établir divers modes de relations de la personne âgée à son environnement. Il n'apparait pas possible de comprendre comment se constitue cette relation si on n'appréhende pas la maladie comme un langage de l'individu avec le milieu social ; langage qui s'établit comme une sorte de négociation permettant à la personne âgée de trouver son identité dans le cadre de l'organisation sociale.

Serait-ce à dire que la maladie ne peut se définir que par rapport à des critères sociaux et qu'elle ne peut être comprise qu'en tant que phénomène marginal par rapport à une norme sociale ? Ce n'est pas ce à quoi aboutit l'étude monographique, puisqu'elle préserve constamment la notion d'échanges dynamiques entre le milieu et l'individu, et par conséquent d'une remise en cause possible et incessante de l'un ou de l'autre selon des situations données. La référence à une société globale qui servirait de critère d'adaptation pour définir la maladie est donc abandonnée.

Les courants médicaux actuels vont d'ailleurs dans ce sens, parfois il est vrai de façon excessive, comme le montrent certaines positions dites de l'« anti-médecine » ou de l'« anti-psychiatrie » où il n'est plus possible de distinguer la maladie de la santé.

Sans tomber dans ces excès, d'un côté ou de l'autre, nous allons voir si une approche clinique des phénomènes du vieillissement au niveau de la personne a sa place parallèlement à une approche sociologique et la complète en s'y intégrant.

Toutefois, il nous faut préciser ce que nous entendons par approche clinique. De même que nous récusons une approche socio-

logique exclusive, qui ne tiendrait pas compte de l'individu en tant que personne et qui opèrerait donc un réductionisme abusif tout en prétendant aborder le phénomène au plus haut niveau dans une démarche d'ensemble, de même nous ne pouvons accepter l'approche médicale classique, considérant le primum movens du phénomène biologique comme suffisant pour une appréhension du vieillissement. Expliquer par exemple les comportements à l'égard de la vieillesse en fonction des rapports de production et assimiler les personnes âgées à d'anciens travailleurs, c'est-à-dire à un groupe constitué de façon homogène dans leurs rapports à leur vie d'activité professionnelle sans prendre en considération le vieillissement biologique ou les réactions psychologiques, n'est pas plus satisfaisant que de réduire le vieillissement à un phénomène d'involution biologique.

Le chapitre précédent nous a montré qu'il ne pouvait pas y avoir un seul « discours » sur le vieillissement normal ou pathologique, mais qu'il fallait comprendre les recoupements entre plusieurs modes d'approche pour cerner correctement le problème. Nous devrons donc dépasser l'opposition traditionnelle entre le corps et le psychisme pour tenter d'appréhender deux ordres de phénomènes qui à l'évidence sont étroitement intriqués dans le processus du vieillissement. Nous n'opposerons donc pas un langage psychiatrique à un langage gériatrique, comme il est de tradition en France plus qu'ailleurs, de le faire. Non seulement les phénomènes biologiques ont un retentissement au niveau du vécu psychologique et prennent une signification particulière dans l'histoire personnelle de l'individu et dans ses rapports avec son milieu, mais par une compréhension approfondie des mécanismes intimes de la personnalité nous devrons parvenir à une conception bio-psychologique ou psycho-biologique, qui rende compte de l'intrication des expressions physiques et psychologiques de la maladie.

Echappant à une opposition trop formelle entre la normalité et la pathologie, nous devrons de même nous évader du cadre psychiatrique classique pour une approche de psychologie clinique. Cela est d'autant plus nécessaire que les personnes âgées qui fréquentent les Centres de Jour, en grande majorité, n'ont pas présenté d'antécédents psychiatriques au cours de leur existence, alors même que les troubles psychologiques dont elles souffrent au moment de la vieillesse et qui ne sont pas de l'ordre de l'involution, sont de sévérité moyenne. Ce n'est donc pas une population psychiatrique au sens habituel du terme, bien que la psychopathologie y soit largement représentée ; mais l'absence de délimitation précise entre normalité et pathologie nous aidera à mieux saisir le mécanisme intime du vieillissement au niveau de la personne.

Enfin, il nous faudra parvenir à comprendre comment une approche clinique peut s'articuler avec une approche sociologique,

et comment les deux types d'approche se complètent et s'éclairent l'un l'autre, ce qui nous permettra de valider dans le cadre de la 3e partie du volume, une tentative d'approche globale du processus du vieillissement.

Dans un premier temps nous dresserons d'abord un état des connaissances actuelles du vieillissement, cadre indispensable pour suivre l'évolution des travaux depuis ces dix dernières années. Néanmoins, nous en soulignerons les points faibles qui empêchent d'avoir une perception suffisamment globale sur le plan clinique du vieillissement.

Au cours d'un deuxième chapitre, nous présenterons les matériaux cliniques que nous avons recueillis lors de nos dix années de pratique, nous permettant d'appréhender la spécificité de la pathologie des personnes âgées.

Le troisième chapitre sera consacré à une interprétation de ces matériaux qui nous fournira une trame pour saisir le processus du vieillissement au niveau de l'organisation de la personnalité, et qui sera réintégrée dans la troisième partie de ce travail, dans le cadre d'une exploration d'ensemble des phénomènes du vieillissement.

CHAPITRE I :

LE CADRE DE LA RECHERCHE CLINIQUE

L'état actuel des connaissances

Il existe maintenant une somme considérable de travaux sur le vieillissement, tant sur le plan biologique que sociologique et psychologique. Nous n'avons pas l'intention d'en dresser un constat bibliographique, mais nous essayerons d'en donner un aperçu afin de voir de quelle manière ils s'ordonnent et comment certains fournissent des éléments pour une théorie du vieillissement.

Il n'y a pas si longtemps, toutes les manifestations observées au cours du vieillissement étaient systématiquement mises sur le compte d'une dégradation biologique et physiologique. L'involution était censée rendre compte de tous les phénomènes. Cette conception est si répandue encore dans le milieu médical qu'elle explique les attitudes de démission thérapeutique encore fréquemment observées. La théorie du désengagement, d'Elaine CUMMING, se place essentiellement sur le plan psycho-sociologique ou plus exactement dans l'étude des rapports de l'individu âgé à la Société ; l'un comme l'autre suivent le même processus de désengagement mutuel. D'autres théories du vieillissement se sont situées sur le plan partiel de la biologie ; P. BERTHAUX les a résumés dans un article paru dans un numéro spécial de **la Revue du Praticien.**

C'est à partir de l'étude des processus de changements que nous essayerons de faire le point sur les connaissances actuelles concernant le vieillissement. Nous ne parlerons donc pas de la vieillesse en tant que groupe social homogène ou comme groupe d'âge ; nous appréhenderons le vieillissement comme un processus, avec ce qu'il introduit de continu ou de discontinu dans l'histoire de la personne. Cependant, il n'est pas possible d'isoler l'individu de son milieu ; aussi devrons-nous en même temps considérer la signification que revêt la notion de vieillissement pour la Société.

Alors que l'individu, après la période de croissance, vit pendant

longtemps dans un milieu environnant qui change peu, et n'est pas confronté à des changements physiques et psychologiques importants, sauf en cas d'accident, au cours du vieillissement il va devoir affronter un nombre considérable de situations nouvelles. Dire qu'il les aborde avec de moindres capacités d'adaptation c'est déjà supposer que la seule référence est celle de l'adulte jeune ; ce qui n'est peut-être qu'un phénomène de culture et ne se poserait pas du tout dans les mêmes termes si on envisageait le vieillissement dans le cadre du cycle de vie, comme le font certains auteurs à la suite de ERICKSON.

Une autre question que l'on se pose de plus en plus souvent est de savoir quand commence le vieillissement. On sait évidemment que certains organes commencent à vieillir très tôt dans la vie et même dès la naissance comme certaines cellules de la rétine. Mais cela n'empêche pas la personne de faire des acquisitions pendant longtemps au cours de son existence. On sait aussi que certaines situations sociales, comme la retraite, ont été créées à partir de choix collectifs globaux liés à l'état du développement de notre Société. Elles ne peuvent donc servir de repères pour situer le début de la vieillesse. Au reste, il faudrait se poser la question de savoir ce qu'on appelle vieillissement au niveau de la personne.

Faute de pouvoir saisir un processus dans son ensemble et sa complexité, F. BOURLIERE a introduit la notion du vieillissement différentiel : l'individu ne vieillit pas de la même manière au niveau de ses organes, et il vieillit différemment selon le milieu dans lequel il vit.

De plus en plus on a tendance, puisqu'on abandonne l'idée simple de décroissance, à se référer empiriquement au facteur temps. Dès lors c'est le milieu de la vie, le « middle-age » des Américains, qui sert de repère c'est-à-dire la cinquantaine environ, âge auquel commence à s'opérer certains grands changements de l'existence, encore que certains situent le « middle-age » à 35-40 ans.

Il s'impose donc d'organiser quelque peu ces travaux, afin de poser le cadre de notre recherche clinique.

1 — Les changements biologiques inhérents au processus du vieillissement

Ils ont été rapportés et décrits par F. BOURLIERE dans « PROGRES EN GERONTOLOGIE ». Nous ne prétendons pas faire l'état complet de ces travaux, mais seulement évoquer les principales transformations.

La perte et le blanchissement des cheveux, la sécheresse de la peau avec la formation des rides, la diminution d'acuité des organes sensoriels, la fonte de la masse musculaire, la déformation de l'ossature avec le raccourcissement de la taille sont les princi-

pales modifications observables du corps. L'ensemble constitue une image physique de la vieillesse dont la signification a évidemment une lourde incidence sur la psychologie de la personne.

Au niveau des organes on observe une lente diminution de la masse métabolique active de l'organisme avec une moindre capacité fonctionnelle des organes. L'homéostasie serait assurée de plus en plus difficilement, ce dont rendrait compte une fragilité accrue aux stress.

Si F. BOURLIERE souligne que « le cycle vital de l'individu serait génétiquement programmé », il fait cependant une large place aux facteurs exogènes pour rendre compte du processus biologique du vieillissement.

Il paraissait logique de rapporter tout ce qu'on observe dans le cadre du vieillissement aux constatations biologiques. C'est ainsi que pendant longtemps l'essentiel des travaux de psychologie a été centré sur l'étude des aptitudes intellectuelles et la mesure de leur détérioration avec l'avance en âge, rapportée à la disparition des neurones du cortex cérébral.

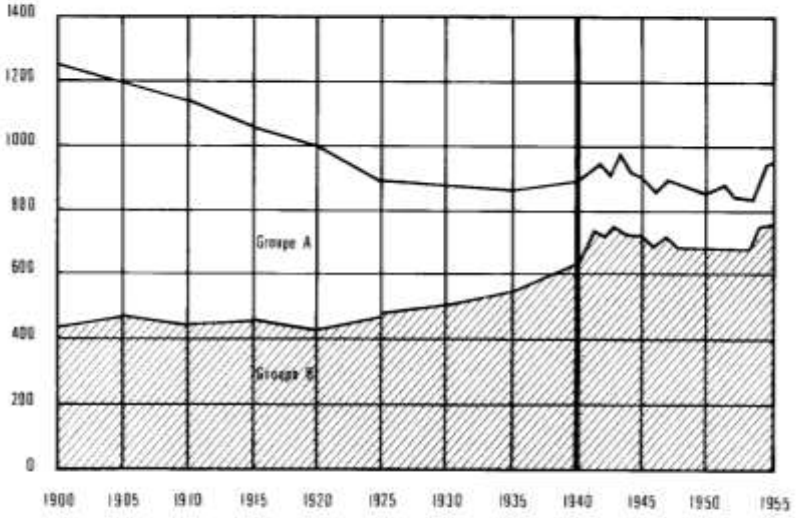
La mémoire, l'orientation dans le temps et l'espace, l'attention, le jugement, étaient alors considérés comme les composantes fondamentales de la personnalité, l'affectivité n'apparaissant qu'au second plan. Mais celle-ci également semblait participer au mouvement général de l'involution. Même les travaux psychanalytiques faisaient état du déclin de la libido, en l'incluant dans un processus général d'involution.

Il n'est pas besoin de souligner à quel point le fait de ramener le vieillissement à un processus purement biologique a été déterminant pour créer une certaine représentation dévalorisée de la vieillesse, restant liée à notre système de représentations culturelles. Il n'est pas sans intérêt d'y ajouter les modifications observées en épidémologie sur la nature des maladies touchant les personnes âgées. On sait qu'à la fréquence des maladies infectieuses, s'est substituée la prévalence des maladies dégénératives. Ce sont d'ailleurs les affections les plus couramment observées qu'on retrouve dans la population Centre de Jour, c'est-à-dire les maladies cardio-vasculaires au premier plan, les maladies rhumatismales, les maladies digestives, les insuffisances respiratoires, les obésités ; les cancers étant naturellement plus rares (graphique 31).

Nous verrons comment nous devons comprendre ces maladies dans le cadre général de la pathologie observée parmi la population Centre de Jour. Constatons cependant que le pourcentage important de personnes atteintes de maladies du type dégénératif et de handicaps contribue à renforcer une image dévalorisée de la vieillesse si on s'arrête à la seule appréhension biologique des phénomènes.

C'est le propre de la médecine traditionnelle que de se situer au niveau d'une dichotomie corps-psychisme, héritage du cartésia-

Graphique 31



Groupe A, maladies infectieuses, de causes externes et à la naissance

Groupe B, maladies chroniques, non infectieuses

Source - Freeman 1960 pages 24-25
in *Aging : Some Social and Biological Aspects*
Repris dans *Aging and Society*
Russel Sage Foundation - New-York - 1968

nisme en France. L'enseignement de la médecine est centré essentiellement sur les données organiques des maladies ; les symptômes fonctionnels et les manifestations psychologiques sont traités au second plan, au cours des études médicales.

Pourtant ce réductionnisme biologique se trouve ébranlé par quelques travaux de pointe dans le domaine psycho-somatique. Par exemple, sans parler d'un certain nombre d'affections psycho-somatiques devenues classiques, comme l'ulcère d'estomac, l'asthme, l'eczéma et bien d'autres, SCHMALE et ENGEL (1967) ont montré que beaucoup de personnes avaient ressenti un état de tension nerveuse au moment où avait débutée une maladie physique. Une réaction dépressive peut par ailleurs, selon eux, entrainer une aggravation d'une maladie physique, infectieuse par exemple, d'un cancer, d'une maladie cardio-vasculaire.

D'autres travaux ont montré que des affections banales, comme la grippe ou le rhume ne survenaient pas chez n'importe qui, mais préférentiellement chez les personnes qui avaient affronté recemment des conflits psychiques.

En ce qui concerne le vieillissement, F. BOURLIERE suggère que les à-coups qu'on appelle dans le langage populaire « coups de vieux », qui ont été repérés lors de surveillances biologiques particulièrement strictes (chez les pilotes de lignes par exemple) et qui restent jusqu'ici inexpliqués, pourraient bien avoir une origine psychologique.

Ces observations nous montrent qu'il existe un lien étroit entre les réactions psychologiques et les manifestations somatiques, et qu'il n'y a pas un processus biologique du vieillissement isolé des données de milieu. Ces quelques observations laissent entrevoir les interrelations entre deux processus de nature différente, qui s'articulent au niveau d'une structure psycho-somatique de la personne et utilisent des modalités d'expression à la fois psychologiques, relationnelles et somatiques. Il nous faudra voir si la compréhension du phénomène de vieillissement nous permet de mieux appréhender cette structure psycho-somatique.

Nous avons déjà rappelé que F. BOURLIERE n'élimine pas le rôle que l'environnement peut jouer au niveau des fonctions biologiques. « Les conditions optimales à notre vieillissement, écrit-il, comme à notre développement harmonieux, nécessitent probablement un certain équilibre ; les effets favorables de l'exercice physique ou de l'activité intellectuelle que nous avons rapportés n'ont peut-être pas d'autres explications ».

La plupart du temps le versant psychologique de la maladie n'est pas perçu parce qu'il n'entre pas dans le cadre des schémas préétablis de la médecine gériatrique. Il est étonnant de voir à quel point le corps perçu par les médecins est une sorte de mécanique,

comme si tout s'arrêtait au niveau du biologique et que la partie la plus essentielle de l'homme n'existait pas.

Qu'est-ce qui anime cette mécanique ? apparemment cela ne préoccupe pas la grande majorité des praticiens. On le voit bien dans la pratique de la rééducation fonctionnelle : on remet en route un bras ou une jambe comme on réparerait une machine. Mais si la personne âgée n'a pas de motivation pour utiliser à nouveau son corps dans un milieu où il lui plairait de vivre, on dit qu'elle met de la mauvaise volonté ou qu'elle n'a pas envie de guérir ; on s'acharne en pure perte à poursuivre la rééducation ou on l'abandonne à son sort avec un diagnostic de « chronique invalide ».

Ce genre d'exemple nous montre que les critères de la médecine traditionnelle sont insuffisants pour rendre compte des faits observés.

Il y a donc une unité bio-physiologique, domaine réservé des médecins, qui est une réduction de l'être humain. Il n'y a pas à côté un psychisme, car le dire serait commettre la même erreur dans l'autre sens ; de même que les travaux sociologiques oublient, en majorité comme nous l'avons dit, la dimension biologique de l'homme, de même, nombre de travaux psychologiques s'en tiennent aux seuls mécanismes mentaux.

Il y a donc une autre représentation du corps qui procède à la fois du biologique, du psychologique et de la vie relationnelle.
Les travaux des psychologues, des psychanalystes et des psychiatres ont souligné depuis longtemps l'ambiguïté profonde de l'individu à l'égard de son corps.

— Ce corps qui est à la fois un corps, le même que les autres, que je peux concevoir de l'extérieur et dont j'ai une connaissance abstraite de ses mécanismes, et qui est en même temps **mon** corps c'est-à-dire la partie la plus intime de moi-même, sans laquelle je ne puis être. Autrement dit, la façon dont je vis dans ce corps, la façon de le sentir, de l'apprécier ou de le nier, en résumé la façon dont je l'investis affectivement est fondamentale pour ma manière d'être au monde —

Bien que ces problèmes aient déjà été abordés dans les travaux sur la conversion hystérique d'abord, puis sur les maladies psycho-somatiques, un regain d'intérêt existe depuis quelques années, qui se manifeste à travers plusieurs courants, sous forme de références à SPITZ et à AJURIAGUERRA sur le dialogue du corps avec l'environnement s'établissant chez le nourrisson dans sa relation avec sa mère.

Citons également les références à GRODDECK et à Wilhem REICH, oubliés par les psychanalystes à cause de leur position non orthodoxe ; en témoigne aussi le développement des techniques thérapeutiques reposant sur la mobilisation ou l'approche corporelle.

Ce nouvel intérêt pour le corps aboutit à une conception qui

dépasse la notion de schéma corporel, bien que SCHILDER l'ait conçu de la façon la plus souple possible, c'est-à-dire capable de se remanier à chaque instant selon la position du corps et qu'il ait essayé d'y intégrer les dimensions psychologiques et même sociales.

Mais en voulant réaliser une vaste synthèse, il semble que l'auteur n'ait pu échapper à un amalgame de notions qui répondent à des registres différents. Les derniers travaux de l'école psychanalytique, en particulier l'école Lacanienne, proposent de distinguer un corps investi affectivement en termes de plaisir — déplaisir et appelé de ce fait corps érogène (LECLAIRE - TRILLAT) qui entretiendrait avec le corps biologique des rapports fondés sur une articulation entre les deux. Le corps biologique est le support du corps érogène qui procède du registre du désir, du symbole, de l'expression ; mais il n'y a pas de réduction de l'un à l'autre et toute tentative unitaire revient en fait à oublier une dimension au profit de l'autre.

La notion de corps érogène est capitale en pathologie gériatrique pour comprendre en particulier certaines organisations chroniques déficitaires, les nombreuses réactions psycho-somatiques et l'installation dans l'hypocondrie. Nous verrons aussi comment nous pouvons la relier à une autre notion tout aussi fondamentale, celle du narcissisme, et comment celui-ci trouve sa place dans le cadre des rapports de la personne avec son milieu.

Mais nous pressentons déjà qu'il ne peut y avoir d'explication globale du vieillissement sans que les transformations touchant le corps soient intégrées dans un système de relations avec l'environnement comprenant non seulement les données sensori-motrices mais également les significations que ces transformations peuvent revêtir pour la personne et pour le milieu environnant.

2 — Les changements dans les rapports au monde

La conception de l'involution découlait de la seule observation des faits biologiques, les psychologues rattachant alors les fonctions intellectuelles à un processus de détérioration du cortex cérébral.

La théorie du désengagement a introduit la dimension sociale, bien que largement critiquée par certains auteurs.

Aussi, prudemment, fait-on état maintenant de nombreux changements qui jalonnent la vie de l'individu au cours du vieillissement, sans d'ailleurs faire la part de ce qui revient aux changements internes en relation avec les processus biologiques et psychologiques et de ceux qui tiendraient à l'environnement social.

Très rapidement nous passerons en revue la nature de ces changements, qui ont fait l'objet de nombreuses publications. Nous verrons de quelle manière ils ont été interprétés dans le cadre du processus de vieillissement et nous soulignerons l'insuffisance de ces interprétations ne nous permettant pas de pénétrer dans l'intimité du processus.

Il est difficile de situer l'âge auquel une personne commence à être affectée par ces changements. Pour des raisons que nous reprendrons, nous nous référerons à la maturité, c'est-à-dire aux années autour de la cinquantaine, qui représentent une étape dans le cycle de vie. La seule référence biologique ne nous fournit en effet aucune indication utilisable, puisqu'on a vu que certains organes commencent à vieillir dès la naissance, et que de nombreuses fonctions physiologiques décroissent nettement, d'abord à l'âge de 14 ans puis vers 25 ans. Le processus d'accélération du vieillissement de ces fonctions commence plus tard à un âge qui dépend de facteurs individuels et de facteurs de milieu.

a) Les rôles sociaux et familiaux

— Le changement le plus évident est celui représenté par la perte du rôle professionnel, particulièrement éprouvé par l'homme, encore que nous voyions déjà nombre de femmes qui dans leur vie ont attaché une grande importance à l'exercice d'un métier et se trouvent désemparées pendant de longues années lorsqu'il faut l'abandonner. Les conditions de l'arrêt du travail sont évidemment très variables d'un métier à l'autre, et selon les classes sociales.
Certes, en un certain sens, le travail professionnel représente une aliénation par la somme des contraintes qu'il impose à l'individu. Et ce fait est évidemment particulièrement marqué pour les travaux d'exécution à caractère répétitif, où l'ouvrier n'a aucune initiative personnelle à apporter. Ceci est maintenant bien connu et dénoncé même dans les milieux industriels. Mais par ailleurs, la profession la plus défavorisée comporte malgré tout des aspects positifs pour le maintien de l'équilibre de l'individu. Elle est en effet source de relations sociales, d'échanges entre camarades ou collègues, contribuant à créer un sentiment d'identité sociale. Et, sauf exception, la plupart du temps, le travail donne un sentiment de valeur, évidemment beaucoup plus accentué pour les cadres, chez lesquels identité sociale, prestige, pouvoir, sont associés.

C'est tout cela qu'il faut abandonner au moment de la retraite, obligeant l'individu à des remises en cause importantes.

Mais avant même le temps de la retraite, le travail professionnel a un retentissement sur la santé, plus marqué à mesure de l'avance en âge. Sans parler de la menace sur l'emploi que rencontrent certaines catégories de travailleurs et plus particulièrement les cadres, à partir de 45-50 ans, on connaît bien la dégradation de la santé entrainée par la fatigue, la pénibilité de certaines tâches, le rythme. Le cas des mineurs, par exemple, est bien connu. De même que la psychopathologie retrouvée chez les téléphonistes.

D'une manière générale, les classes socio-économiques les plus défavorisées sont les plus touchées. Mais rappelons à l'inverse, la fréquence des infarctus chez certaines professions libérales.

Tous ces faits expliquent probablement les résultats contradictoires sur les conséquences de la retraite sur la santé : certains groupes voyant leur santé s'améliorer après la cessation du travail, alors que pour d'autres c'est le contraire qui se passe.

Dans la pratique clinique, il n'est pas rare d'observer des états dépressifs au moment de la retraite, ou des manifestations de type psychosomatique, tels des accidents vasculaires à caractère transitoire.

— Mais il n'y a pas que le rôle professionnel. D'autres rôles à caractère civique par exemple se trouvent affectés, soit dans le sens d'une disparition, soit dans le sens d'un renforcement.

— Le statut socio-économique est évidemment modifié, bien que la généralisation des régimes de retraite ait apporté de grandes améliorations. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a une régression relative par rapport au temps de l'activité professionnelle.

— Les modifications des rôles familiaux, que doivent affronter les conjoints en vieillissant, sont considérables et provoquent des remises en cause importantes.

Jusqu'à 50 ans environ, la structure familiale reste à peu près stable. Les enfants grandissent, certes, et deviennent peu à peu autonomes, mais le rôle parental demeure bien établi.

Or à cet âge, les enfants ont quitté ou quittent le foyer familial pour se marier eux-mêmes, bientôt avoir leurs propres enfants. Le couple va donc se retrouver seul, et affronter des problèmes que la présence des enfants avait souvent permis d'éviter. En même temps la femme doit surmonter les bouleversements physiologiques et psychologiques apportés par la ménopause, et se faire à l'idée qu'elle n'est plus féconde. Certes, depuis longtemps déjà elle avait abandonné le dessein d'avoir des enfants, mais c'est une chose que de décider de ne pas en avoir et c'en est une autre que de ne plus pouvoir.

L'homme comme la femme constatent avec angoisse la baisse de l'attirance sexuelle qu'ils peuvent représenter pour les autres. L'homme en même temps voit son prestige lié à la profession mis en doute par l'ambition des jeunes.

Aussi n'est-il pas étonnant d'observer à cette période de la vie un redoublement des manifestations amoureuses, parfois à grand fracas. C'est le fameux « démon de midi » objectivé par une recrudescence des divorces.

Plus tard, au moment de la retraite, s'opèrent de nouveaux remaniements. On a décrit l'irritation de l'épouse qui, habituée à être maitresse chez elle, supporte mal la présence désormais continue de son mari. Celui-ci ne trouve pas toujours matière à occupation à l'extérieur. Des conflits se créent, qui ne s'expriment pas toujours par des discussions, et se résolvent chez l'homme par l'adoption

d'un statut de malade, renforcé par l'attitude de l'épouse qui devient alors protectrice. C'est ainsi qu'il n'est pas rare d'observer des manifestations hypocondriaques chez les hommes à cette période de la vie.

Elaine CUMMING a montré que la différenciation des rôles dans un couple, plus expressif chez la femme et plus instrumental chez l'homme par la valorisation du travail et la conception qu'il a de son corps, avait tendance à s'atténuer avec l'avance en âge.

Ce phénomène, joint à l'angoisse de la solitude et à une anxiété diffuse relative au vieillissement qui amènent parfois les conjoints à vivre constamment au contact l'un de l'autre, rien ne pouvant se faire sans que l'autre soit là, aboutit dans certains cas à une véritable fusion des deux conjoints, comme nous l'avons décrit avec L. H. SEBILLOTTE. Véritable cellule fermée sur elle-même, le couple devient alors inaccessible et s'enferme dans un isolement plus grand que celui des personnes qui vivent seules.

Tous ces changements montrent que la référence à une identité sociale se trouve sérieusement affectée et que cela ne va pas sans entrainer des perturbations au niveau de l'organisation de la personnalité. Il nous faudra voir de quelle façon.

b) L'isolement

C'est évidemment une des grandes variables du vieillissement :

— L'isolement, la ségrégation sont trop connus pour que nous ayions à insister, et ressortent des chiffres donnés dans l'étude monographique. Nous constatons dans le 13e arrondissement en pleine rénovation un type d'isolement particulier lié à l'installation dans les nouveaux immeubles de personnes ayant habité très longtemps un autre quartier de Paris. La rupture avec les anciennes relations, l'absence totale de liens entre habitants d'un même immeuble, sont à l'origine de réactions dépressives.

— Le veuvage, la mort des amis, sont un autre traumatisme.

— Un facteur de changements plus subtil mais non moins déterminant que les autres est représenté par l'image sociale de la vieillesse. De nombreux auteurs, dont PHILIBERT en France, ont relevé le caractère négatif de cette image. On saisit ici l'un des points d'articulation entre l'individu et le milieu et nous aurons à préciser comment s'opère cette articulation, déjà largement soulignée dans les chapitres précédents dans le cadre d'un statut social de la maladie ou d'un statut social de la santé.

L'image dévalorisée de la vieillesse est renvoyée au sujet comme une blessure dont il prend conscience à certaines occasions. C'est ce qui fait s'écrier à Simone de BEAUVOIR devant le miroir : « Est-ce moi cette vieille femme ? ».

Cette blessure, avec ses conséquences, se manifeste parfois par

des dépressions que nous appelons « dépressions d'anniversaire ». Dans plusieurs cas, en effet, le seul évènement déclenchant une réaction dépressive et anxieuse a été l'avènement des 70 ou 80 ans, ou tout autre âge qui a une signification particulière pour la personne. Une dame de 83 ans, jusque-là en bonne santé, expliquait fort bien les difficultés qui soudain l'avaient assaillie : sa grand-mère, à laquelle elle était très attachée, était morte à cet âge ; elle en avait ressenti un grand chagrin et avait été ulcérée d'entendre les personnes de sa famille lui dire pour la consoler qu'il fallait se faire une raison et que sa grand-mère avait « fait son temps ». Parvenue à cet âge, cette réflexion lui était brusquement revenue en mémoire et l'isolement relatif dans lequel elle vivait était devenu le signe d'un rejet vécu douloureusement et l'assurance qu'elle n'avait plus maintenant qu'à disparaître. Elle aussi avait « fait son temps ».

Il est intéressant de noter au passage que c'est par l'intermédiaire d'une représentation mentale de la vieillesse partagée par le sujet et le milieu social que s'établit une étroite intrication entre individu et environnement. Ce fait nous aidera à mieux comprendre le processus intime du vieillissement.

3 — La signification des changements

Constater que le vieillissement s'accompagne d'une succession de changements de tous ordres et entraine des remises en cause ou des perturbations au niveau de la personne, ne suffit pas. Il nous faut savoir de quelle façon s'opèrent ces changements et comment peut s'articuler ce qui se passe au niveau de l'individu et au niveau de l'environnement. Sinon nous adopterions un point de vue uniquement biologique, comme le faisait la théorie de l'involution par exemple, ou des théories plus récentes telles celles qui considèrent le vieillissement cellulaire comme étant le résultat d'un facteur allergique ou de l'accumulation de déchets toxiques ; ou bien ce pourrait être une théorie purement sociologique comme la thèse du désengagement.

Or il nous faut considérer toutes les dimensions du vieillissement en même temps et pour ce faire voir de quelle façon les déterminismes sociaux s'articulent avec la problématique propre à l'individu.

La relation est de l'ordre du symbole, pas seulement en tant que représentation mentale, mais exprimé aussi bien à travers un langage verbal que corporel, de façon consciente ou inconsciente. La retraite, par exemple, symbole de gain pour l'un devient diminution pour l'autre (castration en termes psychanalytiques), qui peut s'exprimer par un vécu douloureux, ou un comportement de retrait par rapport à autrui, et s'articuler avec une brusque diminution des forces physiques.

Nous allons voir de quelle façon les différents auteurs ont envisagé la signification des changements survenus au cours du vieillissement, avant de nous aider dans le prochain chapitre de l'approche clinique pour mieux approfondir le phénomène. Il y a longtemps que M. F. LOWENTHAL a introduit la notion de crise au cours du vieillissement, montrant ainsi que les choses se passaient différemment du schéma progressif de l'involution.

La plupart des auteurs s'accordent maintenant pour décrire les changements comme une accumulation de pertes entrainant évidemment des réactions importantes. Pertes par rapport au statut antérieur de l'adulte jeune, qui constitueraient autant de traumatismes. N'est-ce pas alors se référer essentiellement à une perspective adultomorphe de la personne humaine et de l'organisation sociale, et comment pourrons-nous interpréter l'effet des traumatismes ? Il nous faut noter d'abord que les changements ne peuvent pas constituer des traumatismes au sens où nous l'entendons habituellement. Pour l'adulte jeune en effet, l'action traumatique est vécue comme une anomalie dans le cours de son existence et par rapport à autrui. C'est une sorte de scandale qui n'arrive qu'à lui. Pour la personne âgée les évènements, si douloureux soient-ils, font partie des atteintes inhérentes à la vieillesse, comme le note si justement Maryvonne CAILLARD. Il n'y a là rien « d'anormal ».

C'est ce qui contribue à créer l'ambiguité entre maladie et vieillesse. A partir de quand une personne âgée entre-t-elle dans le cycle de la maladie en réaction à une série d'évènements qui font partie inhérente du vieillissement ? On voit bien que l'optique est nécessairement différente que pour les autres âges de la vie. Médicaliser le problème tendrait à renforcer la marginalisation d'un nombre important de personnes âgées et à abandonner les possibilités de réactions personnelles et de thérapeutique sociale. Comme il est dit dans le chapitre annexe, la santé ne peut être le domaine du seul médecin. Inversement, on ne peut refuser la possibilité de soins possibles ou de thérapeutiques à des manifestations de souffrance qui font généralement l'objet d'un rejet par l'environnement social. Les frontières de la santé et de la maladie sont mouvantes et incertaines et c'est par rapport à d'autres critères que nous aborderons les manifestations du vieillissement.

Sans vouloir anticiper sur une connaissance approfondie des mécanismes en cause, disons cependant que l'impact de l'évènement doit se situer dans une zone de la personne correspondant à une étroite articulation du physique et du mental, puisque les réactions sont aussi souvent somatiques que psychiques et généralement les deux à la fois. Cela veut dire que cette zone ne saurait être exclusivement nerveuse, c'est-à-dire en définitive physique et qu'elle a quelque chose à voir avec le psychisme qui, lui, opère dans le domaine du symbolique. En d'autres termes, la signification de l'évènement est en cause, bien que touchant une zone probablement située profondément au niveau de l'unité psycho-biologique de la personne.

Cela veut dire qu'il n'y a pas « réaction » au sens mécanique du terme et nous aurons l'occasion d'y revenir à propos des dépressions dites réactionnelles et d'une conception économique, énergétique des réactions névrotiques. Les rapports de la personne et du milieu sont d'une autre nature ; il y a imbrication étroite et peut-être dans certains cas impossibilité de différencier les deux, comme nous l'a laissé prévoir l'étude monographique.

Les seules notions de changement et de pertes sont donc insuffisantes pour rendre compte de ce qui peut se passer au cours du vieillissement. Celui-ci est à la fois une **continuité** dans l'histoire de la personne puisqu'il y a maintien de l'identité (à moins qu'il y ait maladie mentale) et en même temps **discontinuité**, ce que la personne âgée exprime en disant qu'elle se sent changée, qu'elle ne se sent plus telle qu'elle était auparavant. Comment expliquer la nature de ces phénomènes, c'est ce que nous aborderons lorsque nous procéderons à l'interpétation des faits cliniques. Car il nous faudra rendre compte de changements qui s'opèrent à la fois en dehors de la personne et au-dedans d'elle, c'est-à-dire dans l'organisation de sa personnalité bio-psychologique. De cette manière on pourra y voir plus clair au niveau de la grande interrogation sur le vieillissement : est-ce l'individu qui change ou bien est-ce que ce sont avant tout les conditions de l'environnement ? En mettant l'éclairage sur la première question on valorise l'approche médicale certainement de façon excessive. En ne répondant qu'à la seconde, on fait du vieillissement un phénomène purement social et on méconnait les lois propres à l'individu. Il nous faudra comprendre l'articulation qui s'établit entre les deux conceptions possibles.

Notons par ailleurs que tout changement de l'environnement qui s'accompagne d'un changement interne, c'est-à-dire dont les répercussions entrainent une remise en cause de la personne, se manifeste alors par un état de dépression qui s'exprime sous forme de perplexité, d'inquiétude, de morosité etc... Il y a là une sorte de nécessité qui peut aussi bien jalonner le développement d'un individu, à tout âge, qu'être le signe au contraire, d'une régression. C'est dire que les mêmes manifestations cliniques peuvent aussi bien être le signe d'une « normalité », terme sur lequel nous reviendrons, que d'une entrée dans la pathologie. Ce qui est une raison de plus pour essayer de réaliser une approche clinique nouvelle. Mais avant de revenir sur ces faits, un cas clinique de vieillissement va nous montrer la fragilité des frontières entre le « normal » et le « pathologique » :

Monsieur M. a maintenant 96 ans, il vit en maison de retraite depuis 2 ans. A l'âge de 65 ans, il a perdu sa femme ; presqu'au même moment il a arrêté de travailler. Cette période a évidemment été un épisode très douloureux. Il a alors changé de caractère : lui qui toute sa vie s'était montré sévère avec ses enfants et rigide dans son comportement, est devenu tout à fait différent avec ses petits-

enfants, au point que l'une de ses filles, tout en se félicitant de cette nouvelle attitude, en ressentait quelque amertume en pensant à ce qu'avait été sa propre enfance.

Toutefois, malgré cette sensibilité affective nouvelle, il reste autoritaire et pendant de longues années entrera souvent en conflit avec un de ses fils, célibataire, chez lequel il va habiter, à propos de la femme de ménage qu'on sera souvent obligé de remplacer à cause de son comportement. Il s'occupe d'une petite comptabilité en relation avec les affaires de son fils et c'est après-coup, en relevant cette comptabilité, qu'on s'apercevra que vers l'âge de 85 ans il a eu une période de défaillance assez longue, avec oublis importants, erreurs, désordre tout à fait inhabituel chez lui. Cependant tout s'arrange puisque à 92 ans il assure toujours les mêmes tâches avec succès.

A cet âge, il fait une affection saisonnière sérieuse et vient habiter chez une de ses filles, qui le soigne. Une fois de plus son comportement change : même guéri il apprécie de rester au lit jusqu'à midi ; il ressent avec béatitude la chaleur du soleil sur son visage. Lui si rigide habituellement siffle les camarades de sa petite-fille, qui montent le voir dans sa chambre : il les fait asseoir sur son lit et discute de tous les sujets ; les jeunes gens disent à la petite-fille : « Il est chouette ton grand-père ! » Mais sa fille qui est elle-même malade est obligée de le faire entrer dans une maison de retraite.

Il a maintenant 95 ans, il se déprime, il marche plus difficilement ; il lui faut une canne. Lui qui aimait tant les chiens n'ose plus les approcher maintenant, car il a peur d'être renversé.

Cependant, il réagit, il devient quelque peu amoureux de sa kinésithérapeute, qu'il appelle « sa jolie môme ». Un jour, on le trouve au milieu d'un escalier, assis, n'en pouvant plus ; il pleure, mais il dira après : « Si ma jolie môme avait été là tout aurait été différent ». Il forme même le projet de se marier, pour ne plus être seul, avec la Directrice de la maison de retraite qui est célibataire et a une cinquantaine d'années.

Le projet parait crédible, car deux personnes de la famille, vieilles femmes « bigottes », décident de se relayer sans cesse auprès de lui pour l'empêcher de faire « une folie ».

Puis quelqu'un a l'idée de lui offrir un canari. Il se prend à l'aimer et comme on est au printemps maintenant, avec un temps incertain, il monte et descend sans cesse les marches du perron pour mettre son canari au soleil, dès qu'il fait une apparition. Du coup il oublie sa canne et retrouve toute son assurance antérieure. C'est vers cette époque ou un peu avant qu'il prendra goût à lire le dictionnaire et qu'il se désolera parce qu'il ne lui restera pas assez d'années à vivre pour lire tous les mots. Il a maintenant 96 ans et a décidé de vivre dans une nouvelle maison de retraite où il estime être mieux.

Comment comprendre une telle vie ? Bien sûr il y a probablement un potentiel biologique de base d'origine génétique. Mais à plusieurs reprises, à travers les changements occasionnés par les événements, cet homme aurait pu sombrer dans la dépression, voire la détérioration ou la démence vers l'âge de 85 ans. Or, à chaque difficulté il renoue avec l'environnement une relation satisfaisante : la peur des chiens, par exemple, a pu faire croire un moment que le monde lui était devenu hostile, en fonction même de sa faiblesse ; or, peu de temps après il devient « amoureux », il investit à nouveau affectivement l'environnement qui lui parait bon.

4 — Y a-t-il une vieillesse « normale » ?

Le problème d'une norme qui puisse servir de référence pour définir le champ de la pathologie et donc de l'action thérapeutique, reste toujours posé et fait l'objet de nombreux travaux. Il est encore plus difficile à résoudre en gérontologie qu'en pédiatrie où la notion de développement constitue un repère relativement facile à établir, et en pathologie de l'adulte.

En ce qui concerne le vieillissement, tout a été centré pendant longtemps sur le problème de l'involution. Mais l'involution n'est-elle pas majorée par l'organisation sociale qui attend de la personne âgée que ses capacités diminuent et qu'elle devienne dépendante ; on tombe alors dans le piège de l'adaptation si justement dénoncé par de nombreux auteurs. La société occidentale est tellement faite pour des adultes actifs, avec ses critères de rapidité, de productivité, que la personne vieillissante ne peut qu'apparaitre diminuée.

C'est donc peut-être l'organisation sociale qui n'est pas satisfaisante ; en ce cas il parait difficile de définir des critères ou des seuils de maladie. Dans l'exemple que nous avons donné, cet homme demeure à 96 ans très bien adapté mais à plusieurs reprises on a vu qu'il a failli entrer dans le champ de la pathologie et même probablement l'a-t-il fait puis il en est sorti sans le secours de la médecine.

Par contre le milieu environnant l'a aidé, bien mieux que n'auraient pu le faire les médecins, en lui conservant un rôle moral important au sein de la famille malgré l'obligation de le faire entrer en maison de retraite. Pour chacun des membres, nombreux, le vieil homme reste dans son esprit l'ancêtre respecté et admiré, dont on se raconte l'histoire ; il demeure une sorte de référence personnelle, une image qui se concrétise par la réunion du nouvel an où, tout le monde réuni, il occupe le haut bout de la table, entouré de petites filles attentives. En d'autres termes le milieu l'aide à maintenir une identité.

Cependant, cette notion d'identité personnelle ne semble pas suffisante pour définir un seuil de maladie.

Pour CANGUILHEM, l'homme porte en lui-même le besoin de normes, (et l'auteur parle de normativité plutôt que de normalité), et

se sentir malade, c'est sentir qu'on a changé. Mais beaucoup de personnes âgées sentent qu'elles ont changé et cependant ne se sentent pas malades : elles disent qu'elles vieillissent ; et pourtant des techniques thérapeutiques pourraient les aider et leur faire redécouvrir un plaisir à vivre qu'elles ont perdu.

L'aptitude au plaisir et la capacité à aménager des situations qui rendent possible un tel plaisir, est un critère de normalité pour JONES. Mais si l'environnement empêche la possibilité d'aménager de telles situations, qu'en est-il et que faut-il en conclure ? Il faudrait en somme prendre en considération, à la fois l'individu et la société dans laquelle il vit. On en vient alors à assayer de définir les critères de maladie d'une société, ce qu'a cherché à faire Eric FROMM et qui est une toute autre entreprise. Intéressante également est la démarche de DEVEREUX, créateur d'une ethnopsychiatrie et qui nous montre que la notion de pathologie varie avec la culture du groupe social, mais toutefois n'en existe pas moins. Il ne faudrait donc pas tomber dans une conception excessive, selon laquelle la maladie ne serait qu'une production sociale. Quel que soit le type de société, bonne ou mauvaise ou plutôt saine ou malade, la pathologie existe en fonction de facteurs individuels et il en est de même pour les personnes âgées.

Tentant de prendre en considération à la fois l'individu et son environnement, certains auteurs se réfèrent à la notion d'autonomie-dépendance. Afin d'échapper à des critères purement physiques, HUGONOT parle d'autonomie sociale. Dans une approche plus dynamique WILLIAMS essaye de définir la dépendance de la personne âgés d'après les échanges qu'elle a avec son environnement social à divers niveaux : tantôt c'est l'individu qui donne davantage qu'il ne reçoit, tantôt c'est le contraire et on entre dans le cycle de la dépendance. Mais l'étude est purement descriptive et le concept d'échange n'est pas analysé.

ERICKSON, dans le cadre d'une perspective positive du cycle de vie, propose un schéma de développement de l'individu qui va jusqu'à la vieillesse, dans lequel l'influence de l'environnement est reconnue bien au-delà des relations de l'enfant avec ses parents, alors que les travaux psychanalytiques classiques considèrent que l'organisation de la personnalité s'établit une fois pour toutes dans les premières années de la vie.

Le dernier stade de ERICKSON, celui qui va conditionner ensuite le déroulement de la vieillesse est représenté par la capacité de la personne à faire un bilan de vie positif. L'échec de ce bilan introduit un stade que l'auteur appelle « désespoir », responsable de développements pathologiques. La notion de « bilan de vie » tient compte à la fois de l'histoire personnelle du sujet, de ses relations avec l'environnement et par son opposition au « désespoir » se fonde sur une organisation dynamique de la personnalité. Elle fait apparaitre

un facteur que nous aurons l'occasion de développer, à savoir l'estime de soi-même et la force qu'on peut en retirer pour faire face aux difficultés.

Mais il faudra voir également comment ces notions peuvent s'articuler avec les faits biologiques et les structures bio-psychologiques de la personnalité. Sinon nous laisserions de côté tout un secteur du vieillissement.

CHAPITRE II :

LES FAITS CLINIQUES

Après avoir brossé un tableau des connaissances actuelles du processus du vieillissement dans le cadre d'une approche globale des phénomènes, et en avoir souligné les carences, nous allons maintenant étudier la façon dont se présente la pathologie parmi la population Centre de Jour. On verra qu'en fait nous n'avons pas abordé réellement la pathologie somatique, du moins sur un mode descriptif. Nous n'avons fait que réintégrer, à chaque fois que cela paraissait possible, le physique dans le champ de la personnalité. Nous pourrons dire que toutes les maladies y sont représentées, sauf exception ; simplement pour certaines d'entre elles à un degré moindre et en nombre restreint, par rapport à celles que l'on rencontre en milieu hospitalier.

C'est donc un véritable tour d'horizon de la pathologie de la vieillesse que nous allons devoir faire, ce qui va nous amener à aborder le problème d'une classification en fonction d'une approche novatrice.

1 — La dépression

Elle est si fréquente, si souvent intriquée avec d'autres troubles, psychologiques ou physiques, qu'on pourrait dire en fait qu'elle est le lit de toute pathologie qui envahit la totalité de la personnalité, par opposition à ce que nous appellerons par la suite : les maladies « circonscrites ». C'est de plus un concept charnière, au carrefour des réactions que chacun de nous peut ressentir un jour ou l'autre devant un échec ou un conflit avec une personne aimée, par exemple : la dépression maladie se manifestant par une tristesse plus accentuée, accompagnée d'idées de suicide plus ou moins précises, une inhibition du fonctionnement intellectuel et physique, un sentiment de culpabilité et une auto-dépréciation. Mais c'est peut-être la longueur de la dépression plus que l'intensité des symptômes, qui traduit la défaillance des mécanismes défensifs

permettant de retrouver une joie de vivre, et qui exprime le mieux son caractère pathologique ou pas. Plus que jamais on se trouve aux frontières du normal et du pathologique. Nous avons d'ailleurs signalé plus haut la nécessaire dépression qui accompagne de façon transitoire les changements inhérents au vieillissement, comme toute remise en cause qui introduit un doute sur sa propre valeur et entraine un accès de tristesse.

La dépression se situe également au carrefour de la maladie réactionnelle à une cause externe, puisqu'elle fait suite généralement à un évènement dans la vie du sujet, et d'un processus interne dépendant de l'organisation psychique. C'est pourquoi, si l'on excepte la dépression psychotique, c'est-à-dire la mélancolie dont l'étiologie est incontestablement de nature endogène (organique pour certains, psycho-génétique pour d'autres), de nombreux travaux ont recherché les moyens d'établir une distinction entre la dépression névrotique en relation avec des conflits internes, intra-psychiques, ce qui n'empêche pas qu'ils soient réactivés par un évènement externe, et la dépression réactionnelle faisant suite à une modification traumatisante de l'environnement. La recherche d'un terrain dit pré-morbide pour expliquer que l'importance de la réaction dépressive « normale » ou pathologique ne dépend pas de l'importance du facteur externe, montre bien l'impossibilité d'établir une délimitation rigoureuse entre l'influence de l'environnement et les processus psychologiques dépendant de l'organisation intra-psychique. Enfin, elle se situe également aux confins de la psychologie et des phénomènes d'ordre somatique puisque le fonctionnement neuro-végétatif se trouve plus ou moins perturbé, produisant des désordres au niveau des organes.

Ces considérations nous montrent l'importance de l'étude du phénomène dépression, si toutefois il se trouve lié au processus de la sénescence. En ce cas il nous fournira des éléments essentiels pour la compréhension du vieillissement.

a) Dépression et sénescence

Il existe un lien indubitable entre les deux phénomènes et le fait a été remarqué depuis longtemps. Ainsi la psychiatrie classique fait état des dépressions d'involution qui se manifestent à partir de la cinquantaine. Nous reviendrons sur cette appellation qui se réfère à une conception organique de l'étiologie de la maladie mentale. De même a-t-on appelé ces mêmes dépressions : dépressions de la période climatérique en les mettant en relation avec des troubles de la ménopause, chez la femme, et d'une pseudo-andropause chez l'homme, sans qu'aucune preuve de relation de cause à effet ait pu être fournie entre des désordres hormonaux et l'état dépressif.

Par contre, il est intéressant de relever que la dépression dite d'involution est un type de dépression se manifestant pour la première fois vers l'âge de 50 ans. Ce qui justifierait l'idée de situer le début

du vieillissement, ou du moins une certaine période de la vie en rapport avec le vieillissement, au moment de la période que les Américains appellent le « middle-age ».

Nos observations concernant la population Centre de Jour nous révèlent la très grande fréquence des dépressions qui se manifestent pour la première fois dans la deuxième partie de la vie, c'est-à-dire après 50 ans ou beaucoup plus souvent encore après l'âge de la retraite.

Les travaux concernant la fréquence sont généralement de validité douteuse, car ils sont établis presque toujours à partir d'une population hospitalisée. Seuls existent quelques enquêtes faites auprès de personnes vivant à domicile. Mais tout le monde s'accorde pour reconnaître l'existence de nombreux états dépressifs, à formes cliniques variées, chez les personnes âgées.

Ainsi, il ne fait pas de doute qu'il existe une relation particulière entre la situation de sénescence et la dépression. Si l'on n'accepte pas l'explication facile d'un pur déterminisme biologique, alors on est conduit à mettre en cause le rôle de l'environnement. Il est impossible de ne pas songer à l'anomie de DURKHEIM, en relation avec la pauvreté du milieu social. Mais si effectivement les conditions de l'environnement jouent incontestablement un rôle, il n'y a pas lieu de créer une antinomie entre un déterminisme social et une réaction individuelle. Notre démarche clinique visera précisément à essayer d'appréhender les deux ordres de phénomènes dans une approche globale.

b) Les caractères particuliers de la dépression de la sénescence

Il serait abusif de parler d'une spécificité de l'état dépressif survenant au cours de la sénescence. Même en ce qui concerne la mélancolie d'involution qui a fait l'objet de nombreux travaux cliniques, les auteurs s'accordent pour dire que la symptomatologie ne diffère guère de l'accès mélancolique classique, si ce n'est qu'on relève plus fréquemment un certain degré d'excitation remplaçant l'inhibition classique.

De même les dépressions de type névrotique présentent dans l'ensemble les mêmes signes cliniques que la dépression névrotique ou réactionnelle ; c'est-à-dire la tristesse, l'inhibition, l'abattement, le repli sur soi ; nous reviendrons cependant sur la culpabilité.

Par conséquent, plutôt qu'une spécificité de la dépression, ce sont des caractères particuliers qu'il nous faut souligner, susceptibles de nous éclairer pour la compréhension du mécanisme en cause.

Nous inclurons dans notre analyse les dépressions dites mineures, trop souvent méconnues, qu'on ne voit pas à l'hôpital psychiatrique, ni même dans les consultations de psychiatrie.

D'ailleurs, si du fait même qu'elles sont méconnues ou non reconnues par le médecin généraliste, elles ne sont pas traitées, il faut reconnaitre que le psychiatre dans sa pratique courante est tout aussi démuni.

Nous citerons en exemple cette femme de 70 ans environ, suivie pendant 18 mois dans une consultation de psychiatrie de secteur particulièrement bien équipée : consultations répétées, entretiens avec le médecin et l'assistante sociale, anti-dépresseurs, mobilisation corporelle, restèrent pratiquement sans effet malgré cette grande dépense d'énergie. C'est que la thérapeutique ne pouvait s'inscrire dans le contexte social et fournir des objectifs susceptibles de redonner l'envie de vivre.

C'est ainsi que de nombreux états dépressifs mineurs qui semblent être inaccessibles à la thérapeutique ont fait penser que le repli sur soi, la tristesse, le désintérêt pour le monde extérieur, faisaient partie inhérente du vieillissement.

c) **Le caractère réactionnel**

C'est habituellement après l'un des événements qui jalonnent le vieillissement que la dépression survient.

Le veuvage, comme évènement déclenchant, n'est peut-être pas le plus fréquent, mais le plus caractéristique. Les hommes sont particulièrement affectés, tel celui-ci qui fréquente régulièrement le Centre de Jour et qui 3 ans après son veuvage, pleure s'il est amené à parler de sa vie antérieure. Cependant, habituellement il est souriant, de contact facile et aime à parler avec les uns et les autres.

Mais il n'a jamais retrouvé son dynamisme d'antan et n'a jamais pu s'intéresser à nouveau à ce qui était sa passion : l'élevage des poissons exotiques. Auparavant en bonne santé, une succession de maladies se sont déclenchées après la mort de sa femme : hypertension, arthrose, troubles digestifs. La réaction de deuil revêt donc facilement chez la personne âgée un caractère pathologique par sa longueur même. La perte de l'objet aimé ne semble pas être remplacée par de nouveaux investissements.

La transplantation est également une perte, celle d'un endroit aimé. Telle cette dame qui, installée dans les étages supérieurs d'un logement-foyer, regarde tous les soirs avec mélancolie les lumières de son ancien quartier. La rupture avec un milieu connu intervient également dans les dépressions qui suivent la retraite professionnelle, mais il n'est pas le seul mécanisme en cause d'une situation complexe. M.F. LOWENTHAL a montré que la réaction pathologique était plus fréquente lorsque la retraite était imposée plutôt que désirée.

Nous avons déjà cité la dépression d'anniversaire, ce qui montre

que l'évènement déclenchant peut être en apparence minime et peut passer inaperçu. C'est dans la signification qu'il revêt pour la personne qu'il nous faudra chercher une explication de son mode d'action.

D'autres fois c'est une atteinte organique qui est à l'origine de l'état dépressif : nous avons déjà eu l'occasion, dans une publication, d'exposer un cas exemplaire de dépression de la vieillesse : il s'agissait d'une femme de 70 ans environ, à qui un médecin spécialiste avait confirmé que les bourdonnements d'oreille dont elle se plaignait ne cesseraient jamais, n'étaient pas guérissables. Ce fut pour elle le point de départ d'un état dépressif (qui a maintenant complètement disparu) alors qu'en fait les bourdonnements existaient depuis 10 ans et l'avaient amenée à des consultations antérieures. Comment comprendre l'effet de ce « jamais plus » ? : Notre patiente se sentit dévalorisée ; elle cessa d'aller chez ses neveux, ce qui pourtant était sa grande joie de la semaine, car elle eut l'impression que ses neveux se moquaient d'elle à cause d'une légère surdité (qui probablement liée aux bourdonnements d'oreille existait également depuis longtemps). Honteuse d'elle-même, elle cessa de sortir.

Mais il n'est pas dans notre intention de passer en revue toutes les causes possibles. Ce qu'il nous faut retenir, par contre, c'est la très grande fréquence du caractère réactionnel des dépressions qui se manifestent pour la première fois en relation avec le vieillissement. Même pour les dépressions qui se sont manifestées pour la première fois avant l'âge de la vieillesse, on retrouve des liens statistiques entre l'état dépressif de la sénescence et des facteurs tels que la santé physique et le milieu environnant, comme l'ont montré CLOMPI et LAI.

Ainsi l'involution, comme étiologie unique, ne semble pas devoir être retenue sérieusement. Par contre, l'importance du rôle de l'environnement, est maintenant reconnue d'une manière générale.

d - **Le vécu des déprimés âgés**

La solitude est le thème qui revient le plus fréquemment. Un exemple nous montrera comment s'établit la distinction et l'articulation entre isolement, phénomène social et objectif, et solitude, phénomène vécu :

Une femme de 69 ans vient nous voir, adressée par son médecin, parce que depuis quelques semaines elle est déprimée, elle pleure, et elle ne supporte plus de vivre seule dans un grand appartement. Pourtant la solitude elle la connait bien : son mari est mort il y a 20 ans, et depuis qu'elle a cessé de travailler à 59 ans, elle n'a pratiquement plus d'amis. Ils se sont dispersés, vivent en province, ou sont morts. Il en est de même de ses voisins. Quant à ses enfants, 2 habitent en province et une fille mariée en banlieue. Or c'est

seulement dans le courant de l'hiver qu'elle a souffert de la solitude et s'est ensuite déprimée, à l'occasion d'une affection banale : sa fille ne s'est pas occupée d'elle comme elle l'espérait, et elle s'est aperçue qu'elle ne pourrait pas compter sur elle en cas de maladie grave. Depuis ce temps, son appartement que pourtant elle aimait, lui est devenu insupportable.

La connaissance du passé de cette personne nous permet de mieux comprendre le sens de sa solitude : son père est mort lorsqu'elle était encore enfant ; sa mère a dû s'occuper seule de ses six enfants et n'avait guère de temps pour prodiguer des marques d'affection. Mais de plus, la patiente se sentait mal aimée : « J'étais la bonne à tout faire de la famille ».

C'est donc d'un manque d'amour qu'elle a souffert, qui est resté gravé en elle et a été ravivé par les évènements que nous avons rapportés. Or, les frustrations de l'enfance se retrouvent fréquemment chez les personnes âgées malades. Il existe une sorte de vide intérieur qui, à certain moment, rend la solitude intolérable. D'autres qui possèdent depuis leur enfance une richesse intérieure, ressentent la solitude comme quelque chose de positif ; c'est ce qui nous a permis d'écrire que la solitude pouvait être plénitude ou dénuement.

François MAURIAC nous aide à comprendre cela lorsqu'à 80 ans il écrit : « Quelle solitude que la vieillesse » (voulant dire par là que la vieillesse est un autre monde que celui dans lequel on a vécu jusque là) car : « Se réveiller à mon âge, c'est donc se retrouver chaque matin sur ce rocher que je décris et qui est désert, mais qui, comme l'Ile de Monte-Cristo, recèle une grotte secrète et un trésor ». Et plus loin : « Mais moi, quand je descends dans la caverne profonde d'où je n'ai su tirer que le peu qu'il fallait pour que le personnage qui me représente chez les hommes fasse quelque figure, je regarde luire dans l'ombre ce trésor dont l'eau dormante de mes livres n'aura capté que de vagues reflets ». On ne peut mieux décrire la richesse des objets intérieurs qui nous habitent, et nous protègent d'une solitude destructrice.

On voit surgir ici la notion d'intérioration, fondement de la psychologie dont le cas suivant montre le mécanisme :

Une personne de 55 ans, en analyse, se plaignait constamment du vide ressenti et de la solitude épouvantable qui l'habitait depuis la mort de son mari, deux ans auparavant, alors qu'elle avait sa fille avec elle et de nombreux amis pour l'entourer. Cependant, sa foi religieuse l'empêchait de sombrer dans le désespoir, car elle pensait que dans les pires moments son mari l'aidait, à partir d'un au-delà, encore que raisonnablement elle ne savait pas si cela était possible. Mais c'était un fort sentiment de sa présence « quelque part » qui l'habitait. Puis durant plusieurs séances d'analyse elle s'étonna de l'amélioration qu'elle notait en elle, s'inquiétant de la

raison puisque la situation n'avait évidemment pas changé. Mais elle constatait qu'elle n'était plus obsédée par la vision du cadavre de son mari, qui créait ce sentiment de vide et d'absence dont elle souffrait tant, que par contre elle le sentait davantage présent en « elle-même ». Dans la même séance elle me dit qu'elle me parlait très souvent en pensée dans le cours de ses activités quotidiennes. Que s'était-il donc passé qui puisse expliquer l'amélioration de la dépression ?

Depuis son enfance, elle avait toujours eu un sentiment d'infériorité et d'incapacité, se dévalorisant volontiers. Puis elle avait reconquis l'estime d'elle-même au travers de l'amour de son mari. Après sa mort elle se retrouvait désemparée et à nouveau vide, de sorte que le deuil ne pouvait se faire et aucune nouvelle vie n'était envisageable. En d'autres termes, elle était démunie d'un sentiment de présence interne suffisamment solide, correspondant à l'intérioration de l'amour maternel.

Son estime d'elle-même elle le devait à son mari, demeuré un objet externe.

Au cours de l'analyse, la patiente a souvent essayé de me faire parler, désirant trouver en moi un ami, un objet de remplacement de son mari, plutôt qu'un thérapeute. Ma « non-réponse », mon refus de gratification l'a obligée à me vivre comme une présence aux contours mal définis, reflet des images qu'elle voulait bien projeter sur moi. C'est cette présence, analogue à ce que représentait son mari, présence bienveillante, qu'elle commence à intérioriser quand elle dit que l'image du cadavre de son mari s'efface, qu'elle sent celui-ci en elle, et en même temps elle me sent proche d'elle puisqu'elle me parle toute la journée. Elle n'est plus seule.

Le sentiment de solitude est en effet constamment évoqué par les personnes âgées. Mais bien souvent il n'a aucune commune mesure avec ce que nous pouvons imaginer. Les deux qualificatifs qui reviennent le plus souvent quand on leur demande de s'expliquer c'est : « effroyable », « indescriptible ».

Elles font allusion à un vide intérieur que ne peut combler aucun apport extérieur. Ce qui ne veut pas dire que tous les problèmes sont d'ordre intérieur et qu'on ne doit pas tenir compte du milieu environnant. Car nous pensons qu'il y a une limite aux frustrations venant du monde extérieur au-delà de laquelle peu de personnes peuvent résister, et qui entraine un sentiment de solitude aigu.

Par contre, la qualité du milieu environnant est déterminante pour aider une personne à retrouver une complétude intérieure comme dans l'exemple que nous avons donné. Il n'est pas besoin bien sûr d'une psychanalyse pour ce faire. Mais il faut un milieu thérapeutique capable d'apporter une présence, au sens où nous l'avons indiqué, alors que les services sociaux traditionnels, au

niveau où nous nous plaçons dans cet exposé, ne peuvent apporter que des gratifications qui auront toujours valeur d'objets externes.

Le mépris de soi-même est un autre caractère retrouvé habituellement au cours des dépressions des personnes âgées. « Pourquoi vous occuper d'une vieille femme comme moi ? » nous disait une femme de 80 ans, encore alerte mais humiliée de n'être plus capable de nettoyer son logement, comme elle le faisait auparavant.

Le corollaire du mépris de soi, c'est la honte, comme nous avons pu le voir dans l'observation de la dépression en relation avec des acouphènes.

Les psychanalystes (BERGERET - GRUNBERGER) ont bien noté l'appartenance à deux lignées différentes de deux vécus qu'on retrouve dans des dépressions à caractères différenciés : la honte et la culpabilité. Or, la honte est caractéristique des dépressions des personnes âgées, alors que la culpabilité y est rare. Par exemple, cette femme de 77 ans qui depuis 3 ans se reprochait (« c'est une véritable obsession » disait-elle) de n'être pas restée auprès de son ami la nuit où il était mort à l'hôpital, fait figure d'exception.

Le repli sur soi, (retrait social) est un comportement logique faisant suite à la honte. Certes, il est la conséquence, comme dans toute dépression, du désintérêt pour le monde extérieur. Mais il prend une forme plus discrète, plus banalisée chez la personne âgée, en rapport avec l'idée qu'on ne peut pas s'intéresser à elle, qui a si peu d'importance. Ce comportement rend plus difficile le dépistage, puisque la personne ne se manifeste pas et fuit les contacts si on essaye de remédier à sa solitude.

Les plaintes somatiques sont un mode fréquent d'exprimer le vécu douloureux de la dépression, comme l'on noté MATUSSEK et FOULDS.

e - L'organisation dans des formes socialisées

Le caractère discret de toutes ces manifestations, l'évolution torpide, la banalisation des symptômes qui prennent des formes socialisées : « je n'aime pas beaucoup fréquenter le monde » « je ne sers plus à rien » « je suis trop fatiguée pour sortir » « j'ai peur de tomber dans la rue » « quand on est vieux on est tout seul » « je ne suis plus tranquille chez moi » etc..., tous ces aspects font qu'il y a une véritable entente entre la personne âgée et son environnement, pour considérer que la solitude, la tristesse, le repli sur soi, le malaise corporel, font partie inhérente du vieillissement et qu'il n'y a rien à faire.

C'est cette adaptation sociale de la souffrance vécue qui oblige à prendre en considération l'environnement pour dépasser l'opposition maladie-normalité. Car ce qui est considéré, en un endroit, comme une bonne adaptation à la vieillesse peut être maladie, en un autre.

f) Compréhension de la dépression

Puisque la dépression revêt certains caractères particuliers lorsqu'elle s'inscrit dans le mouvement de la sénescence, il nous faut comprendre maintenant son mécanisme intime en l'articulant avec une approche du processus du vieillissement. Pour cela nous nous aiderons des travaux psychanalytiques, portant notamment sur les dépressions névrotiques.

Pour NACHT et RACAMIER, toutes les formes de dépression : dépression réactionnelle, ou névrotique ou mélancolique ont la même structure de fond et peuvent se ramener à une perte d'amour, c'est-à-dire une rupture d'un lien étroit et mutuel d'amour avec un objet aimé, qui dans l'optique psychanalytique est le remplacement sous une forme ou une autre de l'objet maternel. Ils rappellent que FREUD avait rapproché le deuil et la dépression tout en différenciant le caractère normal de l'un et pathologique de l'autre.

Telle est bien, en effet, la situation qui apparait dans certaines observations où nous avons vu que le lien à la mère était fragile et que le sentiment d'abandon et de solitude éprouvé dans l'enfance avait été réactivé par les traumatismes vécus au cours de la vieillesse. La culpabilité qui pour NACHT et RACAMIER fait partie du tableau de la dépression, serait la conséquence de l'agressivité ressentie à l'égard de la personne aimée avec laquelle le lien a été rompu.

Cependant, ils évoquent un autre type de dépression où la culpabilité n'apparaitrait pas au premier plan, occupé par un sentiment « de vide intérieur et de vacuité douloureuse », dû selon eux, à une désactivation des plusions d'amour et du besoin acti d'aimer. Tel serait le cas dans « les dépressions involutives et séniles » où les capacités d'aimer seraient affaiblies par « un mécanisme directement bio-instinctuel. »

Malgré l'affirmation qu'une seule structure présiderait à l'organisation de toutes les dépressions, on voit donc se dessiner le souci de distinguer deux types de dépression pour répondre aux constatations cliniques.

Or, nous avons bien noté que la dépression en relation avec le vieillissement n'avait pas la même expression que chez l'adulte jeune, où la culpabilité manque rarement.

Cependant auparavant MALLET avait insisté sur la perte de l'estime de soi dans les dépressions névrotiques : c'est-à-dire une blessure narcissique, touchant au sentiment de valeur personnelle. Néanmoins, cette blessure narcissique passerait toujours par le biais de la relation d'objet : la perte de l'objet aimé est vécue comme une déception et une dévalorisation de soi.

L'importance de l'environnement est donc déterminante pour la production et le développement de la dépression. Mais cela n'élimine pas une certaine fragilité antérieure de la personnalité du déprimé.

C'est ainsi que s'exprime LAI dans son analyse « l'évolution psychodynamique des patients déprimés dans la sénescence » : reprenant la thèse de NACHT et RACAMIER, l'auteur pense que le déprimé a besoin toute sa vie d'un objet d'amour dont il est dépendant, pour combler un certain vide de son narcissisme. Au cours de la sénescence, l'accumulation des pertes des personnes aimées ne permet plus de nouvelles relations et la dépression survient.

PASCHE s'engage plus nettement dans la distinction entre deux types de dépression : il ne pense pas qu'on puisse ramener toutes les dépressions à la perte de l'objet d'amour. Il décrit ce qu'il appelle la « dépression d'infériorité » qui serait la conséquence d'une absence d'estime de soi-même. Le mécanisme serait en relation avec ce que les psychanalystes appellent l'Idéal du Moi, héritier direct du narcissisme puisque chaque individu estime sa propre valeur par rapport à un idéal qu'il se donne. Alors que la culpabilité serait la conséquence de la répression de l'agressivité, exercée par le Surmoi, dans l'autre type de dépression.

Avec la dépression d'infériorité et la notion d'Idéal du Moi, il semble qu'on ait un cadre intéressant pour les dépressions de la sénescence qui, nous l'avons vu, font suite à des événements qui atteignent l'estime de la personne : perte du travail, des capacités physiques ou intellectuelles, ou quand il s'agit de l'éloignement des personnes aimées ou d'un deuil, sentiment de dévalorisation.

Mais les psychanalystes se sont peu intéressés au vieillissement, car les personnes d'un certain âge n'entrent pas dans les indications de psychanalyse, étant donné les plus grandes difficultés éprouvées à modifier leur organisation psychologique et leur mode de vie ; encore que l'âge-limite ait beaucoup reculé avec une plus grande souplesse de la technique, mais il est rare d'entreprendre une analyse au-delà de 55 ans.

Aussi avons-nous vu la faiblesse de l'explication de la dépression de la sénescence donnée par NACHT et RACAMIER ; de même PASCHE, lorsqu'il parle des dépressions survenant après une maladie organique, se contente de rappeler la remarque de FREUD, pour qui l'atteinte organique affaiblit le Moi (et par conséquent les capacités de défense).

Il nous faudra donc trouver une approche et une explication qui rendent compte des faits observés chez les personnes âgées, incluant la dimension biologique d'une autre façon que celle évoquée ci-dessus. Mais ceci dit, la « dépression d'infériorité » peut être transposée aisément dans le cadre de la dépression en relation avec le vieillissement. Et nous suivrons tout à fait la distinction établie par BUSSE entre la dépression de la personne âgée, qui repose sur **une perte de l'estime de soi** et la dépression de l'adulte jeune en rapport avec la culpabilité.

C'est donc dans la lignée du narcissisme et de l'Idéal du Moi

qu'il nous faut situer les dépressions en rapport avec le vieillissement. LAI l'avait bien vu quand elle dit que le déprimé sénescent continue à se situer par rapport à son Idéal du Moi d'adulte jeune, auquel il ne peut plus répondre ; il se sent donc dévalorisé. Et c'est bien ce qu'on observe chez un grand nombre d'hommes au moment de la retraite, dont les valeurs fondamentales reposaient sur celles qui sont prônées par notre culture : l'efficacité, la réussite, la domination, le pouvoir, le prestige, et auxquelles leur nouvelle situation sociale autant que leurs capacités déclinantes ne leur permettent plus de répondre.

Cependant, ce mécanisme n'élimine pas pour autant l'importance de la perte d'objet, et nous n'opposerons pas l'un à l'autre, comme l'ont fait certains auteurs. Un retraité nous l'explique fort bien d'ailleurs, quand, parlant de la dépression qu'entraine pour lui la cessation d'un travail sur lequel il avait centré toute son existence, il dit : « Oui, c'est un moment difficile, à peu près comparable à celui d'un être cher qui nous quitte, pas au même degré, mais un peu dans le même sens ».

Mais ce serait en tant que l'objet aimé contribuait à satisfaire le narcissisme de la personne, que sa perte entraine un mouvement dépressif avec baisse de l'estime de soi, comme l'ont exprimé certains auteurs, plutôt que par disparition d'un but, et répression des pulsions libidinales tournées vers la personne aimée.

Quant au « terrain prémorbide », il ne fait pas de doute que l'histoire personnelle du sujet est à prendre en compte pour expliquer la survenue de la dépression après un évènement, dans la mesure où certaines personnes se défendent mieux que d'autres. Et nous avons vu que la relation à la mère était souvent évoquée par les personnes âgées, et semble donc jouer un rôle pour les futures organisations pathologiques ; il nous faudra donc intégrer la négociation établie entre la personne et l'environnement au cours du cycle de vie.

La notion de narcissisme, c'est-à-dire d'investissement de son propre Moi par les plusions libidinales (en d'autres termes s'aimer soi-même en fonction de son propre sentiment de valeur) apparait être une voie de recherche riche de débouchés. Elle contient bien plus que le simple vécu psychologique de l'estime de soi-même.

L'étude des dépressions nous a laissé prévoir que le narcissisme s'articule avec les premières relations de l'enfant avec sa mère, c'est-à-dire avec l'organisation de la personnalité, ainsi qu'avec le rôle joué par l'environnement. Il est enraciné dans la vie biologique puisqu'on a vu, dans certaines observations, les liens qui unissaient dépression et affection somatique. Il s'inscrit dans l'histoire de la personne et apparait, en tant qu'investissement de soi-même, comme la suprême protection par rapport au processus de mort auquel le vieillissement se trouve confronté.

C'est donc en essayant d'intégrer et de structurer tous ces éléments, que nous aurons à revenir sur l'importance du narcissisme, pour une interprétation des phénomènes pathologiques en rapport avec le vieillissement.

L'analyse de la dépression nous a conduit à découvrir l'existence et le rôle d'un sentiment de vide intérieur, lié à un vécu douloureux de solitude et d'abandon, qui peut aller jusqu'au désir de mort, puisque les suicides se réalisent toujours dans le contexte d'un état dépressif. Opposé à ce vide, il existe au contraire un sentiment de présence intérieure, lié à la certitude de posséder une valeur personnelle. On voit donc déjà poindre les deux grands courants que nous allons constamment retrouver dans les autres états pathologiques : angoisse de mort et d'anéantissement opposée à la satisfaction narcissique.

2 — Les organisations caractérielles

On est ici, plus que jamais, à la frontière d'un « normal » et d'un « pathologique » difficile à situer. STRONGREN pense qu'en matière de désordres pathologiques de la vieillesse, il y a surtout des cas limites et on ne sait pas à quel moment on peut considérer qu'une personne passe d'un groupe de désordres à un autre. C'est qu'en effet, une classification n'a de valeur que si on la conçoit dans une perspective dynamique tenant compte de l'évolution de l'individu et de ses rapports avec le milieu. Un exemple va nous en convaincre :

— Madame P. se présente à notre consultation très angoissée. Elle habite un cinquième étage sans ascenseur. Elle ne pense pas pouvoir demeurer dans son logement actuel. Elle a retenu une place dans un logement-foyer en Bretagne. Elle expose tous les avantages de cette solution, mais se demande si elle doit partir. Une maison de retraite ne serait-elle pas mieux, ou bien même elle devrait peut-être se faire hospitaliser ?

Malgré nos efforts, nous ne pourrons contenir toute une série de démarches contradictoires et finalement, elle entrera dans un service psychiatrique qu'elle quittera après une dizaine de jours, ne s'y sentant pas bien.

Or, jusque là Madame P. vivait fort bien, seule depuis de longues années, alerte, active, sans aucune maladie. Ayant peu d'échanges affectifs avec ses amis et voisins, autoritaire, agressive, égocentrique, peu accessible aux idées nouvelles bien que parfaitement au courant de l'actualité, il apparait que c'est l'approche de ses 80 ans qui a déclenché un véritable état de panique et mis en défaut les systèmes de défense qui avaient jusque là parfaitement fonctionné et l'avaient protégée de l'angoisse du vieillissement. Pendant quelques mois on a pu se demander si Madame P. entrerait dans la

maladie. Elle avait refusé l'aide d'un Centre de Jour qui représentait à ses yeux l'image de la vieillesse qu'elle ne pouvait affronter. Puis un jour, elle a appris qu'une personne de sa connaissance, beaucoup plus jeune qu'elle, fréquentait régulièrement le Centre. Du coup elle y est allée et a noué une relation très positive. Se sentant protégée sans être dépendante, capable d'avoir maintenant des échanges affectifs avec d'autres personnes, valorisée par le rôle qu'elle joue dans le Centre, ce qu'elle représente pour les autres et les activités qu'elle y exerce, elle est parfaitement heureuse dans son logement et l'angoisse a disparu. Elle a maintenant 81 ans.

En quelques mois elle est donc passée d'un système de défense rigide et devenu fragile à un état de maladie qui aurait pu devenir catastrophique, puis à un mode de relation avec l'environnement, enrichissant et capable de dominer l'angoisse sous-jacente profonde concernant le vieillissement. Ce cas illustre bien la précarité et les dangers de tout système de classification et la nécessité de le concevoir dans une perspective dynamique.

En effet, les organisations caractérielles sont classiquement décrites comme faisant partie inhérentes du processus de veillissement.

C'est ainsi que, à la suite de COURBON, l'autoritarisme, la rigidité dogmatique, la peur de ce qui est nouveau, la baisse de l'imagination, le refuge dans le passé, l'égocentrisme, la rancœur contre les jeunes, l'avarice, font partie traditionnellement du tableau de la « psychologie du vieillard ». C'est en somme une description « en négatif » de la sénescence, rattachée au concept de l'involution.

Cependant la mobilisation possible de ces traits de caractère, comme dans l'observation que nous avons rapportée, montre bien qu'il s'agit de modes de défense contre une angoisse sous-jacente, en relation avec le vieillissement. L'alternative, c'est la dépression, comme on peut souvent l'observer lorsque les défenses deviennent insuffisantes devant une réalité trop frustrante.

La littérature abonde en exemples de dépressions survenant chez des personnes vieillissantes dont on signale par ailleurs la rigidité de la personnalité antérieure. Les atteintes narcissiques que constituent les traumatismes et les pertes qui jalonnent le vieillissement mettent en cause l'identité de la personne, c'est-à-dire l'organisation de son Moi. Le maintien de l'identité est donc une nécessité, d'où une certaine part de conservatisme, plus ou moins prononcée, qu'on retrouve chez la majorité des personnes âgées. La référence au passé, avec la valorisation qui l'accompagne généralement, est une façon de restaurer le narcissisme. GOLDSTEIN a décrit la restriction de l'espace de vie des personnes âgées et a montré son caractère défensif par rapport à la peur du changement et l'angoisse du vieillissement.

La mémoire sélective éliminant les souvenirs qui revêtent un

caractère dangereux pour l'idée que le sujet se fait de lui-même, ou la sélectivité des impressions sensorielles, fréquentes chez les malentendants qui ne veulent pas entendre ce qui leur est désagréable, représentent d'autres formes de défense visant à écarter tout danger de mise en cause de l'identité.

C'est donc un autre aspect du narcissisme que nous révèlent les organisations caractérielles de la vieillesse. Il aboutit à un véritable affrontement avec l'environnement. Le maintien de l'identité passée se fait contre le milieu. C'est pourquoi on voit des hommes qui disposent d'un grand pouvoir, parvenir à un âge très avancé sans aucunement modifier leur habitudes, leurs activités et leurs conceptions et se trouver cités comme un bel exemple de longévité.

3 — Les interactions psycho-somatiques

Quelque soit son étiologie, purement psychogène ou biologique ou participant des deux, la maladie somatique s'intègre dans l'organisation générale de la personnalité et dans le mode de relation que l'individu noue avec l'environnement. C'est pourquoi nous n'avons pas voulu isoler les affections psycho-somatiques du cadre général de la pathologie somatique. Toutefois, notre but ici n'est pas de passer en revue la pathologie gériâtrique, mais d'essayer de comprendre comme elle s'intègre dans l'ensemble du processus du vieillissement.

a) La place de la maladie dans le champ de la personnalité

La maladie physique revêt pour la personne une signification particulière qu'étudie la psychologie médicale. On connait l'importance des travaux de BALINT et la technique des « groupes BALINT » pour comprendre de quelle manière la maladie s'inscrit dans la relation médecin-malade et comment le rôle de cette relation intervient dans le processus de guérison ou d'aggravation. Il est clair que la maladie est un véritable langage qu'il faut décoder pour en saisir la signification.

En ce qui concerne les personnes âgées, des travaux ont montré que la maladie était souvent vécue par elles comme une fatalité devant laquelle il n'y a pas grand-chose à faire ; également les conduites adoptées pour obtenir la guérison sont plus proches des croyances magiques que du raisonnement objectif.

Ces constatations se recoupent avec nos observations concernant la réaction à la maladie, parmi la population Centre de Jour.

a' - Maladies circonscrites

La personne ne se sent pas envahie par la maladie dans tout le champ de sa personnalité ; elle est capable de la considérer

d'un œil critique, comme un mal contre lequel elle peut lutter, et adopte à son égard des conduites rationnelles. Les services de rééducation connaissent bien ces handicapés graves, hémiplégiques par exemple, qui font preuve d'une bonne adaptation à la nouvelle situation créée par la paralysie, et participent activement à l'effort de rééducation.

En fait ces personnes aboutissent rarement dans un Centre de Jour, car l'aide dont elles ont besoin est limitée à leur handicap. Elles ont conservé, dans le cadre du vieillissement et malgré la maladie, la maitrise de leur existence.

b' - Maladies totalisantes

L'indication de Centre de Jour se pose précisément pour les personnes qui se sont laissées « envahir » par la maladie. Les réactions psychologiques sont telles, faites de désarroi, de dépression et d'anxiété, que la personne n'a plus de conduites actives pour essayer de lutter. Les médecins qui adressent des patients au Centre de Jour ont constaté que dans les cas que nous décrivons, ce n'est pas le malade qui les appelle, mais quelqu'un de l'entourage, tant le désir de lutter a disparu. La maladie est devenue en quelque sorte la référence de la personne. Passivité, dépendance, perte de l'autonomie en sont les corollaires.

Sur le plan de l'organisation de la personnalité, de tels états ont une valeur de régression, qui protègent d'une angoisse qui parait insurmontable. On les trouve en effet chez les personnes qui cumulent les difficultés : faiblesse de la personnalité, isolement, traumatisme, désinsertion sociale.

b) Les réactions psycho-somatiques

Les affections psycho-somatiques chez les personnes âgées n'ont pas les mêmes caractères que chez l'adulte jeune ou l'enfant, chez lesquels elles sont constituées très tôt en « maladies psycho-somatiques » (telles l'asthme, l'eczéma, l'ulcère, certaines hypertensions artérielles, pour ne citer que les plus fréquentes), qui participent d'un certain mode d'organisation psychique constitué à partir de la relation mère-enfant. Ces maladies « traversent » toute la vie de l'individu et se retrouvent bien entendu, à l'âge de la vieillesse.

Mais certaines de ces affections n'apparaissent qu'avec le vieillissement et revêtent donc un caractère particulier. Si la structure psychologique n'y est pas étrangère, expliquant les différences de réactions de personnes placées dans les mêmes conditions et subissant des traumatismes analogues, les facteurs déclenchants dans l'environnement ont une importance plus grande, et l'aspect « réactionnel » est donc plus manifeste.

Par exemple, telle personne fait une perforation d'ulcère peu de temps après avoir été relogée dans le 13e arrondissement. Telle autre présente une amaurose transitoire peu de temps après avoir pris sa retraite. Chez une autre, on constate l'apparition d'une hypertension artérielle après veuvage. Une autre encore, également à la suite du décès de son conjoint, souffre de vertiges importants.

Afin de souligner le caractère différent de ce type de manifestations, par rapport à ce qu'on appelle habituellement les maladies psycho-somatiques, BUSSE, propose de les appeler réactions psycho-physiologiques.

a' - **Mécanismes psychologiques**

Il semble bien que la situation particulière qui est faite à la vieillesse, situation de rupture des communications avec l'environnement, joue un rôle imoortant en bloquant les émotions et en les amenants à s'exprimer d'une autre façon que dans le cadre d'une relation à autrui. BUSSE évoque ce phénomène de blocage des émotions. Nous avons déjà cité ENGEL qui établit une relation entre le déclenchement d'une maladie somatique et un état de surtension nerveuse.

Nous pouvons saisir le mécanisme psycho-somatique à l'état pur dans le cas suivant : Monsieur R. est un homme de 75 ans. C'est cet homme que nous avons cité plus haut, qui a présenté une hypertension artérielle, d'ailleurs modérée, après son veuvage. Lorsqu'il vient pour la première fois au Centre, il est veuf depuis 15 mois ; déprimé, il ne sort pas de chez lui, a cessé de s'intéresser au bricolage qu'il aimait faire, et reste maintenant inactif.

Il exprime peu sa dépression et contient en permanence ses émotions. Par exemple, il ne donne pas d'explications sur son refus de venir au Centre de Jour, malgré les conseils de son médecin. Nous devinerons plus tard que cela représentait pour lui une peur d'entrer dans une relation de dépendance et par conséquent de se sentir diminué. Cependant son fils, un jour, réussit à nous l'amener. L'entretien que nous avons avec lui est pauvre, quoique cordial ; il ne dit rien de ce qu'il ressent. Mais au cours de la visite du Centre, qui représente la véritable prise de contact, il est subitement pris de malaise, s'affaisse, perd connaissance, vomit et se met à ronfler, ce qui nous fait craindre un accident vasculaire sérieux. Cependant, il reprend conscience au bout de quelques minutes, la tension artérielle qui avait chûté, remonte ; il ne conserve aucune séquelle. Mais la grande émotion restée contenue à l'idée de venir au Centre (qui l'avait empêché de dormir la nuit précédente) avait dû trouver un mode de décharge somatique.

b' - **L'exemple de l'artériosclérose**

On sait que les maladies dites dégénératives ont remplacé au premier plan la pathologie infectieuse, autrefois prévalente. Mais si pour des affections comme certaines maladies nerveuses par exemple, le processus dégénératif ne fait pas de doute, pour d'autres comme le cancer, l'influence de l'environnement et même de l'état psychologique apparaît de plus en plus probable. Cette intrication de plusieurs facteurs est encore plus évidente dans la maladie artériosclérèuse. Sans envisager les facteurs héréditaires, ethniques et diététiques, encore que le comportement alimentaire se rattache directement à la psychologie de la personne autant qu'aux habitudes culturelles, on peut constater que les très nombreuses études psychologiques faites auprès de sujets artériosclérèux nous apportent peu de renseignements. C'est qu'elles se situent, en général, au niveau des comportements, des traits de caractère, des symptômes et non au niveau de l'organisation de la personnalité tout entière, inscrite dans un environnement.

Cependant, on a noté à plusieurs reprises la fréquence avec laquelle les individus artériosclérèux s'identifiaient totalement à leur activité professionnelle, comme s'ils n'avaient d'autre identité.

En fait, il semblerait bien que ces personnes ont à faire face continuellement à une angoisse profonde de destruction, vers laquelle finalement elles tendent inévitablement, comme le montrent le besoin de fumer et de manger de façon excessive, l'hyperactivité permanente et l'impossibilité de se détendre ; ce comportement cache une anxiété profonde.

Pour combattre l'angoisse, elles réagissent par une activité de création permanente qui s'exerce et se réalise dans le domaine professionnel et se traduit par l'esprit d'initiative et d'entreprise, l'efficacité, la réussite, le goût de la compétition, l'agressivité contenue, toutes choses qui ont été notées dans les études psychologiques.

On voit alors comment s'articulent le processus dégénératif dépendant de facteurs biologiques en rapport avec le vieillissement, l'organisation psychologique à partir de l'élément déterminant qu'est l'angoisse de destruction sur laquelle nous aurons à revenir, et l'influence de l'environnement puisque les défenses mises en jeu sont précisément reconnues et renforcées en tant que valeurs culturelles de notre Société. On conçoit que ces sujets ont pu être qualifiés « d'hypernormaux » puisqu'ils sont remarquablement bien adaptés à la Société. Ils n'imaginent pas qu'ils puissent être « malades » jusqu'au jour où la conjonction du processus biologique et d'un échec dû aux limites qu'impose la réalité au désir de création et de réussite, ou en relation avec la révélation que les valeurs sur lesquelles s'étaient bâties l'identité de la personne ne

conviennent plus à la nouvelle situation créée par le vieillissement, est à l'origine d'un accident cardio-vasculaire.

c) **Compréhension de l'organisation psycho-somatique**

De fait, l'adaptation de ce type de personnalité aux conditions du vieillissement s'avère extrêmement difficile. Remarquons qu'il s'agit plus souvent d'hommes que de femmes ce qui n'est peut-être pas sans rapports avec le fait que les valeurs en cause correspondent volontiers à un « idéal viril ». Leur mode de fonctionnement correspond bien à une analyse psycho-dynamique des malades psycho-somatiques faite par MARTY : sous le terme de dépression psycho-somatique, ou encore de « dépression essentielle », l'auteur note l'absence de psychopathologie expressive et de vécu émotionnel : le patient parle de sa maladie comme s'il ne s'agissait pas de lui. Ce qui correspont à un « abaissement marqué du tonus libidinal ». En d'autres termes, il n'y a ni plaisir, ni déplaisir, mais un fonctionnement sur un mode purement opératoire de la personnalité. Cette disparition de la libido, aussi bien celle orientée vers les « objets » extérieurs que celle tournée vers l'individu lui-même (libido narcissique) est le signe d'une véritable dépression chronique qui n'apparait pas cependant comme un symptôme, car elle se cache « derrière le masque social de la bienséance ». C'est reprendre en d'autres termes la description de ces patients « hyper-normaux » dont nous avons parlé plus haut.

Mais l'absence de libido, manifestation fondamentale de « l'instinct de vie », nous confronte avec « instinct de mort ». « Je crois que la dépression essentielle constitue ainsi l'une des manifestations cliniques majeures de la préséance de l'instinct de mort » dit MARTY.

On sait que l'instinct de mort est l'un des concepts les plus discutés de FREUD. Il y a probablement lieu d'établir une distinction entre désir de destruction et instinct de mort qui est le retour à un état organique. Nous avons davantage noté l'angoisse de destruction chez les personnes âgées présentant des manifestations psycho-somatiques. Nous retrouverons cette notion au cours de l'analyse d'autres états pathologiques. Mais retenons actuellement, d'une part la relative fréquence parmi la population âgée de maladies participant à la fois d'un processus dégénératif et d'une organisation psychologique dans laquelle l'environnement, sous l'aspect des valeurs culturelles n'est pas étranger.

D'autre part, nous avons noté les liens qui unissent ce type de pathologie à la dépression sous forme d'une dépression essentielle, chronique, pour reprendre les termes de MARTY et à l'angoisse de destruction. C'est prévoir que nous allons retrouver le narcissisme comme explication unifiante de ces phénomènes.

4 — Les névroses

Les névroses de la sénescence sont d'une manière générale largement ignorées dans la littérature.

Il a fallu attendre les années 30 pour qu'on reconnaisse à l'affectivité la place qui lui revient dans la pathologie de la vieillesse, les travaux étant jusque là consacrés à la pathologie déficitaire.

KAPLAN, CAMERON, LOWENTHAL, aux Etats-Unis. ROTH, KAY, BEAMISCH, POST, en Angleterre. MULLER, CIOMPI, en Suisse, ont montré la fréquence méconnue des troubles affectifs au cours de la vieillesse mais ont surtout parlé de psychoses car leurs études sont faites sur une population hospitalière.

En ce qui concerne les névroses, il y a peu de travaux. Les psychiatres classiques de la fin du XIXe siècle et du début du XXe siècle (FLEURY, MAGNAN, SEGLAS, CAPGRAS, PITRES et REGIS) ont rapporté des cas de névroses hystériques et obsessionnelles ayant débuté après 50 ans. Mais ils les rattachent, soit à la « dépression présénile » soit à la théorie de la dégénérescence alors en honneur, soit à une constitution pré-morbide.

Quelques psychanalystes surtout aux Etats-Unis ont parlé des névroses à propos de psychothérapies faites chez des sujets âgés. DEDIEU-ANGLADE a résumé leurs travaux. OULES, BALIER, ont par ailleurs présenté plusieurs publications sur les névroses du 3e âge.

On peut évidemment, comme cela est fait généralement, passer en revue les divers troubles névrotiques et voir leur symptomatologie au cours de la vieillesse. En fait, l'étude de la population Centre de Jour, met en évidence **la grande fréquence de ces troubles,** et pour la majorité d'entre eux leur début au moment de la vieillesse chez des sujets qui jusque-là n'en avaient pas souffert. Il nous paraît du plus grand intérêt de souligner ce qui n'a été relevé que tout à fait occasionnellement (OULES) à savoir que les névroses de la sénescence ont un caractère spécifique, bien qu'il ne soit pas exclusif : elles appartiennent au groupe des **névroses actuelles** et la

compréhension de ce problème clinique va ajouter à notre connaissance du phénomène du vieillissement.

a) **Le groupe des névroses actuelles**

On sait qu'il a fallu attendre FREUD et l'essor de la psychanalyse pour mettre de l'ordre dans les névroses, jusque-là mal connues. FREUD a notamment opposé les trois grandes névroses de transfert (hystérique, phobique, obsessionnelle) qui se développent tout au long de l'existence à partir de la réactivation de conflits infantiles, aux névroses actuelles dues à une insuffisance d'énergie libidinale, soit d'origine constitutionnelle, soit pour des motifs divers mais quasi-organiques à partir d'un certain moment de la vie. FREUD fait entrer dans le cadre des névroses actuelles : la névrose d'angoisse à expression somatique (contractions d'estomac, de l'œsophage etc...), la neurasthénie de BEARD tombée depuis en désuétude, l'hypocondrie et la névrose traumatique.

La caractéristique clinique des névroses actuelles est la fréquence et l'intensité des symptômes somatiques. Il n'est que de les citer pour s'en rendre compte : il s'agit en effet de la vieille neurasthénie avec tout son cortège de symptômes physiques si luxueusement décrits, l'hypocondrie avec toutes ses préoccupations concernant le corps et qui est la plus fréquemment rencontrée chez les personnes âgées, la névrose d'angoisse dans laquelle l'angoisse est liée à des sensations physiques et qui prend souvent chez la personne âgée une forme moins bruyante que BUSSE décrit sous le terme d'anxiété morbide. Ce que nous devons retenir des descriptions cliniques de ces névroses, c'est le luxe de détails des symptômes physiques que le malade se complait à décrire à son médecin. Ceci n'est pas sans signification et elle est autre que la plus facile qu'on en donne habituellement : à savoir un moyen pour la personne âgée d'attirer l'attention sur elle. Encore que les bénéfices secondaires de la maladie existent bien réellement.

Les névroses actuelles n'ont pas suscité l'intérêt qui a été accordé aux névroses de transfert car, selon la définition de FREUD, on ne trouve pas à leur origine les conflits infantiles dont le symbolisme se traduisant à travers les symptômes a permis une quantité innombrable de travaux et rend passionnante toute investigation. Pour FREUD, nous l'avons vu, c'est un manque d'énergie libidinale qui fait que le sujet n'a pas la force d'investir le monde extérieur et en est réduit à l'investissement de son propre corps d'où la variété des symptômes physiques décrits.

Quelques auteurs ont cherché à réhabiliter l'intérêt des névroses actuelles en montrant qu'on retrouvait des conflits psychiques comme dans les autres névroses, mais plus superficiels et se manifestant au travers de symptômes corporels. SCHILDER, notamment a été à

l'origine de cette tentative mais elle date de 1933 et ne semble jamais avoir été reprise depuis.

Pour nous, l'intérêt des névroses actuelles au cours de la vieillesse ne réside pas dans le fait qu'elles traduisent ou non des conflits psychiques, mais dans le fait qu'elles mettent en cause le fonctionnement du corps, dont on n'a pas besoin de souligner l'importance qu'il revêt au cours du vieillissement, (pas seulement en tant que « corps biologique » mais aussi bien en tant que corps-élément de l'identité de la personne), ainsi que la situation particulière aux personnes âgées dans un milieu environnant.

Il faut conserver, comme base de discussion, l'interprétation pathogénique de FREUD : s'agit-il, comme il l'avançait, d'un défaut d'énergie libidinale constitutionnel ou après épuisement, ou bien le rôle du milieu intervient-il pour expliquer le début des manifestations névrotiques au moment du vieillissement, et en ce cas comment ce rôle peut-il se raccorder au fait que les manifestations sont à prévalence corporelle ? Avant d'aborder ces problèmes, nous ferons un bref rappel clinique à l'aide de deux observations :

Madame G. 63 ans, a souffert d'une névrose d'angoisse après l'effet conjugué de trois facteurs : son départ en retraite, son relogement dans l'une des « tours » du 13e Arondissement, et un conflit avec son mari qui l'empêchait de voir ses parents, avec lesquels il ne s'entendait pas. Les angoisses se manifestaient par des spasmes divers qui la paniquaient et la faisaient littéralement courir chez son médecin pour y recevoir une injection calmante. Le traitement ne pouvait venir à bout de ses angoisses. Son sentiment était qu'elle était devenue inutile, et qu'elle était seule. Venue au Centre de Jour, elle y a joué rapidement un rôle à l'égard des autres personnes et les angoisses ont disparu, lui permettant d'abandonner pratiquement toute médication. L'une de ses phrases est très symptomatique de ce qu'éprouvent les personnes âgées qui ont souffert d'une névrose actuelle : « Je me sens redevenue comme avant ». Effectivement, ces personnes se sentent profondément changées et elles en sont désespérées. Elles disent : « Il y a quelque chose de cassé en moi, je ne suis plus la même ». Et d'accuser bien sûr, le vieillissement d'en être responsable.

Madame P. 75 ans, présente un tableau typique de neurasthénie, depuis qu'elle a arrêté de travailler 2 ans auparavant : anxiété permanente, tristesse, insomnie, céphalées, troubles digestifs etc... Elle est si concentrée sur ses troubles, incapable d'écouter qui que ce soit, que nous hésitons à l'intégrer dans un groupe de psychothérapie. Pour elle aussi tout était changé, elle ne se reconnaissait plus car auparavant, infirmière, elle avait passé son temps à s'occuper des autres. La perte de cette activité lui avait ôté toute confiance en elle et avait fait naître un sentiment de solitude pénible qui l'amenait à évoquer, comme les autres d'ailleurs en séance de groupe, une enfance dénuée d'affection.

Ces deux courtes observations sont caractéristiques par leur banalité même. Nous pourrions en citer des dizaines semblables, et les médecins généralistes connaissent bien ces malades, car du fait même de leurs préoccupations corporelles, ce sont eux qu'ils vont voir et non le psychiatre.

L'expression est toujours pauvre, faite de multiples plaintes. Il n'y a pas d'élaboration psychique se traduisant par des associations d'idées révélant des conflits intérieurs. Par contre, une grande demande d'amour en relation avec des carences affectives précoces et exprimant un besoin de complétude narcissique.

b) **Compréhension des troubles**

Le vécu corporel tient une place prédominante dans les névroses actuelles. Nous atteignons une nouvelle couche du narcissisme, en quelque sorte plus profondément enfouie dans la personnalité, moins directement en rapport avec la vie relationnelle comme dans la dépression, ce qui donne cette impression d'inaccessibilité à la thérapeutique. Si les médicaments n'ont guère d'effets, la psychothérapie classique n'est pas plus heureuse..

FEDERN, qui est un des rares psychanalystes à s'être intéressé à la neurasthénie, dit qu'elle est la conséquence de troubles de l'investissement du Moi corporel, qu'il distingue du Moi « global ». Retenons cette notion de Moi corporel déjà utilisée par FREUD, et le fait que tout le monde s'accorde pour dire que les symptômes des névroses actuelles traduisent une perturbation du narcissisme. Mais à quel niveau et de quelle façon ?

La perception du corps s'établit progressivement au travers d'expériences précoces et c'est le mérite de SPITZ, au cours de ses travaux sur les nourrissons, d'avoir attiré l'attention sur une organisation cœnesthésique ou « réceptivité cœnesthésique » précoce liée aux rapports du nourrisson avec sa mère. Il s'agirait d'une sensibilité se situant à un niveau viscéral, émotionnel primitif, où entreraient en ligne de compte : l'équilibre, la tension musculaire, la posture, la température, la vibration, le contact cutané, le rythme, le son et probablement l'odorat. Une étude filmée, réalisée par SOULIÉ et Myriam DAVID, montre très bien les différences de réactions du nourrisson selon le comportement de sa mère, un lien étroit s'établissant au travers d'un langage infra-verbal.

Sans chercher à penser en termes anatomiques, il faut bien néanmoins que ces diverses expériences s'organisent en une sorte de noyau cohérent fonctionnel, qui forme la base de la personnalité, sur laquelle viendront se greffer ensuite d'autres expériences. SCHILDER, avec le concept de schéma corporel, a tenté de rassembler au niveau d'une structure, toutes les données concernant le corps, sa place dans l'espace et sa relation avec l'environnement. Mais on lui reproche maintenant d'avoir traité au même niveau des

notions aussi différentes que les afférences sensitives, le vécu affectif et la relation à autrui.

Les psychanalystes conçoivent le psychisme, on le sait, comme une structure organisée autour de trois instances fondamentales, sans localisations anatomiques : le ça, représentant les pulsions, le Moi, au niveau duquel les pulsions subissent un travail d'élaboration pour être adaptées à la réalité, le Surmoi, instance de répression représentant l'intériorisation des parents interdicteurs. Or le Moi, sur lequel s'appuie le sentiment d'identité, est lié directement au corps par lequel s'établissent les relations avec l'environnement, et FREUD a parlé d'un « Moi corporel », base à partir de laquelle s'organise ensuite un Moi plus élaboré.

E. et J. KESTEMBERG, dans une étude sur la constitution de la personnalité à travers le développement de l'enfant, donnent le nom de Soi au tout premier noyau permettant au nourrisson de se différencier de sa mère. Il permettrait un début de perception des limites du corps, limites encore floues et mobiles, dans le cadre d'une relation encore très proche avec la mère ; mais l'investissement du Soi par l'enfant, sous forme de capacité à se donner du plaisir (autoérotisme représenté par la répétition de mouvements ou succion du pouce, par exemple) permet la toute première conscience d'une identité séparée de celle de la mère. Ce serait la première manifestation de la libido narcissique, quoique encore intriquée à la libido objectale dans le cadre de la relation à la mère.

On retrouve donc au niveau du Soi les éléments essentiels que nous avons identifiés dans leur forme perturbée, dans les névroses actuelles : atteinte profonde du narcissisme avec références aux premières relations avec la mère, inscription au niveau d'un vécu corporel de sensations vécues sur le mode du déplaisir, remise en cause de l'identité puisque les patients se disent « changés » de façon définitive : « il y a quelque chose de cassé ».

Les sensations de déplaisir ressenties concernent précisément les sensations les plus primaires, celles décrites par SPITZ : sensation de froid, dysfonctionnement des organes viscéraux, tension musculaire, vertiges (que nous retrouvons très fréquemment dans la pathologie des personnes âgées, sans perturbation des examens objectifs).

E. et J. KESTEMBERG proposent de considérer le Soi comme une instance spécifique étroitement inscrite dans le vécu corporel, différente du Moi et conservant **un destin fonctionnel propre.** Cette proposition est du plus grand intérêt car elle rejoint nos propres constatations, d'un fonctionnement du Soi probable au cours du vieillissement, et dont la défaillance se traduirait précisément par les manifestations de névroses actuelles.

Les auteurs limitent leurs observations, en ce qui concerne le vieillissement, à la période de la ménopause, probablement parce

que leur expérience psychanalytique ne leur a pas permis d'aller au-delà.

Nous reprendrons ce problème dans le cadre d'une conception générale du vieillissement, en rapport avec les données sociologiques et culturelles, ainsi qu'avec les faits biologiques. Mais disons de suite que le destin du Soi, au travers du cycle de vie, nous parait une voie prometteuse de recherche.

Avec la notion de Soi, nous atteignons une autre couche du narcissisme, certainement la plus profonde, la plus proche du fonctionnement organique. Et ceci comporte des implications thérapeutiques importantes : créer un climat propice à la réminiscence d'un vécu infantile familier et rassurant, rappelant les bonnes expériences, en y intégrant le vécu corporel, en constitue la trame de fond. En d'autres termes, créer les meilleures conditions permettant la réintériorisation du bon objet maternel mais avec cette particularité de mettre en cause le corps et donc d'introduire un langage infra-verbal.

Diverses techniques réalisent cet objectif, et permettent de restaurer le narcissisme fonctionnant au niveau du Soi. Tout se passe comme si la personne était dotée d'une nouvelle énergie. Nous ne pouvons entrer dans le détail du mécanisme. Disons seulement qu'il n'a rien à voir avec la conception de W. REICH (transmission d'une énergie cosmique) ; mais il faut rendre justice à celui-ci, d'avoir attiré l'attention sur l'importance du plaisir et du corps, en réaction à la valorisation de la parole par la psychanalyse orthodoxe.

L'amélioration constatée chez certaines personnes est vécue, parfois, dans un véritable état d'élation : on le comprend facilement quand on pense qu'elles avaient le sentiment d'être changées de façon définitive, puisque c'était la vieillesse.

5 — Les états déficitaires

La présence de maladies physiques entrainant un certain degré d'invalidité, peut colorer diversement le tableau d'un état dépressif ou d'une névrose. Mais elles ne peuvent pas être considérées séparément, car elles sont forcément investies affectivement selon l'état psychologique du patient ; de sorte que si l'on ne tient pas compte de ce facteur, on risque de s'épuiser en vains efforts thérapeutiques, car le malade peut « tenir » à sa maladie, qui constitue en quelque sorte une identité et lui donne droit à une reconnaissance par son entourage ; de cette façon il peut se sentir soulagé d'une anxiété créée par un sentiment de vide intérieur et une mise en cause plus profonde de son identité.

Avec les états que nous appellerons déficitaires, un certain degré d'invalidité physique se trouve en général encore plus étroitement lié à un comportement et à un vécu psychologique : invalidité qui

peut être la cause d'un vieillissement accéléré aussi bien que d'une maladie.

Cependant, il n'est pas obligé que l'état déficitaire soit définitif comme on a l'habitude de l'entendre. Il peut y avoir réversibilité, ce qui est classique pour des états aigus, comme la confusion mentale, mais également pour des états au long cours. En fait, peu de médecins croient à cette réversibilité ou au moins à une amélioration possible, de sorte que l'abstention thérapeutique qui est de règle n'a aucune chance de renverser la situation. Il faut reconnaitre que l'organisation déficitaire de la personne âgée s'inscrit dans un véritable langage avec l'environnement, langage qui a sa raison d'être avec toute une présentation en conséquence bien faite pour décourager toute entreprise thérapeutique. Mais aussi bien dans les travaux de la psychiatrie classique que chez des auteurs contemporains, cette notion de réversibilité a de temps en temps été relevée ; on parle de pseudo-démences par exemple, ou de démences réversibles ; DAUMEZON a signalé ce qu'il a appelé des états régressifs aigus, donnant l'apparence de démences profondes tandis que POSTEL a travaillé sur ce qu'il a appelé « les défaillances psychiques des vieillards ».

Un exemple nous montrera comment se présente une telle pathologie : Madame B. âgée de 65 ans, avait perdu son mari depuis 3 mois lorsqu'elle a été mise en retraite. A cette même époque, elle est venue s'installer dans un immeuble neuf, le couple ayant décidé d'acheter un appartement pour s'y loger lorsqu'ils seraient tous deux à la retraite.

Ces trois changements et stress successifs ont déclenché un véritable état de panique. Affolée, Madame B. a pensé qu'elle ne ferait jamais face aux difficultés de l'existence bien que sa sœur s'occupât beaucoup d'elle. Elle a dû être hospitalisée rapidement pour un état dépressif.

A l'hôpital, la dépression a pris tout de suite une allure torpide. Il n'y avait pas de véritable tristesse ni de vécu douloureux, mais un « tædium vitæ » qui paraissait amortir les sentiments. Le contact était lointain ; la malade semblait « absente ». Bientôt de petits troubles de mémoire apparurent : oublis de mots, de certains faits récents, oublis de la date. Malgré le traitement antidépresseur et la stimulation apportée par l'environnement institutionnel, les choses allèrent en empirant. Fait remarquable, en quelques mois la malade maigrit beaucoup, son dos se voûta, ses cheveux blanchirent, sa peau se dessécha, si bien qu'elle prit l'allure d'une « petite vieille ». Elle refusait de s'occuper, se plaignait constamment de diverses douleurs, se recouchait dans la journée.

Bien entendu, elle était incapable, non seulement de formuler un projet d'avenir, mais refusait d'en parler. Une sortie de l'hôpital, même dans des conditions protégées paraissait impossible. Un

placement en maison de retraite s'est d'ailleurs rapidement soldé par un échec.

Ce n'est qu'en nous souvenant de ce qu'elle avait pu être quelques mois auparavant, avant les traumatismes, que nous résistions au diagnostic de détérioration démentielle, qui semblait s'imposer de plus en plus. Puis après huit mois d'hospitalisation avec une thérapeutique institutionnelle active, la malade sortit peu à peu de son état déficitaire. Elle reprit quelque confiance, accepta de faire des courses à l'extérieur de l'hôpital avec une infirmière, ce qui depuis longtemps était devenu impossible, car elle était complètement désorientée dès qu'elle se trouvait en dehors du pavillon.

On put faire des projets d'avenir, et depuis plusieurs années elle vit dans un foyer de post-cure, c'est-à-dire dans des conditions semi-protégées. Elle n'est pas redevenue ce qu'elle était auparavant, mais elle n'a plus le comportement de grande déficitaire qu'elle avait adopté et les symptômes de détérioration ont largement disparu depuis longtemps. On peut légitimement se poser la question de savoir ce qu'elle serait devenue dans d'autres conditions et quel est l'avenir de tels malades dans des services hospitaliers non équipés pour les traiter.

Ces états déficitaires ne peuvent pas être appelés « réversibles » pour une double raison : cette terminologie introduirait un malentendu avec les états de confusion mentale dont la caractéristique est précisément d'être réversibles ; par ailleurs, il se peut qu'assez souvent, comme dans le cas que nous avons présenté, la récupération ne soit pas totale. Ils ne peuvent pas non plus être appelés « fonctionnels », car dans certains cas, dont la fréquence est difficile à estimer, il peut y avoir au départ un déficit localisé, d'origine organique, autour duquel s'organise toute une pathologie déficitaire, améliorable. Mais il n'y aurait pas de frontières bien établies entre des symptômes représentant des lésions organiques et des symptômes fonctionnels. Aussi, pour échapper à cette dichotomie si formellement établie depuis longtemps et si néfaste, nous en restons simplement à l'appellation : « états déficitaires » sachant que dans tous les cas la personnalité du malade, son histoire, la nature des stress qu'il a subi, son environnement, la thérapeutique, jouent dans l'évolution un rôle au moins aussi important que les lésions organiques.

Symptomatologie

La symptomatologie est variée et non spécifique, sauf à s'organiser en un ensemble déficitaire qui fait poser, en général, le diagnostic vague de « sénilité ». Le ton de l'humeur relève plutôt de l'anxiété et de l'indifférence à l'environnement que de la tristesse, mais ressort cependant du registre dépressif. Le déficit des fonctions intellectuelles : mémoire, orientation, attention, est constant, mais plus ou moins prononcé.

Lorsqu'il constitue l'essentiel du tableau clinique, celui-ci correspond alors au diagnostic de « détérioration simple » qu'on trouve dans toutes les nosographies, mais dont on ne sait pas très bien si c'est une simple question de degré qui le distingue des démences. Il ne semble pas qu'il y ait de troubles du jugement, de sorte que le comportement reste cohérent, le malade ne posant pas de problèmes, pourvu qu'il se trouve en un lieu protégé. Aussi est-ce peut-être ce signe qui établit la plus sûre frontière entre détérioration et démence.

Mais fréquemment on trouve également des symptômes de la série névrotique, l'hypocondrie étant généralement au premier plan. Les phobies associées ou non à des vertiges, sont fréquentes et alléguées par le malade pour restreindre son espace de vie : il a peur de tomber dans l'escalier, d'avoir un vertige dans la rue, d'être bousculé etc... Ces phobies, chez une personne dont l'état physique est précaire et l'apparence sénile, forment un tableau convaincant, on s'en doute, propre à susciter une connivence inconsciente avec un entourage prompt à adopter la conception de l'origine purement organique du déficit et à réagir par une attitude hyperprotectrice.

Signification des symptômes

En dehors de la conception classique reliant directement le déficit des fonctions intellectuelles à une atteinte organique du cortex cérébral, quelques auteurs ont proposé une interprétation dynamique de l'état déficitaire. Ce n'est pas qu'il faille nier l'intervention d'un facteur organique. Mais il est évident qu'il doit être intégré dans l'ensemble de la personnalité. Ainsi certaines personnes très âgées conservent une adaptation de surface remarquable, alors qu'un examen attentif ou des tests révèlent une détérioration importante. D'autres au contraire, apparaissent très diminués et surprennent tout à coup par la pertinence de leurs propos, traduisant une compréhension de la situation qu'on attendait pas d'elles.

Pour GOLDSTEIN, les réductions de l'espace de vie et du champ des intérêts sont des moyens de défenses contre l'angoisse suscitée par la perception d'un monde devenu trop dangereux par rapport aux capacités de la personne.

Pour LAI, ce qu'elle appelle le syndrome psycho-organique constitue dans certains cas une fonction de défense à l'encontre d'une dépression sous-jacente. Et de fait, dans le travail sur les dépressions de la sénescence de CIOMPI et LAI, on trouve plusieurs observations dans lesquelles la dépression disparait avec l'installation d'un syndrome psycho-organique de déficit.

A l'appui de son interprétation LAI rappelle que le caractère électif de certaines amnésies a été souligné par WILLIAMS et JACO - KAUFMANN - GROTJHAHN - LINDEN.

Si le processus déficitaire a une fonction défensive, il est donc par définition de nature dynamique et non purement mécanique comme conséquence directe de lésions du cerveau. Mais encore une fois, les deux aspects, organique lésionnelle ou non et dynamique ne s'excluent pas, une petite atteinte localisée, pouvant servir de point d'appel à une organisation déficitaire.

Celle-ci pourrait alors être le reflet d'un désinvestissement par la libido narcissique de toute une partie du fonctionnement du Moi, celle ayant trait aux capacités d'adaptation à la réalité en rapport avec les fonctions intellectuelles et instrumentales.

Les liens qui unissent déficit - détérioration et dépression ont très souvent été soulignés dans la littérature, et la psychiatrie classique française du XIXe siècle et du début du XXe siècle attachait une importance toute particulière à la « mélancolie d'involution », réunissant ainsi en un seul terme deux syndromes. Mais, pour elle, l'involution expliquait la dépression.

Dans une perspective dynamique, il se pourrait qu'on ait affaire à un processus circulaire : la détérioration (dûe à une attente organique ou survenant chez une personne n'ayant jamais beaucoup investi ses fonctions intellectuelles et les ayant peu utilisées) entrainant un désinvestissement (dépression), celle-ci aggravant la détérioration.

En ce cas le déficit aurait valeur de défense à l'encontre d'une angoisse d'abandon. Rappelons en effet que la dépression correspond de toute façon à une perte d'un objet d'amour.

C'est par ailleurs ce que nous suggère deux observations :

— L'état déficitaire semblerait survenir assez souvent chez des femmes dont toute l'existence a été faite de passivité. Elles se sont laissées mener par les évènements acceptant simplement leur destin sans chercher à exercer une fonction de maitrise. Absence d'utilisation des capacités intellectuelles, vie affective pauvre et sans reliefs, dépendance discrète, solitude, ce sont là des termes qui les caractérisent assez bien. Elles semblent réagir à l'angoisse d'abandon à laquelle elles sont confrontées, par un effacement de plus en plus marqué, l'amnésie et la désorientation leur permettant de vivre essentiellement au niveau de l'immédiat.

Mais parfois l'angoisse est plus bruyante, comme dans l'observation que nous avons rapportée.

— Deuxième observation : à plusieurs reprises, nous avons vu une détérioration importante s'installer chez une femme, après un long conflit latent qui toute la vie l'avait opposée à son mari. Tout se passait comme si le mari prenait au moment de la retraite sa revanche, et réduisait sa femme à l'état d'objet. En ce cas de larges pans d'activités étaient peu à peu désinvestis et abandonnés, le meilleur moyen pour éviter le conflit risquant de faire surgir l'angoisse d'abandon étant de laisser le mari s'occuper de tout.

Au reste, ce sont des maris « admirables », capables de prendre en charge la totalité des activités quotidiennes, y compris la toilette de leur épouse. Cependant, il existe encore très peu de travaux sur le rôle dynamique de la vie affective dans les états déficitaires. Aussi ce sont plus des hypothèses de recherche que nous présentons que des conclusions.

6 — Les psychoses

En abordant les psychoses, qu'on ne voit dans les Centres de Jour qu'à leurs décours ou en période calme, nous ne ferons que les situer dans le champ de la pathologie de la vieillesse. De plus, nous intégrons dans ce chapitre les démences, qu'on place généralement sous une rubrique à part (atteintes organiques), parce que la négation de la réalité, à laquelle elles aboutissent, en fait bien des psychoses, de même que le fonctionnement de l'affectivité en processus primaires ; par ailleurs, nous postulons que d'autres facteurs que celui organique interviennent dans la constitution de la démence, de sorte que la seule référence à l'atteinte lésionnelle nous paraitrait abusive.

a) Les psychoses affectives

Nous ne reviendrons pas sur la dépression dont la forme la plus spécifique est la mélancolie d'involution.

Les états délirants sont surtout constitués par le délire de préjudice, classiquement associé à des troubles de mémoire, et forme particulière des délires de persécution.

Les Anglo-saxons décrivent des délires paranoïdes, mais l'école française, plus restrictive, rattache ce terme nécessairement à la schizophrénie du sujet jeune, n'acceptant pas les schizophrénies tardives reconnues ailleurs ; quoiqu'il en soit, il est de fait qu'on trouve chez les personnes âgées des thèmes délirants fantastiques et peu construits, rappelant la structure du délire paranoïde classique.

Si l'on met de côté les états délirants ayant débuté avant l'âge de la vieillesse, et ayant persisté depuis, il faut souligner que les délires liés au vieillissement ont un caractère réactionnel, lié à la situation de la personne, sans pour autant que le rôle de la personnalité antérieure soit exclue, tout en étant moins prépondérant qu'à un âge plus jeune. C'est probablement ce qui explique qu'ils soient plus accessibles à la thérapeutique.

Tous les évènements successifs au cours du vieillissement

conduiraient certains sujets à un tel état de dénuement matériel parfois, affectif surtout, qu'ils utiliseraient le monde artificiel du délire pour y échapper. Ainsi en allait-il de cette dame que nous appelions la « Dame aux poupées », car tout son appartement était envahi de poupées auxquelles elles parlait et dont elle entendait des réponses.

Il s'agissait de poupées ou de têtes de poupées ramassées dans la rue et les poubelles, dont elle ne pouvait supporter l'état d'abandon. Il est clair que le délire avait ici valeur de compensation par rapport à un dénuement affectif extrême, et le fait qu'il s'agissait de poupées n'est pas un hasard, mais nous renvoit à la première situation d'abandon qui existe : celle en relation avec la frustration d'amour maternel.

b) Les démences

Nous ne parlerons que des démences artérioscléreuses et séniles, sans d'ailleurs les opposer l'une à l'autre, suivant en cela l'exemple de l'école de Genève, pour laquelle les démences sont le plus souvent mixtes.

On connait la définition de la démence basée sur un effondrement des opérations intellectuelles, dont l'étude a été renouvelée précisément par l'école de Genève, en introduisant dans ce domaine les données de la psychologie génétique, dont l'œuvre de PIAGET est la plus représentative.

Henri EY, cependant, complète cette définition par une appréhension plus globale de la démence : Il y a dit-il, altération de la trajectoire de la personnalité :

1) En tant que développement historique :

   « Le dément » perd conscience « de lui-même, de sa situation, de la continuité et de l'unité de sa personne sous la multiplicité des évènements »

2) En tant qu'échelle des valeurs :

   « Le dément est troublé dans son jugement, c'est-à-dire dans sa capacité de se placer dans une perspective logique et éthique ».

C'est-à-dire que le processus démentiel se situe au cœur de l'identité de la personne et pas seulement au niveau de l'atteinte des fonctions intellectuelles.

S'il en est bien ainsi, deux problèmes se posent : Y a-t-il ou non une relation directe entre l'étendue d'une atteinte organique du cerveau et l'importance des déficits des fonctions intellectuelles.

Si le processus se situe ailleurs, est-il repérable au niveau de la personnalité antérieure à l'apparition de la démence, avant que les symptômes cachent son existence.

A ces deux questions il n'existe que quelques éléments de réponse, car la quasi-totalité des travaux sur les démences a été centrée sur les aspects cliniques psychiatriques, l'épidémiologie, la mesure des aptitudes intellectuelles et l'anatomo-pathologie. En ce qui concerne le processus organique, si tout le monde s'accorde pour trouver des lésions à l'autopsie du cerveau chez les déments, lésions qui n'ont d'ailleurs pas un caractère spécifique (plaques séniles), quelques travaux montrent d'une part qu'il n'y a pas forcément de correspondance entre l'étendue des lésions et l'importance du déficit, et d'autre part que dans certains cas, on a pu trouver des lésions importantes chez des sujets qui n'étaient pas étiquetés déments.

Quant aux études sur la personnalité du dément, elles sont peu nombreuses et n'ont pu être faites, on s'en doute, que par l'intermédiaire de renseignements venant de l'entourage. Il semblerait, c'est du moins ce que l'on retrouve le plus souvent, qu'il s'agirait de caractères obsessionnels, ce qui demande à être interprété pour établir une relation avec la survenue et le développement de la démence.

Pour si parcellaires qu'elles soient, ces études sont très importantes car elles témoignent d'une tentative pour relier les démences à autre chose que le seul déterminisme biologique et considérer la personnalité du dément dans son ensemble et pas seulement comme un trouble touchant un assemblage de fonctions juxtaposées.

Nous resterons évidemment très prudents dans ce domaine, étant donné l'insuffisance des travaux. Des recherches orientées dans une autre perspective que la conception classique seraient nécessaires.

Cependant, on peut opposer la détérioration simple dans laquelle la personnalité n'est pas perturbée malgré l'atteinte des fonctions intellectuelles, parfois importantes, à la démence répondant à la définition de Henri EY, et qui se traduit par des conduites incohérentes et contradictoires, ce qui la fait entrer dans le cadre des psychoses.

Il y aurait alors non seulement déficit des fonctions intellectuelles, mais perturbation profonde de la personne par des pulsions destructrices, jusque là contenues au niveau de l'expression d'une identité sociale.

Démences et pulsions destructrices

A l'appui de cette thèse, nous fournirons quelques constatations qui n'ont en fait, que valeur d'indices, nécessitant des recherches approfondies que nous n'avons pas encore pu entreprendre :

1) Les déments, au sens où nous l'entendons, c'est-à-dire présentant des troubles importants du comportement, et tels que nous les voyons en milieu ouvert, avant toute

hospitalisation, sont souvent en conflit aigu avec leur entourage. Et ce conflit préexistait avant l'apparition des premiers symptômes. Leurs relations avec les autres semblaient être avant tout des relations de pouvoir, allant dans certaines familles jusqu'à la tyrannie domestique. Les conflits mère-fille, en particulier, ne sont pas rares.

2) Le début des manifestations démentielles est peut-être moins progressif qu'on veut bien le dire. Ce qui indiquerait qu'à partir d'un évènement donné, tout un comportement qui jusque là était « réussi » se modifierait.

Nous avons vu par exemple une femme de 75 ans, chef d'entreprise, qui forçait l'admiration de toute une « cour » qui l'entourait constamment et sur laquelle elle régnait par sa vitalité, son goût du sport, sa vie mouvementée.

Un petit accident vasculaire se manifestant par une agraphie discrète (lorsqu'elle écrivait, les mots devenaient illisibles seulement au bas de la page), fût suivi rapidement d'incohérences dans sa façon de conduire ses affaires, de négligences dans sa vie privée, comme si une désorganisation de sa personnalité était en cours, alors que les fonctions intellectuelles prises une à une restaient capables de performances tout à fait correctes.

3) Le caractère obsessionnel relevé dans certaines publications ne se manifeste pas seulement par des manies, des rites etc... mais par une relation de pouvoir avec autrui, une négation des sentiments, une capacité à considérer l'autre et soi-même comme un objet, ce qui traduit une aptitude particulière à une certaine forme de destruction. Rien n'est plus exemplaire que le comportement de cette femme démente que nous avons longuement suivie, et dont la personnalité antérieure était à l'évidence, de type obsessionnel.

Menant grande vie et réputée pour sa « forte personnalité », vers l'âge de 35 ans elle perdit dans des circonstances tragiques un enfant de 3 ans. Pendant 3 jours elle resta effondrée et on craignit pour sa raison. Le quatrième jour, après l'enterrement, elle reparut transformée devant sa famille et ses domestiques, décidant qu'il ne serait plus jamais question de la mort de cet enfant.

Le jour même, elle exigea de son mari des rapports sexuels complets et accoucha 9 mois plus tard d'un enfant qu'elle prénomma du même nom que celui qui était mort. Jamais plus il ne fût question de celui-ci, comme si rien n'avait existé. Psychologiquement, elle avait détruit l'enfant au-dedans d'elle-même.

4) Nous avons observé plusieurs cas d'améliorations importantes de déments, après justement que la thérapeutique relationnelle ait permis de rééquilibrer les forces destructives exprimées par eux.

Tous ces faits ne veulent pas dire qu'il faille nier un processus de détérioration, nerveux ou vasculaire, dans la survenue d'un état démentiel. Mais il s'y surajoute très certainement une dynamique interne à la personne, qui permet de rendre compte d'un trouble global.

5) L'élément dépressif, dans les démences, nous a paru pratiquement constant, pour peu qu'on se donne la peine de nouer un contact avec la personne, c'est-à-dire de dépasser le registre déficitaire de la symptomatologie. La conscience du trouble et de la perte d'identité est souvent étonnante comme l'a montré M. PICARD. Le degré de tristesse atteint alors est tel qu'on souhaite vite l'effacer par quelques mots rassurants et enjoués et s'aider des troubles de mémoire pour faire disparaitre l'émotion.

CHAPITRE III

INTERPRETATION DES DONNEES CLINIQUES

De l'analyse des changements qui jalonnent le vieillissement et d'une approche clinique des réorganisations de la personnalité, nous pouvons retenir un certain nombre d'axes directeurs, qui vont nous éclairer sur le processus même du vieillissement au niveau de la personne, et que nous pourrons reprendre en y intégrant la dimension sociologique dans la troisième partie de ce travail.

Nous avons évité de nous enfermer dans une opposition entre la normalité et la pathologie, dont les limites sont indécises et sujettes à des remises en cause. De même, nous avons essayé d'échapper à la dichotomie somatique-psychique en se référant à une unité psycho-somatique de la personne.

Ce faisant, nous avons tracé un tableau d'ensemble de la pathologie du sujet âgé, à partir de la population Centre de Jour, cherchant à situer les différents types de manifestations par rapport à un cadre général et dans le contexte du processus du vieillissement, et à en comprendre la signification. Mais nous n'avons voulu ni établir un tableau complet de toutes les possibilités pathologiques à l'âge de la vieillesse, ni traiter tel ou tel syndrome en fonction de la fréquence de sa représentation parmi la population Centre de Jour. Il est évident par exemple, étant donné le mode de fonctionnement d'une telle institution qui exige un certain degré d'autonomie de la personne qui y est traitée, que les démences y sont très peu représentés.

1 - Le vieillissement : problème d'identité

Les faits cliniques, aussi bien qu'une nouvelle appréhension des changements qui surviennent au cours du vieillissement, nous ont montré que le seul critère d'involution qui a tenu lieu pendant si longtemps, à la suite de COURBON, de théorie rendant compte de

tout ce qui survient au cours de la vieillesse, est pour le moins insuffisant.

Si, incontestablement, certaines fonctions, certaines aptitudes physiques et intellectuelles, et d'une manière générale les facteurs biologiques sont touchés par un processus involutif, il n'est pas possible de dire pour autant que la personnalité entière participe de ce processus.

Nous avons vu que les auteurs parlent beaucoup plus maintenant de changements, à la fois touchant l'environnement et inhérents à la personne physique et psychologique, introduisant des crises qui vont provoquer des remaniements chez le sujet vieillissant, dans sa façon d'être et dans sa façon de penser.

Des remises en cause vont avoir lieu, accompagnées d'inquiétude, voire d'angoisse ou de dépression, qui appellent l'intervention de systèmes défensifs et un rééquilibrage de l'attitude de l'individu dans ses relations avec l'environnement et par rapport à son propre passé.

Ainsi la voie se trouve ouverte pour essayer d'avoir une approche dynamique des faits touchant le vieillissement, qui va dicter notre appréhension de la pathologie. Ce n'est plus en termes mécanicistes de déficits touchant les organes et entrainant des déficits dans les divers secteurs d'activité de la personne âgée, mais dans la perspective de remaniements de la personnalité derrière lesquels il faudra comprendre le jeu de forces internes.

Ce n'est donc pas à un processus unique, ayant sa logique interne qu'il faut se référer pour une explication des faits du vieillissement, mais à une interréaction de facteurs parmi lesquels l'environnement tient une place prépondérante. Mais ce n'est pas pour autant qu'il faudrait tomber dans l'excès inverse et ne chercher d'explication que seulement sociologique : ce serait oublier les déterminismes biologiques et ce serait ne pas tenir compte de l'existence du sujet en tant que personne, comme nous y invitent certains travaux sur lesquels nous reviendrons.

Nous avons vu que de nombreux auteurs interprêtent maintenant les changements au cours du vieillissement en termes de pertes, ce qui ne veut pas dire forcément que les effets en soient négatifs, mais introduit une référence de comparaison puisque la perte n'a de sens que par rapport à ce qu'il y avait avant : c'est-à-dire au temps de la jeune maturité. Mais si cette façon de voir nous laisse prévoir la fréquence des réactions dépressives, puisqu'il n'y a pas de perte sans un certain sentiment de tristesse pour le moins, elle ne nous renseigne pas sur les modifications profondes de la personnalité qui vont expliquer en partie les attitudes devant le vieillissement ultérieur et la façon de vieillir.

Pour ce faire nous avons fait appel tout au long de notre approche aux notions psychanalytiques. Plus que la conception

théorique, Freudienne ou pas, à laquelle on se réfère, ce qui est important de retenir, c'est l'organisation de la personnalité en une structure, c'est-à-dire comportant plusieurs pôles organisationnels : les instances, points de départ ou lieux d'investissement de forces psychiques ou pulsions. Les trois instances principales étant on le sait, le Ça représentant les forces pulsionnelles d'amour et d'agressivité, le Moi et le Surmoi. C'est à partir de là qu'on peut comprendre le jeu des forces internes organisant la personnalité, à la fois dans sa constitution interne et ses relations avec l'environnement. Donc, avoir une compréhension dynamique des faits en relation avec le vieillissement.

Quelles que soient les modifications qui peuvent se faire au niveau des autres instances, le Moi qui représente le fondement du sentiment d'identité est le plus en cause eu égard aux changements qui surviennent dans la vie du sujet et aux crises qui en découlent. D'ailleurs fragilité du Moi, faiblesse du Moi, sont des préoccupations qui reviennent fréquemment chez les psychanalystes qui parlent du vieillissement ; la pathologie extrême, représentée par la démence, aboutissant à une véritable destruction du Moi, avec disparition du sentiment d'identité comme on l'a vu.

Le Moi n'existe en tant qu'entité vivante (sinon, il ne serait qu'un assemblage anatomique de fonctions juxtaposées), que s'il est investi, animé, par la pulsion de vie, ou si l'on veut pulsion d'amour, c'est-à-dire la libido. En d'autres termes, le Moi n'existe que s'il est aimé par l'individu lui-même et par ceux qui l'entourent. C'est toute la problématique du narcissisme que nous avons rencontré à chaque détour de notre analyse clinique et qui nous parait si fondamentale pour comprendre le processus du vieillissement.

Les changements ou les pertes prennent leur signification au travers de la blessure narcissique qu'ils infligent au sujet et des remaniements intérieurs qu'ils lui imposent.

Le narcissisme, en effet, se nourrit entre autres, de l'apport extérieur fourni par l'amour et l'estime des autres, par la place tenue dans l'environnement social, par la réalisation d'un idéal.

De la façon dont vont se combiner, au niveau de leur signification, les évènements extérieurs, les faits biologiques, l'histoire de la personne, les données culturelles, le tout inscrit dans une dimension temporelle désormais limitée, va dépendre le devenir de l'homme vieillissant, où le narcissisme va jouer un rôle fondamental.

2 - La dépression : Carrefour des voies du vieillissement

Nous avons noté la grande fréquence des dépressions chez le sujet âgé. Déjà, la psychiatrie classique attachait beaucoup d'importance, sur le plan clinique, à ce qu'on appelait la mélancolie d'involution. Une meilleure connaissance des états psycho-patholo-

giques ne donnant pas forcément lieu à hospitalisation, n'a fait que confirmer la place prépondérante de la dépression en pathologie gériatrique.

D'un point de vue structural, si la dépression du sujet âgé correspond bien à une rupture des relations avec l'environnement (rupture de la relation d'objet) la faisant entrer dans le cadre général des dépressions selon le schéma de NACHT et RACAMIER, son mécanisme intime répond à une atteinte narcissique, se différenciant en cela de la dépression de l'adulte jeune, chez lequel la culpabilité est au premier plan, expression de la répression de la libido dirigée vers les objets d'amour, par le Surmoi.

Avec GRUMBERGER, BERGERET distingue deux lignées fondamentales dans la structure psychique

— La lignée génitale, dans laquelle se situeraient : Œdipe (libido objectale), Surmoi, conflit génital, culpabilité, angoisse de castration, symptômes névrotiques.

— La lignée narcissique comportant : narcissisme, idéal du Moi, blessure narcissique, honte, angoisse de perte d'objet, dépression.

Si l'opposition dépression — symptômes névrotiques est discutable, c'est toutefois bien dans la seconde lignée que se place la dépression de la personne âgée. Dans l'étude que nous avons faite, nous pensons avoir montré que la dépression de la sénescence, dont les causes déclenchantes sont multiples, répond à une pathogénie particulière en rapport avec une atteinte de l'estime de Soi, c'est-à-dire une perturbation dans le fonctionnement du narcissisme. L'éclairage ainsi apporté par l'étude clinique va nous amener à reprendre dans la troisième partie de ce travail la place centrale qu'occupe pour nous le narcissisme, dans le processus général du vieillissement. Nous préciserons alors ce qu'il faut entendre sous cette dénomination. Narcissisme et Moi (c'est-à-dire identité) sont indissolublement liés, comme nous l'avons dit. Tout changement qui accompagne le vieillissement touche à la fois l'identité de la personne et son narcissisme, et entraine donc une réaction dépressive plus ou moins intense.

BERGERET, avec son concept de « dépression-limite », attribue une place centrale à la dépression qui pourrait aussi bien évoluer vers une névrose ou une psychose, selon l'organisation psychique de l'individu. Tout état pathologique pourrait donc se référer à un « tronc commun de la dépression ». Cela suppose, dit-il, qu'avant même l'apparition de la maladie, le sujet soit fixé pathologiquement à un certain stade : la dépression latente, en rapport avec un traumatisme narcissique jamais réparable en dehors d'une thérapie spécifique.

Les sujets âgés dont la dépression se manifeste pour la première fois au moment du vieillissement seraient, pensons-nous,

moins organisés dans une pathologie latente préalable. La dimension réactionnelle à l'évènement et au processus même du vieillissement y tiendrait une place prépondérante. Mais il n'en reste pas moins que la dépression représenterait une sorte de crise, préludant soit à une remise en cause du sujet, qui poursuivrait ensuite sa voie hors de la pathologie, soit à une entrée dans la pathologie qui pourrait être de diverse nature : l'atteinte du narcissisme introduit aussi bien aux névroses actuelles et aux réactions psycho-somatiques, qu'aux états déficitaires et aux psychoses.

La dépression représenterait donc bien **un carrefour** à partir duquel la personne pourrait aussi bien poursuivre un vieillissement considéré comme « normal » qu'entrer dans n'importe quelle forme de pathologie.

3 - Une nouvelle approche nosographique

Les classifications nosographiques des maladies de la vieillesse ont pour souci de faire l'inventaire descriptif et complet des syndromes pathologiques en établissant des limites les plus précises possibles pour éviter les confusions. A les lire, on a l'impression que chaque syndrome a sa destinée propre et qu'il n'y a pas de possibilité de passage de l'un à l'autre.

Or, nous avons vu au cours de l'étude clinique, qu'au contraire il n'apparaissait pas de clivages rigoureux ; selon les évènements qui jalonnent le vieillissement il est possible de passer d'une forme de pathologie à une autre, de même que l'intrication étroite entre manifestations somatiques et psychologiques rend illusoire une ligne de séparation rigoureuse ; la dépression, dans sa forme particulière d'atteinte narcissique, jouant le rôle de pont entre les divers syndromes. C'est donc plus souvent à une combinaison de manifestations pathologiques chez la même personne que nous avons affaire dans la pratique et il s'agit d'apprécier la part de chacune afin d'en tirer des conclusions thérapeutiques.

Nous proposons un schéma montrant cette situation, sans tenir compte de la totalité de la pathologie de la vieillesse, mais ne retenant que la plus importante. Nous avons en particulier éliminé le diagnostic d'hystérie porté trop souvent de façon impropre devant des manifestations théâtrales qui expriment, en fait, une régression bruyante de l'affectivité. La délimitation nette entre maladies psychosomatiques et réactions hypocondriaques a été critiquée par BUSSE, qui propose le terme englobant de réactions psycho-physiologiques. Quelques faits bien connus plaident en faveur de formes de passage d'une pathologie à une autre :

Les états aigus de régression et les états confusionnels peuvent survenir aussi bien après un choc toxi-infectieux qu'un traumatisme psychologique, lui-même engendrant d'ailleurs des déséquilibres organiques graves.

La confusion est en principe un syndrome aigu, mais on a décrit des formes chroniques, réversibles, créant de difficiles problèmes de diagnostic avec certains états démentiels.

Le passage d'un état hypocondriaque, entrant dans le cadre des névroses actuelles, auquel s'associe souvent une atteinte somatique, à un état déficitaire dans lequel il est difficile de faire la part de ce qui revient à un comportement de retrait et à une détérioration des fonctions intellectuelles, est fréquent.

Tout ceci nous amène à proposer un schéma qui n'établit pas de frontières rigoureuses entre les diagnostics, laissant la possibilité d'une approche nosographique dynamique dans l'examen clinique d'une personne âgée.

4 - Une dynamique des organisations pathologiques

Le narcissisme primaire, écrit NACHT, est « ... ce par quoi l'homme adhère à la vie et se maintient dans la durée, il est cette force de cohésion qui le pousse à exister... ». De quelles significations ces termes se trouvent-ils chargés, si on les applique au processus de vieillissement !

Nous reviendrons sur le sens de « narcissisme primaire », mais auparavant, il nous faut étudier quelle est la force contradictoire qui s'oppose à celui-ci, la combinaison des deux conduisant à une conception dynamique du vieillissement.

a) La pulsion destructrice

La tentation est évidente de parler « d'instinct de mort ». Mais en fait il s'agit d'un concept théorique, émis par FREUD, qui a fait l'objet de nombreuses discussions et dont la réalité est mise en doute par certains psychanalystes des plus orthodoxes.

Par contre la clinique nous montre l'existence d'une angoisse de destruction qui a ses racines dans les premiers rapports de l'enfant avec sa mère. C'est en effet le mérite de Mélanie KLEIN d'avoir montré, à travers l'analyse de jeunes enfants, qu'il existait à un âge très précoce, des fantasmes de dévoration et de destruction, aussi bien, par le jeu psychologique des projections et des introjections, dévoration de l'enfant par sa mère que l'inverse. Les pratiques de certaines peuplades primitives en Australie sont là pour confirmer, s'il en était besoin, la réalité de tels fantasmes.

Il s'agit, bien entendu, des fantasmes les plus primaires qui existent chez l'être humain, remaniés par la suite, élaborés, transformés, contrôlés au cours de l'organisation progressive du psychisme. On les retrouve en pathologie mentale du sujet jeune pour la compréhension de laquelle il faut faire appel à une fixation de l'organisation psychologique aux tous premiers stades du développement, fixation qui ne se révèlerait qu'au moment de l'émergence

de la maladie, montrant que les stades suivants de maturation n'avaient été franchis que de façon superficielle.

Point n'est besoin, à notre sens, de faire appel à un tel schéma pour expliquer la pathologie de l'homme âgé : le vieillissement comporte en lui-même suffisamment de charge affective pour réactiver chez toute personne une angoisse de destruction.

Pour BUTLER, l'angoisse de destruction en marche est vécue dans son corps par la personne âgée. Cet état particulier, spécifique au vieillissement, explique le caractère plus réactionnel et moins dépendant d'une « personnalité pré-morbide », de la pathologie du sujet âgé.

L'angoisse de destruction appartient à des fantasmes plus primaires que l'angoisse de castration.

L'état de diminution que vit la personne âgée n'est donc pas du registre de la castration, d'une manière générale, ce qui explique que les névroses de transfert, qui elles, sont en relation avec la situation œdipienne, attendent rarement l'âge du vieillissement pour se manifester.

BERGERET parle de « l'angoisse spécifique de mort et de destruction, si différente de l'angoisse de castration ». On est ici au niveau du registre du narcissisme primaire.

Au cours de l'étude clinique, nous avons rencontré à plusieurs reprises, et plus particulièrement dans certains syndromes, la réactivation des tendances destructrices avec l'angoisse qui les accompagne et les organisations défensives établies sur un mode pathologique.

C'est le cas pour la dépression, qui peut conduire jusqu'au suicide. Les pulsions destructrices sont également présentes dans les syndromes psycho-somatiques (dépression essentiele de MARTY) et nous avons présenté une hypothèse de la structure de la personnalité de l'artérioscléreux qui les met en cause. On les retrouve dans les états déficitaires et les démences.

Les organisations caractérielles et les névroses actuelles présentent un système défensif plus élaboré qui masque les tendances destructrices : les premières les dérivant vers autrui, les secondes évacuant tout mouvement affectif intérieur au profit d'une relation de dépendance nouée avec l'entourage.

b) Identité et narcissisme :

Le narcissisme est ce par quoi nous existons en tant que personne. Sans investissement affectif de notre propre Moi, la voie est ouverte au morcellement et à la destruction.

Nous avons rencontré le narcissisme à chaque fois que nous avons avancé dans l'analyse du vieillissement. Celui-ci apparait bien

comme le résultat d'un jeu permanent entre deux forces contradictoires : les tendances destructrices et le narcissisme.

C'est la relation à la mère qui fonde le narcissisme primaire, c'est-à-dire la couche la plus profonde, vitale en quelque sorte. Nous l'avons vu à propos de la constitution du Soi, cette instance la plus élémentaire, organisatrice de la toute première identité : l'enfant prend conscience de sa propre existence en intériorisant, de manière encore fragile et incertaine, l'amour que lui porte sa mère. Autrement dit, il commence à être capable de s'aimer lui-même, comme l'ont montré E. et J. KESTEMBERG dans leur étude de l'auto-érotisme.

De la réussite de ces premières expériences, dépend tout un destin du narcissisme, fondement de l'autonomie ou de la dépendance.

Si en effet, la personne n'a pas en elle-même la force spontanée qui la pousse à s'aimer et à s'estimer (intériorisation de l'amour venant de la mère), c'est à ceux qui l'entourent qu'elle va demander de le faire : son estime d'elle-même dépendra donc des autres.

C'est ce que BERGERET exprime en disant que les sujets particulièrement exposés aux dépressions ont une incomplétude du narcissisme primaire, sorte de poche vide dans le Moi, ce qui donne un Moi anaclitique, c'est-à-dire qui a besoin en permanence d'un complément narcissique ; en d'autres termes ils ont besoin d'être entourés de substituts maternels.

Cependant, on ne saurait fonder l'organisation de la personnalité au moment du vieillissement, dans un sens pathologique ou non, exclusivement sur la constitution du narcissisme au cours des premières années de la vie. Si la « force du Moi », la capacité à opérer un bon investissement narcissique, jouent un rôle dans le maintien ou non de l'autonomie au cours des vicissitudes liées à la vieillesse, trop de remaniements interviennent qui mettent en cause d'autres facteurs. Les névroses et les psychoses de la sénescence ne s'organisent pas selon les mêmes règles que celles de l'adulte jeune, de même que la chronicité des maladies somatiques ; « la personnalité de base » y joue un rôle moins déterminant.

E. et J. KESTEMBERG nous ont indiqué que le Soi avait un destin qui lui est propre, différent de celui du Moi. Or le premier, en relation comme nous l'avons vu avec le fonctionnement sensitivo-affectif primaire du corps, est réprimé dans son expression par notre mode de vie sociale et culturelle. Au contraire le Moi sur lequel repose davantage les fonctions différenciées, se trouve valorisé. Il ne fait pas de doute que la culture joue un rôle important dans la défaillance du fonctionnement du Soi au moment du vieillissement, et par conséquent sur le narcissisme le plus primaire, lié au corps. Le déclenchement de syndromes hypocondriaques, parfois impressionnants, chez certains hommes ayant attaché une importance prédominante au fonctionnement de leur corps et de leur intelligence en tant qu'instrument, juste après leur départ pour la retraite, est à cet égard significatif.

Il y a en effet une antinomie entre un fonctionnement instrumental du corps visant l'efficacité, la maitrise, voire la domination de l'environnement et reposant sur les données diacritiques de l'appareil sensori-moteur, et un fonctionnement qu'on peut qualifier d'empathique, permettant de ressentir ce que les autres éprouvent ou le « climat » d'une situation, et mettant en cause les perceptions les plus primaires syncrétiques. Si le second mode de fonctionnement ne peut équilibrer le premier, la défaillance de celui-ci (mis en cause nécessairement par les données du vieillissement) entraine des perturbations narcissiques importantes, se traduisant notamment par des troubles hypocondriaques.

L'identité sociale, c'est-à-dire l'image de soi présentée aux autres, et sa place par rapport à un idéal social, réalise un autre aspect du narcissisme.

De même que l'amour que nous portent les autres, qui apparaissent alors comme des « objets » narcissiques, comme nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le voir dans cette étude, à ceux dont le narcissisme interne est défaillant.

Plusieurs « étages » du narcissisme sont donc appelés à jouer un rôle essentiel au cours du vieillissement et des réorganisations de la personnalité.

c) **Une dynamique construite sur un équilibre :**

Les réorganisations de la personnalité, au cours du vieillissement, semblent donc se faire en fonction des deux grands courants : tendances destructrices et narcissisme.

Nous sommes conscients de l'imprécision du terme « tendances destructrices » qui recouvre en fait encore beaucoup d'inconnues. Nous avons vu que la psychanalyse freudienne mettait en doute la notion de pulsion de mort, tandis que l'œuvre de Mélanie KLEIN fait constamment référence à un instinct de mort.

En restant sur un plan strictement clinique, ces tendances destructrices apparaitraient sous forme de participation à un processus de destruction, en marche dans le corps. Tel cet homme de 67 ans, réputé « bon vivant », actif, gros mangeur, toujours jovial, qui depuis un accident vasculaire cérébral il y a deux ans n'ayant pas laissé de séquelles, restait chez lui en état de prostration, littéralement fasciné par l'image de la mort qu'il évoquait sans cesse, et refusant toute thérapeutique.

L'investissement narcissique serait le contre-poids de la participation à la destruction et apparaitrait donc comme le « gardien de la vie » selon l'expression de NACHT.

Il n'y aurait pas conflit entre deux pulsions contradictoires, mais plutôt équilibre ou déséquilibre entre deux charges opposées ; la clinique nous ayant montré le caractère a-conflictuel de la plupart des états pathologiques de la vieillesse, ceci étant particulièrement évident pour les névroses actuelles.

Ce caractère a-conflictuel a probablement contribué à dérouter les cliniciens ; certains, comme SCHILDER, cherchant à construire les névroses actuelles sur le modèle conflictuel des névroses de transfert ; les plus nombreux, dont FREUD lui-même, rattachant la neurasthénie, l'hypocondrie, la névrose d'angoisse, à une insuffisance d'énergie en relation avec un épuisement biologique.

Or, l'intervention constante du narcissisme comme facteur explicatif de la pathologie du vieillissement, permet une approche dynamique sans pour autant se référer à une organisation conflictuelle. C'est par une plus ou moins grande défaillance du narcissisme du sujet âgé et atteignant des niveaux différents de la personnalité, qu'on passe de la neurasthénie à la réaction psychosomatique ou à l'organisation chronique de la maladie, aussi bien qu'à la détérioration ou à la démence, par le biais de la dépression et sans clivages infranchissables.

Or, la charge narcissique n'est pas une donnée de fait et invariante, mais un état dépendant de plusieurs facteurs sur lesquels on peut agir : organiques, historiques personnels, culturels, facteurs de milieu. De multiples thérapeutiques rendent possible la restauration d'un narcissisme défaillant. Et les traitements des maladies qui apparaissent « les plus purement organiques » ne devraient pas négliger ces aspects.

5) Conclusion : Une nécessaire réorganisation économique de la personnalité

FERENCZI émet l'idée que la personne vieillissante doit faire face à une nouvelle répartition des intérêts libidinaux qui se détachent des objets d'amour, pour se consacrer au Moi. Mais il conçoit cette redistribution comme une **régression** narcissique, lui donnant une valeur négative.

Cependant, des trois principes organisationnels de la structure psychique : topique (les instances), dynamique (pulsions conflictuelles) et économique (répartition de l'énergie libidinale) c'est bien le dernier qui apparait en cause dans les remaniements apportés par le vieillissement. Si la libido objectale ne disparait certes pas, comme le montre le maintien d'une vie amoureuse et sexuelle jusqu'à un âge avancé, la qualité de la relation se modifie en fonction de l'importance prise par le narcissisme comme maintien de l'identité face à l'angoisse de destruction et d'anéantissement.

Nous avons indiqué à plusieurs reprises que le narcissisme suivait tout au long de la vie une évolution qui lui est propre. Les auteurs parlent d'un « destin du narcissisme ».

De fait, à la première organisation narcissique ou narcissisme primaire, en succèdent d'autres, telle ce que les analystes appellent l'Idéal du Moi et qui est tout simplement l'objectif à atteindre que se fixe chaque être humain au cours de son existence.

Nous reviendrons plus précisément sur ces notions dans la troisième partie de ce travail, mais d'ores et déjà nous pouvons indiquer que le narcissisme nous confronte non seulement à l'organisation psychologique de la personne, mais également à sa structure corporelle (qui dépasse le registre bio-physiologique sans l'exclure) par le biais du Soi dont nous avons déjà parlé, aussi bien qu'à la place de la personne dans l'organisation sociale, introduite par le concept d'Idéal du Moi : celui-ci est, en effet, nécessairement lié à celui d'Idéal collectif.

Nous avons donc tous les éléments nécessaires pour introduire une théorie narcissique du vieillissement qui tienne compte de l'ensemble des données.

TROISIÈME PARTIE

ÉLÉMENTS POUR UNE THÉORIE NARCISSIQUE DU VIEILLISSEMENT

INTRODUCTION

A partir de l'âge de la maturité, les modifications qui s'effectuent, tant dans le domaine social que bio-physiologique, ainsi que les transformations psychologiques en rapport avec l'histoire personnelle du sujet, avec un éventuel déficit des fonctions intellectuelles et avec l'approche de la mort, posent le problème du vieillissement en termes de maintien le plus longtemps possible des conditions de vie antérieures, ou de changement. Certaines personnes qui ont la possibilité d'exercer une domination aussi bien d'ordre économique qu'affectif sur leur environnement, peuvent ne pas changer de statut jusqu'à un âge très avancé et par conséquent ne percevoir que des différences minimes au cours de leur vieillissement. D'autres, dites psycho-rigides, sont capables de nier les éléments de réalité, réclamant ainsi une plus ou moins grande tolérance de leur entourage. D'autres au contraire acceptent la succession de changements sans difficultés, ou après y avoir été contraintes à travers des situations génératrices de maladie.

Cette dialectique permanence-changement, s'organise selon une série de séquences temporelles, plus ou moins longues, plus ou moins nombreuses, correspondant à des remaniements plus ou moins profonds, dont le but ultime est représenté par la mort.

C'est tout le problème de l'identité qui se trouve posé : on peut se demander en effet comment la personne va maintenir un sentiment d'identité personnelle alors que nous avons vu qu'elle est confrontée à des changements nombreux, tant dans le domaine social que biologique, et qu'elle doit faire face à l'angoisse de l'échéance de la mort dont elle se rapproche.

Si le vieillissement, en tant que processus individuel n'est pas réductible comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, à une approche exclusivement psychologique, ou biologique ou sociologique, la question fondamentale qui se pose alors est de savoir quel est le lieu d'articulation de ces trois dimensions qui maintient l'unité de la personne et qui rend compte en même temps des concepts d'identité, de mort et de déroulement du temps auxquels une théorie du vieillissement ne peut évidemment échapper. Or les

échecs que représente la pathologie nous ont confrontés constamment au problème du narcissisme. Le désinvestissement affectif de soi au cours de la dépression où nous avons relevé comme élément caractéristique de la sénescence la perte de l'estime de soi, le dysfonctionnement du narcissisme dans les névroses actuelles, ou les perturbations plus profondes que l'on peut voir dans les psychoses, les états déficitaires, les démences, ou les troubles psychosomatiques, nous montrent que le narcissisme a une fonction des plus déterminantes pour la continuité de l'identité. Nous avons vu également qu'il constitue le contrepoids nécessaire aux tendances destructrices, donc à la mort. Nous analyserons par ailleurs de quelle manière il s'articule avec les données biologiques d'une part, l'organisation sociale d'autre part. Il est donc bien l'élément fondamental par lequel on peut suivre le déroulement du vieillissement en y intégrant toutes les données que nous avons analysées. Mais il est nécessaire avant de préciser cette conception de lever certains malentendus.

1 - L'ambiguïté de la notion du narcissisme

Le terme même de narcissisme est constamment source de malentendu. En effet dans son acception courante, il est chargé d'une connotation négative puisque l'interprétation habituelle que l'on donne du mythe est que Narcisse, en s'aimant lui-même, était incapable d'aimer les autres. Etre narcissique voudrait donc dire se désintéresser de l'entourage et c'est bien ainsi que l'entend E. CUMMING quand elle dit que le processus de désengagement aboutit à un repli narcissique de plus en plus grand qui conduit naturellement à la mort. Et c'est bien l'impression que donnent certains grands vieillards qui finissent par restreindre considérablement leur espace de vie et que rien ne semble plus atteindre. Mais ils se désintéressent tout autant d'eux-mêmes.

En réalité **le désinvestissement narcissique est souvent parallèle au désinvestissement de l'environnement.**

Nous avons déjà eu l'occasion de montrer que la même ambiguïté existe chez les psychanalystes. D'une part la distinction entre un narcissisme nécessaire au sentiment d'identité et un narcissisme pathologique : repli, rupture avec l'environnement, surinvestissement de soi comme dans l'hypocondrie ou les psychoses (certaines d'entre elles appelées névroses narcissiques par FREUD), n'a pas toujours été établie. D'autre part ce n'est que ces dernières années qu'on a admis, à la suite notamment de GRUNBERGER que l'investissement narcissique de soi ne s'opposait pas forcément à l'investissement pour les objets extérieurs et qu'il était même indispensable. C'est bien dans ce sens que nous en reparlerons. Et ceci est particulièrement important pour une étude du vieillissement pour lequel l'environnement tient une si grande place.

2 - La nature énergétique du narcissisme

Nous avons dit qu'on peut définir le narcissisme comme étant l'investissement de soi, c'est-à-dire de sa propre personne, à l'origine du sentiment d'identité, de la confiance en soi, de l'estime de soi.

Il ne nous parait pas opportun de développer ici les notions de narcissisme primaire et secondaire, que nous n'avons fait qu'évoquer à l'occasion et dont les définitions varient avec les auteurs.

Par contre il est fondamental de rappeler que l'apport psychanalytique repose avant tout sur le fait que l'organisation psychique est animée par des forces, des tendances, des pulsions, dérivées de la libido, énergie issue de l'instinct sexuel dans l'esprit de FREUD mais ne s'y réduisant pas. La spécificité humaine de la libido est attestée par le fait qu'elle est assimilable à tout ce qu'on entend par le terme d'amour. Son contraire, l'agressivité ou la pulsion de mort, est un concept resté plus flou.

Ainsi quand nous parlons de l'estime de soi, qui est un sentiment, c'est en faisant référence à l'énergie qui le sous-tend, c'est-à-dire l'amour de soi, en nous plaçant donc toujours dans une perspective dynamique qui inclut autant la dimension du corps que l'aspect psychologique de l'affectivité et les rapports avec l'environnement.

Par sa conception énergétique du psychisme, la psychologie dynamique nous fait pénétrer au niveau de la confluence entre le biologique et le psychologique au lieu d'en rester à l'étude des sentiments et des aptitudes.

CHAPITRE I :

LE RAPPORT NARCISSISME-MORT

1 - Mort et vieillissement

La mort fonde l'individualité de l'homme dit HEGEL. Sans la mort et donc hors de l'existence du temps, il n'y aurait pas le sentiment d'une destinée unique, et les êtres seraient alors des éléments d'une vaste substance englobante.

La spécificité du vieillissement, processus temporel individuel, se situe par rapport à la marche inéluctable du temps vers une finitude. C'est donc nécessairement à la mort qu'il nous faut faire référence pour trouver une ligne d'articulation aux diverses dimensions du vieillissement. La mort n'est pas seulement un fait biologique objectif terminal, mais aussi un processus qui se constitue dans le temps et qui revêt une signification individuelle et sociale.

Nous éviterons de nous engager sur le terrain du concept freudien de pulsion de mort, si discuté et qui semble n'avoir jamais satisfait pleinement FREUD lui-même ; mais en restant dans une perspective clinique, il nous faut bien constater que l'angoisse de mort est une réalité qui ne concerne pas seulement la peur devant un événement effrayant à venir, mais correspond à une réaction par rapport à des tendances conscientes ou inconscientes qui poussent l'homme à se précipiter au-devant de ce dont il a peur. C'est ce que BUTLER appelle le sentiment de participation à la destruction que l'on sent en marche dans le corps. Nous avons vu l'existence de ces tendances destructrices au cours de l'étude de la pathologie.

D'autres auteurs (MERLOO, WEISMAN) ont insisté sur l'importance de l'angoisse de mort pour rendre compte des phénomènes du vieillissement. Pour Elliott JACQUES le passage du milieu de la vie est marqué par une réduction de la sexualité, un changement dans le style de créativité et une prise de conscience de la mort à venir.

Philosophes et psychanalystes ont relié les notions de temps et de mort avec l'angoisse : l'angoisse du néant ou l'angoisse d'abandon.

Pour FREUD c'est la naissance, c'est-à-dire le traumatisme de la séparation de l'enfant d'avec sa mère qui constitue le modèle de toute séparation ultérieure et par conséquent de l'ultime séparation d'avec le monde qu'est la mort. Elle est étroitement liée à l'angoisse.

Pour DEVEREUX ainsi que pour GEZA ROHEIM, l'angoisse du néant est universelle, propre au phénomène humain et toute culture est une défense par rapport à cette angoisse : l'homme en somme créé pour se défendre du sentiment d'avancer vers le néant.

Les nombreux travaux effectués sur la mort reflètent la difficulté à concilier la peur de la mort et la tendance naturelle de l'organisme à aller vers elle. C'est pourquoi FREUD a utilisé la notion d'instinct de mort. N. O. BROWN pense que vie et mort son indissolublement liées chez l'animal qui va tout naturellement vers sa fin.

Mais chez l'homme il y aurait un refoulement de la mort qui dissocierait les deux termes, vie et mort, et entrainerait une fixation au passé dont la conséquence serait le refus de vieillir. Socialement, les valeurs de vie et de mort seraient intimement liées et certains auteurs comme L. V. THOMAS et J. ZIEGLER n'hésitent pas à parler de sociétés thanotocratiques.

Pour d'autres auteurs comme RANK, la mort serait vécue comme un retour à la terre-mère et donc comme un désir pour une nouvelle naissance.

Quoi qu'il en soit l'homme éprouve le besoin de se défendre de façon active contre le sentiment d'avancer inéluctablement vers la mort et le néant. Contre cette angoisse permanente, la narcissisme va s'élever comme un rempart.

2 - « Le narcissisme, gardien de la vie » (1)

Le narcissisme c'est l'amour de soi, donc l'antidote nécessaire à un abandon de soi à la mort. Dans un article sur son expérience psychanalytique, NACHT le définit comme le « gardien de la vie ». Il établit la comparaison théorique entre deux nageurs en difficulté : celui qui s'aime vraiment lutte jusqu'au bout de ses forces pour survivre ; celui qui ne s'aime pas s'abandonne vite à la force des vagues.

La signification différente donnée au narcissisme selon les études a contribué à créer une certaine confusion. Il a souvent été compris en effet dans son aspect négatif, c'est-à-dire comme une incapacité du sujet à aimer autre chose que lui-même. Mais il s'agit alors d'un fonctionnement pathologique, correspondant à l'un des volets de ce que FREUD a appelé le narcissisme secondaire : un retour vers le sujet de la libido détachée des objets.

(1) Titre d'un article de S. NACHT (op. cit.).

Cependant tout le monde s'accorde pour dire qu'il existe un narcissisme positif, nécessaire au maintien de la vie, représenté par l'investissement de soi-même. Bela GRUNBERGER souligne par ailleurs que pour FREUD il y avait un balancement entre la libido orientée vers le sujet et celle orientée vers l'objet, l'une s'appauvrissant au profit de l'autre. Or écrit-il : « ... on observe très souvent que plus l'homme est capable d'investir son propre Moi sur un certain mode et plus il dispose de libido pour le monde objectal ». C'est poser clairement que le narcissisme n'est pas synonyme de retrait sur soi et de mort comme on l'a parfois écrit, mais au contraire qu'il repésente « les forces de vie ». Le terme « sur un certain mode » employé par l'auteur étant fondamental et représentant la capacité du sujet à s'investir lui-même et à investir ses propres pulsions qui l'orientent vers le monde extérieur.

Plusieurs auteurs ont posé le vieillissement en termes de pertes et de gains narcissiques. Nous avons vu que le phénomène de perte avait été souvent relevé et rapporté pour décrire les changements au cours de la vie, mais il s'agissait plus d'une description à laquelle il manquait une signification psychologique.

S. CATH considère que le terme de dépression qu'on emploie pour désigner la réaction qui succède aux pertes « intérieures et extérieures » est inapproprié, et préfère celui de « déplétion » car il convient aussi bien aux neuro-physiologistes pour la perte de substance du tissu nerveux. Le vieillissement est pour lui un balancement entre les facteurs de « déplétion » et les sources de restitution fournies notamment par l'environnement. C'est clairement poser le problème en termes de pertes énergétiques et de réparations.

Mais si de nombreuses études traitent de la dépression, de l'angoisse de mort, des pertes et des gains narcissiques au cours du vieillissement, il ne semble pas que ces divers concepts aient été organisés dans le cadre d'une théorie qui rende compte de l'ensemble des faits observés.

Or si le narcissisme, c'est-à-dire l'investissement de soi, le sentiment de valeur, l'estime de soi, est bien ce qui défend l'individu de la mort, il n'est peut être pas besoin de faire appel à la théorie de la pulsion de mort, c'est-à-dire à une force obscure qui serait opposée à une force de vie pour décrire la participation consciente ou inconsciente du sujet à la destruction qu'il ressent en marche dans son corps pour reprendre les termes de BUTLER. En effet GRUNBERGER nous fournit une voie intéressante quand il dit : « ... l'inconscient ne connaissant pas l'indifférence ou la neutralité, le désinvestissement, dans sa négativité, ne peut être qu'un processus actif ». En restant donc sur un plan clinique, ce qui va se jouer au cours du vieillissement c'est un balancement (et non un affrontement ce qui nous ramenerait à une conception conflictuelle de deux forces opposées) entre l'investissement de soi et le

désinvestissement qui opère à la manière d'une force active. Nous restons bien à un niveau économique de redistribution de l'énergie comme nous l'avons dit au chapitre précédent, et non dynamique dans le sens freudien du terme c'est-à-dire conflictuel.

Ce qui n'exclut évidemment pas que l'aspect conflictuel (pulsion-refoulement) continue à exister comme il l'a fait tout au long de l'existence. **Mais la spécificité du vieillissement nous apparait avant tout comme étant un problème d'économie du narcissisme.** La limitation du temps, la présence de la mort fait que chaque transformation du corps, chaque déficit, chaque blessure imposée par l'environnement est vécue comme une atteinte de soi. Le sentiment d'irréparable est ressenti douloureusement et très profondément.

Dès lors se joue au niveau de la personnalité un choix fondamental qui se répète à chacun des nombreux évènements qui jalonnent le vieillissement : soit l'abandon de soi-même, une sorte de découragement actif au sein d'une dépression dont le vécu fondamental est : « je ne vaux plus rien, alors à quoi bon » et qui se manifeste par le refus d'une aide (le déprimé tout en souffrant d'un sentiment aigu de solitude refuse le contact thérapeutique), ainsi que par des conduites qui aggravent la situation et précipitent le sujet vers la mort : repli sur soi-inactivité-abandon des traitements-mauvaise hygiène-conduites augmentant les facteurs de risques comme l'incapacité d'arrêter de fumer pour un artérioscléreux...). Il s'agit bien d'un désinvestissement actif de soi-même qui nous permet de reprendre la phrase suivante de GRUMBERGER que nous citons tout en émettant des réserves sur le terme « involution » qu'il emploie : « Il existe toutes sortes d'affections qui prennent une issue léthale pour des raisons purement psychiques, ce qui pourrait être vrai aussi bien pour certaines morts subites inexpliquées que pour la mort par involution sénile elle-même ; n'avons-nous pas constaté, avec Henry EY, que le facteur involution fournissait 40 % de tous les cas de suicide mélancolique ? ».

Le deuxième choix possible est, après un temps de vécu dépressif à la suite d'une perte ou d'une blessure, le réinvestissement de soi et de l'environnement selon d'autres modalités que celles utilisées antérieurement.

Vient à l'appui de la thèse que nous développons la position de GITELSON (1968) selon lequel le désengagement peut être le prélude à une mort rapide, dans le cas par exemple de l'homme à la retraite dont le travail a été l'objet essentiel de ses investissements.

Dans d'autres cas, le désengagement au contraire permet l'investissement de nouveaux objets et représente donc plutôt une redistribution de l'énergie.

Nous reviendrons sur ce problème dans le prochain chapitre en étudiant le devenir du narcissisme au cours de l'existence, avec les changements qu'il subit au cours du vieillissement. Mais auparavant

il nous faut préciser de quelle manière s'articule au niveau de la personne le rapport narcissisme-mort en y intégrant les données cliniques.

3 - L'équivalence : désinvestissement-attaque destructrice

Nous avons déjà dit qu'une théorie du vieillissement ne pouvait être que pluri-dimensionnelle. Si la perspective narcissique que nous développons, tout en reposant à l'évidence sur un vécu psychologique, tient largement compte, et nous préciserons de quelles manières, des données biologiques d'une part, de celles de l'environnement d'autre part, en revanche la biologie aussi bien que la sociologie et la psychologie ne peuvent rendre compte de la totalité des faits sans poser les limites de leur champ d'étude. Mais ce qu'il nous faut préciser c'est le lieu d'articulation de ces trois dimensions par rapport au vieillissement, pour comprendre comment agit le désinvestissement narcissique.

L'homme n'est pas seulement qu'une identité sociale. On ne peut rendre compte de sa totalité en termes de rôles sociaux, de tâches ou de statut. Il a une identité qui fonde la trame de sa propre existence largement dépendante certes de son milieu social et culturel, mais qui n'est pas réductible totalement aux données de l'environnement. Celles-ci n'agissent qu'après qu'il y ait eu intégration, ou plus exactement internalisation au niveau d'une structure psychique.

En d'autres termes la réalité psychique n'est pas exactement superposable à la réalité extérieure puisque chaque donnée subit un remaniement au cours du processus d'internalisation et est perçue selon le vécu propre à chaque individu dépendant aussi bien de facteurs génétiques que des éléments de l'histoire personnelle. Sinon il y aurait simple amalgame de faits extérieurs et il n'y aurait pas d'identité.

Ce sont ces considérations qui ont amené la psychanalyse à renouveler la connaissance de la psychologie en concevant le psychisme comme une structure avec ses instances et ses forces internes dont le jeu obéit à des lois propres différentes de celles de la réalité extérieure. La façon dont l'individu perçoit les éléments du monde qui l'entoure a donné lieu au concept d'« objets », dont les qualités (objectales) sont différentes de celles (objectives) de l'objet qui s'offre à l'observation par des caractères fixes et reconnaissables par tous.

Le processus d'internalisation aboutit ainsi à la notion d'objets internes qui constituent autant de repères propres à l'individu, fondements de son identité. La façon dont il perçoit les autres en général, (par exemple : agressifs ou bienveillants, exigeants, frustrants, paternels ou maternelles etc...) en fonction de ses propres besoins et peurs détermine son mode d'être. Mais aussi la façon dont

ces personnes se présentent et se comportent renforce ou assouplit sa manière de voir.

De plus il se perçoit lui-même par rapport aux autres comme un objet interne (pour simplifier nous n'aborderons pas le problème des objets partiels) : en d'autres termes il est un objet pour lui-même, qu'il va investir affectivement, donc sur un mode narcissique ou désinvestir, selon certaines lois internes, fonction de son histoire personnelle, mais aussi selon certains évènements biologiques (maladie ou déficit ou au contraire attribut valorisant) et selon les données de l'environnement (valorisation par les rôles sociaux ou dépréciation du statut...).

L'objet interne est constitué d'une succession d'expériences internalisées qui forment un tout mais qui vont des premiers vécus corporels à l'intégration des objets les plus idéalisés. On comprend que le refus d'amour de la part de la personne à l'égard de l'objet interne (c'est-à-dire à l'égard d'elle-même ou de certaines parties d'elle-même) équivaut à une destruction par élimination. Ainsi GRUNBERGER peut dire que le désinvestissement narcissique est un phénomène actif.

Selon les capacités de défense de la personne et l'influence de l'environnement, les manifestations destructrices peuvent se manifester à des niveaux différents de la personnalité :

C'est ainsi qu'on peut considérer que le désinvestissement de certaines fonctions physiologiques ou psychologiques s'allie à des troubles d'origine biologique pour constituer des déficits moteurs ou certains degrés de détérioration intellectuelle ou encore des désordres psycho-somatiques.

Dans ce processus l'environnement joue un rôle important par la dépréciation attribuée au déficit, encourageant ainsi la personne à désinvestir la fonction en cause et donc à se détruire. La maladie peut être considérée comme un mode de défense sur le parcours de ce processus : par exemple l'hypocondrie est une manière de réinvestir le corps sur un mode pathologique, donc d'établir une défense par rapport au désinvestissement en cours. Les maladies somatiques jouent le même rôle dans la mesure où elles sont utilisées et vécues comme un langage avec l'environnement, et de ce fait investies de façon positive.

Ainsi ce qui se joue tout au long du vieillissement est bien un équilibre ou un déséquilibre entre investissement narcissique et désinvestissement, celui-ci étant synonyme de destruction. Lorsque tous les éléments se combinent de façon harmonieuse : processus dégénératif-histoire personnelle-environnement, peut-on parler d'une mort qui serait l'équivalent de l'appellation populaire : « mort de vieillesse » ? Comme cet homme de la campagne, veuf, dont les enfants avaient prévu la mort dès qu'il a dû s'aliter pour une affection pulmonaire banale, parce qu'au cours des mois qui précédaient,

plusieurs personnes âgées de sa génération étaient mortes dans la commune. Le désinvestissement paraissait à tous naturel.

Dans d'autres cas le désinvestissement apparait clairement d'ordre pathologique, en relation avec un ensemble de données personnelles, biologiques, ou liées à l'environnement. Dans ce cas des thérapeutiques peuvent aider à réparer les attaques destructives.

Nous avons vu que la dépression était le prototype d'un trouble de l'investissement narcissique. Mais il s'agit de la composante psychologique de ce trouble, répondant à des mécanismes complexes que GRUNBERGER a tenté d'élucider.

En plus des distinctions à faire entre dépressions névrotiques et psychotiques, les concepts de dépression « masquée » et de dépression « essentielle » que nous avons relevés montrent que le mécanisme du trouble de l'investissement narcissique se situe à différents niveaux.

Ceci montre bien que le désinvestissement narcissique, destructeur, n'est pas une entité en soi. Sinon on pourrait aussi bien parler d'un anti-narcissisme opposé au narcissisme, comme l'a fait PASCHE, et qui serait une grande constante de l'équilibre de vie traversant toute la trajectoire de l'existence. Sur le plan théorique, notre position ne serait pas alors différente de la conception d'une opposition entre pulsion de vie - pulsion de mort.

Tel n'est pas notre propos, nous l'avons déjà dit. Nous nous sommes situés résolument sur un plan clinique, laissant à d'autres le soin d'élaborer des développements théoriques sur la structure générale de la vie.

Par contre ce qu'il nous faut retenir, c'est que le désinvestissement narcissique au cours du vieillissement opère comme une dynamique, agissant comme un facteur de destruction dont le point d'impact se situe à différents niveaux de la personne répartis sur un éventail comportant le plus psychologique et relationnel et le plus biologique. Organisé en une succession de séquences temporelles, le vieillissement nous apparait bien comme une antinomie entre investissement narcissique de la personne et désinvestissement destructeur, située à la confluence de facteurs biologiques, psychologiques et d'environnement.

CHAPITRE II :

LES SOURCES DU NARCISSISME

En utilisant le terme « sources », nous n'entendons pas aborder le problème de l'origine du narcissisme mais nous parlerons de son émergence ou plutôt de ses émergences, parallèlement à notre approche clinique.

En effet, si nous avons défini plus haut le narcissisme comme étant l'amour de soi, il faut remarquer que cette définition implique déjà une élaboration psychique par sa connotation affective.

A vrai dire l'origine du narcissisme se situerait au niveau de ce que les psychanalystes appellent le narcissisme primaire, c'est-à-dire l'investissement de soi par la libido définie elle-même comme une énergie entrant dans le cadre des grands principes de la vie. A ce stade on reste donc dans le domaine de la biologie.

Mais, comme le fait justement remarquer LEBOVICI, le concept de narcissisme primaire, qui serait donc l'investissement de soi (au niveau des tout premiers stades de la vie) avant même toute prise de conscience si rudimentaire soit-elle des objets et de soi, a conduit inévitablement FREUD au concept d'instinct de mort, et ceci est perceptible dans ses écrits antérieurement à sa formulation « j'ai cru pouvoir montrer qu'il impliquait (le concept de narcissisme primaire), avant même qu'il ne soit question d'instinct de mort, la référence à la bipolarité instinctuelle ». C'est-à-dire instinct de vie-instinct de mort. Traiter de ce problème serait donc nous engager dans le domaine d'une théorie de la vie et de la mort, ce que encore une fois nous ne voulons pas faire, désireux de nous situer dans la seule perspective du vieillissement.

Mais cette façon de faire n'exclut nullement une dimension biologique du narcissisme que nous allons aborder, sans laquelle tout abord du vieillissement en tant que processus serait vain. De même on ne peut nier l'influence de facteurs héréditaires, qui se font peut-être sentir précisément au niveau du narcissisme primaire.

1 — Les chances données par la mère

Quoi qu'il en soit des positions théoriques sur le narcissisme primaire, très rapidement la notion d'un autrui (d'un objet) intervient en la personne de la mère. Il y a donc précocement un partage entre une libido narcissique dirigée vers le sujet et une libido objectale. C'est d'ailleurs, par définition la seule phase du narcissisme qu'on puisse réellement saisir, puisqu'il n'est pas possible d'avoir accès à un monde où il n'y aurait pas d'objet. C'est ce qui fait dire à DIATKINE qu'on ne saurait parler de toutes façons du narcissisme primaire en termes rigoureux.

Que le premier objet, la mère, intervienne, soit sous forme de ce que BALINT appelle l'amour primaire c'est-à-dire une relation fusionnelle établie d'emblée entre l'enfant et sa mère, concept qui pour l'auteur remplace celui de narcissime primaire, soit comme le dit GRUNBERGER dans un second temps par la confirmation par l'amour maternel des pulsions libidinales de l'enfant, il ne fait pas de doute que les premières relations mère-enfant jouent un rôle capital pour tout le reste de l'existence. C'est, en effet, dès ce stade que le narcisssime va s'établir sur des bases solides fournissant ou non le sentiment de sécurité et la « joie de vivre » qui va permettre d'affronter avec plus ou moins de succès les vicissitudes de la vie.

Le problème est de savoir quelles parts respectives pour l'importance de ce phénomène il faut attribuer aux premières relations avec la mère et plus tard au rôle que joue l'environnement dans les expériences ultérieures.

Pour certains auteurs tout est joué dès le début. Pourtant il n'y a jamais **une** mauvaise ou bonne relation avec la mère, mais un partage de bonnes et mauvaises expériences, que les relations ultérieures avec l'environnement viennent infirmer ou confirmer. Mais il est vrai que la structuration psychique s'organise très tôt permettant au sujet d'appréhender les situations selon son propre modèle à lui : c'est-à-dire avec un sentiment de sécurité interne qui lui fait voir le « bon côté » des choses ou au contraire un sentiment d'insécurité qui lui fait rechercher des soutiens extérieurs dont il devient dépendant, et qui lui fait encourir des risques de dépression lors des difficultés rencontrées.

C'est le mérite de BALINT d'avoir souligné l'importance de l'environnement à s'offrir comme objet « d'amour primaire » au sein d'une harmonie profonde sujet-environnement. Il est facile de saisir l'importance de ces données pour le vieillissement. Le thème de la solitude, si fondamental, dépend étroitement de la solidité du narcissisme établi dès le début de l'existence et la fréquence de l'évocation de la mère par les personnes âgées est là pour nous en convaincre. Mais également l'importance jouée par l'environnement au cours du vieillissement doit être réexaminée à la lumière des faits dont nous venons de parler. De même que toute la problématique de la

thérapeutique au sens large du terme doit s'en inspirer : trop d'actes médicaux et d'actions sociales contribuent à renforcer la dépendance du sujet âgé au lieu de redonner un sentiment de sécurité en faisant appel à ses propres ressources.

2 — La dimension corporelle du narcissisme - La notion de soi

L'organisation de la personnalité passe nécessairement avant toute chose par le corps. La conscience de soi est d'abord la conscience de son corps et de celui d'autrui.

E. et J. KESTEMBERG ont étudié dans une perspective génétique, nous l'avons déjà mentionné, les tout premiers stades de constitution de la personnalité, à une période (les premiers mois de la vie) où les premières perceptions du corps ne se distinguent pas des vécus affectifs. Ils ont donné le nom de Soi à cette ébauche de structure qui représente l'investissement de son corps par le narcissisme, encore à peine distingué de celui de sa mère. C'est donc encore un vécu affectif imprécis, où les limites du corps ne sont pas encore acquises : ce qui distingue le Soi de ce que FREUD a appelé le Moi corporel, qui suppose un corps déjà bien différencié des objets qui l'entourent. Notons en passant que le Soi de E. et J. KESTEMBERG n'a pas d'équivalent dans la littérature, puisque le « self » utilisé par les auteurs anglo-saxons représente le soi-même, comme le note S. FOLLIN, c'est-à-dire l'image de sa propre personne à un stade très différencié.

Cependant E. et J. KESTEMBERG se disent proches de la conception du self de WINNICOTT en ce sens que cet auteur le situe également par rapport aux premières relations de l'enfant avec sa mère ; mais à notre sens WINNICOTT n'a pas abordé de façon aussi précise l'aspect structurel du Soi au sein de la constitution de la personnalité.

Le Soi se constituerait à partir d'une identification précocissime à la mère, source de satisfaction et de frustration. L'autoérotisme aurait alors une fonction fondamentale, car il représente la répétition active du plaisir attendu de la mère. Se balancer par exemple est la capacité à répéter par soi-même le bercement procuré par la mère : c'est donc bien le signe d'une ébauche de différenciation de l'enfant d'avec sa mère, vécu dans le plaisir à partir d'une frustration : l'attente.

Si nous insistons sur ces notions, ce n'est pas seulement pour saisir l'articulation étroite entre la vie psychique et le corps, dont nous pressentons l'importance au moment du vieillissement, mais parce que nous partageons l'idée avec E. et J. KESTEMBERG que le Soi pourrait être considéré comme une « instance différenciée ayant un destin fonctionnel propre », distinct du Moi. Autrement dit le Soi jouerait un rôle tout au long de la vie, et son importance ne

nous échappera pas au moment de la vieillesse comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire à propos des névroses actuelles et des maladies psycho-somatiques. D'ailleurs E. et J. KESTEMBERG disent que l'auto-érotisme deviendrait partie agissante au moment de certaines étapes de la vie comportant des remaniements biologiques, comme l'adolescence et la ménopause.

C'est au niveau du Soi que va se fixer évidemment en premier la libido narcissique. Mais également pour E. et J. KESTEMBERG la libido objectale, encore pratiquement confondue à ce stade avec la première, l'objet privilégié qu'est la mère étant encore à peine différencié du vécu propre à l'enfant et de la perception de son corps.

Cette situation explique que les limites du Soi sont floues, reflétant une intrication entre le sujet et l'environnement, (au contraire du Moi constitué plus tard à partir d'une nette différenciation entre sujet et objet) des conséquences importantes sur le plan thérapeutique pouvant en découler. S'il s'agit en effet de favoriser le fonctionnement du Soi au cours du vieillissement, c'est en rétablissant la notion d'harmonie avec l'environnement qu'on peut le faire. Nous retrouvons là le concept d'amour primaire de BALINT.

Le corps n'intervient pas seulement à travers la notion de Soi dans le narcissisme. Il continue à s'organiser autour des zones érogènes : orale, anale, phallique. Lors de ce dernier stade, c'est tout l'aspect instrumental du corps actif qui est développé. Celui précisément qui est le plus remis en cause par le vieillissement. Si nous attachons tant d'importance à la notion développée par E. et J. KESTEMBERG, c'est que nous pensons qu'il existe un mode de fonctionnement du corps qui opère au niveau de la sensibilité diffuse, cœnesthésique, correspondant au Soi comme nous l'avons déjà formulé, tenu en veilleuse tout au long de la vie par l'importance accordée dans notre culture à la fonction d'instrumentalité. C'est l'une des raisons qui fait que la société globale prépare si mal au vieillissement.

Mais aussi le Soi étant l'instance la plus primaire investie par la libido narcissique, il se trouve articulé le plus étroitement avec les structures biologiques. Il s'agit bien d'articulation et non de superposition ou d'assimilation, le corps investi affectivement ou « corps érogène » n'étant pas réductible au corps biologique. Mais une perturbation dans le domaine biologique retentit au niveau du vécu du corps et inversement, un trouble de l'investissement narcissique du Soi a des retentissements sur le fonctionnement biologique. C'est ce qui fait dire à E. et J. KESTEMBERG que vraisemblablement le Soi intervient dans les réactions psycho-somatiques. Nous pensons qu'il joue également un rôle dans la formation des névroses actuelles, particulièrement en ce qui concerne l'hypocondrie. La différence entre hypocondrie et réaction psycho-somatique s'établissant vraisemblablement au niveau de la capacité ou non à fantasmer par le biais du corps.

D'autres aspects du fonctionnement du Soi nous apparaitront lorsque nous étudierons le devenir du narcissisme au cours du vieillissement.

3 — Narcissisme et environnement social. L'idéal du Moi

L'idéalisation est un processus psychologique nécessaire à la vie de l'être humain. On la définit comme la surestimation de l'objet aimé. Sa relation avec le narcissisme est évidente : valoriser la personne qu'on aime et dont on est aimé, c'est augmenter sa propre valeur. Pour M. KLEIN l'idéalisation de l'objet est destinée à faire échec aux pulsions de destruction.

En relation avec ce processus psychique, chaque être humain se constitue son propre idéal à atteindre : c'est ce que les psychanalystes appellent l'Idéal du Moi, héritier direct du narcissisme de l'enfance. J. CHASSEGUET - SMIRGEL en a précisé les contours ; on comprendra vite son importance pour une étude du vieillissement quand on aura souligné les caractères suivants :

« Ce qui nous pousse en avant serait ainsi le désir de retrouver le temps béni où nous étions à nous-mêmes notre propre idéal » écrit-elle. Ainsi l'Idéal du Moi se trouve-t-il lié étroitement à la notion du temps, puisqu'il se situe au-devant de nous comme quelque chose que nous désirons atteindre ».

Mais en même temps il se rattache au temps du narcissisme primaire, c'est-à-dire à l'époque de la fusion de l'enfant avec sa mère. Aussi peut-on dire, par des voies sur lesquelles nous reviendrons avec J. CHASSEGUET - SMIRGEL : « nous sommes en présence du narcissisme et de son destin ».

Troisième notion fondamentale, l'Idéal du Moi est un « concept charnière entre l'individuel et le collectif ». Dans la mesure en effet où d'une part il recherche ses modèles dans le cadre social qui l'entoure, et où d'autre part il cherche à ajuster ses réalisations à ce qui sera reconnu valable par la collectivité. L'idéal de chacun s'articule avec les idéaux collectifs, tout en gardant une originalité plus ou moins grande selon la personnalité.

Ainsi la notion d'idéal du Moi nous confronte à trois données qui nous ont déjà paru fondamentales à plusieurs reprises pour l'étude du vieillissement : celle du temps sous la forme du devenir dans la mesure où la réalisation à faire se situe en avant. Or, à partir d'un certain âge, c'est plus le problème de ce qu'on a fait qui se pose, que de ce qu'on a à faire, du moins en apparence. En tout cas les changements dans la perspective du temps sont sûrement à relier au problème du changement de l'Idéal du Moi. En deuxième lieu, nous retrouvons le narcissisme dont l'Idéal du Moi est un

aspect. Il semble à ce propos que les écrits psychanalytiques, tant ceux de FREUD lui-même que ceux d'autres auteurs qui ont étudié cette structure psychique, ont insisté sur le lien direct entre l'Idéal du Moi et la relation maternelle sur le mode fusionnel, c'est-à-dire cette période où l'enfant ne se sent pas encore distinct de sa mère et où ses désirs, satisfaits par la présence maternelle, lui donne un sentiment de toute-puissance.

Cependant il faut souligner que tout en étant en continuité directe avec le narcissisme primaire, et c'est la troisième notion, l'Idéal du Moi passe ensuite, pour se structurer et déboucher sur de possibles réalisations concrètes, par la contrainte de la situation œdipienne : rejoindre la mère certes, mais en tenant compte de la présence du père, d'abord interdicteur puis devenant modèle et objet d'identification, puis un égal.

Ainsi le groupe des pairs (les égaux) joue un rôle déterminant dans l'élaboration des idéaux collectifs. Et J. CHASSEGUET - SMIRGEL écrit : « Tout se passe comme si notre sentiment de valeur personnelle, notre estime de Soi, la tension ou au contraire l'harmonie entre notre Moi et notre Idéal dépendraient, pour une large part, de l'image que nos pairs nous renvoient de nous-mêmes, comme si c'était à travers nos semblables que nous avions la preuve de la valeur ou de l'absence de valeur de notre Moi ». Et quand elle ajoute plus loin : « L'épreuve de la réalité, quant à la valeur de notre Moi psychique tend aussi à se confondre, à un certain niveau, avec le jugement porté sur notre Moi corporel », on comprend combien l'entrée dans la vieillesse introduit une rupture par rapport à l'idéal valorisé par le groupe social. Il n'est pas étonnant alors que la fréquence de la dépression par atteinte de l'estime de soi en fasse un phénomène social.

CHAPITRE III :

LE DEVENIR DU NARCISSISME AU COURS DU VIEILLISSEMENT

L'entrée dans le vieillissement, au cours des années de maturité, est marquée par une recrudescence de l'angoisse de mort, le plus souvent inconsciente, mais dont on saisit les effets à travers l'évolution des comportements sociaux et les manifestations pathologiques. La confrontation avec l'image de la vieillesse devient intolérable, entrainant un déni des effets du vieillissement sur soi-même.

C'est l'époque du redoublement d'activités, des aventures amoureuses à grand fracas. L'artiste se renouvelle dans sa capacité de créativité comme l'a montré Eliott JACQUES. C'est aussi la période de la dépression dite d'involution, de l'infarctus, de la multiplication des ennuis de santé.

Rien d'étonnant à cela puisque les supports sociaux qui alimentaient le narcissisme du sujet à travers l'Idéal de son Moi sont désormais défaillants, alors qu'en même temps les premiers effets des atteintes biologiques déficitaires se font sentir. L'apport narcissique venant de l'entourage immédiat fait également défaut de par l'éclatement du noyau familial ou la perte des relations de camaraderie nouées au travail. C'est pourquoi l'on voit certains couples renforcer leur relation au point de devenir quasi-fusionnelle pour tenter de combler le vide créé.

C'est donc l'époque du bilan de vie comme l'a écrit ERICKSON, où l'on fait le compte de ce qu'on a été afin de retrouver un sentiment de valeur. Ainsi certains hommes, jeunes encore, racontent avec complaisance ce qu'ils ont fait dans le passé dans l'espoir de recevoir des paroles d'admiration qui alimenteraient leur besoin de combler un vide narcissique.

La privatisation de la mort et de ses corollaires contribue également à aggraver de façon importante la défaillance du narcissisme, par l'absence d'aide à affronter l'angoisse de mort. Et nous

avons vu que toute la dynamique de l'investissement-désinvestissement narcissique au cours du vieillissement se fondait sur une opposition narcissisme-mort.

On serait tenté d'invoquer simplement une relation directe entre le vieillissement et la défaillance du narcissisme. Après tout bien des auteurs parlent en termes de pertes narcissiques. Et les psychanalystes, à la suite de FREUD, conçoivent un affaiblissement du Moi chez les personnes âgées, conséquence à la fois du déficit des fonctions du Moi (fonctions intellectuelles par exemple) et d'une diminution de la force de la libido, d'origine organique.

En ce qui concerne les névroses actuelles, que nous avons vues si fréquentes au cours du vieillissement, l'hypothèse psychanalytique est que la libido, manquant de force pour se diriger vers les objets d'amour, stagne au niveau du sujet créant des perturbations du fonctionnement narcissique.

C'est peut-être se référer un peu trop schématiquement à une énergie biologique conçue à la manière d'une force physique.

L'étude de l'influence des facteurs sociaux au cours du vieillissement, de même que les conséquences des désordres biologiques dont nous avons analysé la signification, nous amènent à penser que certaines sources du narcissisme se tarissant, le vieillissement est marqué bien plus par un changement dans la qualité du narcissisme que par une insuffisance. D'ailleurs lorsque les psychanalystes parlent d'un « destin du narcissisme », c'est donc bien à en trouver une nouvelle forme qu'il faut s'attacher. De la réponse à cette interrogation dépend toute la problématique du vieillissement dans notre Société : dire que le sujet âgé souffre d'une insuffisance narcissique en même temps que d'un désintérêt pour le monde extérieur, ou dire qu'il devient « hypernarcissique » parce que sa libido se détache des objets extérieurs, revient à connotter le vieillissement d'un jugement négatif.

Alors que toute notre démarche tend à montrer que la fréquence de la pathologie chez les personnes âgées traduit l'incapacité de l'organisation sociale à les aider à opérer les changements nécessaires dans leurs rapports au monde ; ce qui revient à dénoncer l'absence de statut social accordé à la vieillesse dans notre type de société.

C'est en suivant la ligne de force du narcissisme, garant de l'identité du sujet vieillissant à travers des changements imposés par l'environnement et les lois biologiques, que nous verrons s'il existe des possibilités de substitution ou de changement.

1 — Le narcissisme à l'âge de la vieillesse

L'étude des conditions sociales au cours du vieillissement, l'analyse de la signification de la mort dans notre société, ainsi que celle du corps, nous ont amené à rejoindre la proposition de

J. DUMAZEDIER, qui, parti de la signification des loisirs dans notre civilisation, pense qu'à l'âge du vieillissement la subjectivité de l'individu devient en elle-même une valeur sociale.

Deux ensembles de valeurs sociales dominantes surgissent. L'une en relation avec « l'instrumentalité », dont nous avons déjà parlé, fondée sur le travail, l'efficience, la réussite, la maitrise de soi et de l'environnement, l'emprise sur la réalité, la performance, la précision de l'intelligence, la clarté de l'organisation.

Lorsque l'identité est mise en cause par les changements biologiques et sociaux en rapport avec le vieillissement, il y a la possibilité de recours, pour ceux qui en ont les moyens et qui ne « veulent » pas changer, aux valeurs de notre culture, celles que G. MENDEL a décrites comme étant caractéristiques : l'identité fondée sur le pouvoir et l'avoir, le cloisonnement hiérarchique, la « captation-agressive ». Pour G. MENDEL la technologie reflète ce mode d'organisation sociale. Il cite Ch. BRISSET, pour qui l'organisation technologique contribue à « faire rentrer l'angoisse dans le corps » et en supprimant les fantasmes à transformer la pathologie hystérique (donc expressive) en pathologie moderne, psychosomatique (en relation avec une pensée opératoire).

L'autre forme de la vie sociale, plus centrée sur les loisirs, s'affirme peu à peu. L'identité est basée sur la recherche de l'expression de soi, sur l'identification à l'autre, sur la communication. Car le loisir n'est pas assimilable à la seule recherche de plaisir, qui ne peut tenir lieu d'identité.

Il serait stérile et artificiel d'opposer ces deux formes l'une à l'autre, de donner plus de valeur à l'une qu'à l'autre : ce sont deux modes d'être qui se combinent diversement.

On ne peut dire non plus que l'Idéal du Moi corresponde exactement à la culture instrumentale. L'artiste par exemple a un Idéal du Moi qui lui permet de vivre en marge de l'organisation sociale. Mais généralement cet aspect du narcissisme représenté par cette instance s'appuye sur un idéal collectif inspiré des valeurs culturelles.

Si donc l'Idéal du Moi ne peut plus servir le narcissisme du sujet après les années de maturité, parce qu'il est calqué sur un modèle collectif applicable aux adultes jeunes ; et si la résistance au changement ne peut s'établir grâce à des comportements sociaux (le maintien du pouvoir) ou à la maladie (organisations défensives), de quelle façon le narcissisme nécessaire à la vie, peut-il se maintenir ? (1) C'est ici que la fonction du Soi, comme nous l'avons déjà annoncé, prend le relais.

(1) Nous ne pouvons, dans le cadre de ce travail, développer toute la théorie psychanalytique concernant le narcissisme. C'est ainsi que nous n'avons pas mentionné le Moi-Idéal, ou représentation imaginaire d'un double idéalisé, d'origine narcissique également, qui d'ailleurs s'effondre plus ou moins à l'âge de la vieillesse, dans sa confrontation avec la réalité. On pourra lire à ce sujet l'excellent travail de G. ROSOLATO : « L'axe narcissique des dépressions ». Nouvelle revue de psychanalyse - N° II - Printemps 1975 - GALLIMARD - Paris.

Rappelons en effet que E. et J. KERTEMBERG disent qu'il y a un destin fonctionnel propre du Soi, à l'image des auteurs qui parlent d'un destin du narcissisme. La question qui se pose pour nous est de savoir s'il est possible d'opérer un rapprochement entre un éventuel fonctionnement du Soi au cours du vieillissement qui aurait pour lui l'avantage de ne pas être lié à l'efficience instrumentale du corps et de l'intellect comme l'est généralement l'Idéal du Moi, et un mode d'être assimilable à une culture basée sur la valeur des loisirs.

2 — Soi et vieillissement

— L'opposition mort-narcissisme, se traduit sur le plan clinique par ce que BUTLER appelle le « sens de l'immédiat ». De fait les personnes âgées qui peuvent affronter leur propre mort à venir, disent que chaque instant de vie prend une importance qu'il n'avait pas auparavant. Ce n'est plus la notion d'un but à atteindre (Idéal du Moi) qui domine le déroulement de la vie et fait perdre souvent le plaisir du moment. L'instant est vécu simplement pour ce qu'il apporte de vie et de plaisir, n'ayant d'autre sens que d'être une « anti-mort ». Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'intensité des émotions et des sensations est souvent plus forte qu'à un âge plus jeune.

Nous rapprochons ce mode d'être, du « plaisir de fonctionnement » décrit par E. et J. KERSTEMBERG, forme de narcissisme secondaire dans le prolongement de la fonction du Soi et de l'autoérotisme, facilement appréhendable chez l'enfant ou l'adolescent qui à certains moments n'ont d'autre plaisir que de faire « fonctionner » leur corps au cours de jeux ou de danses. En ce qui concerne le vieillissement les auteurs se sont arrêtés au plaisir d'une activité professionnelle pour la femme qui n'en avait jamais exercée, après la ménopause.

Nous pensons que le simple plaisir de se sentir exister qu'on peut relever chez les personnes âgées est une forme du plaisir de fonctionnement et donc une activité narcissique.

Le sens de l'immédiat pose tout le problème du sens du temps. L'Idéal du Moi introduit la notion du devenir. Sa remise en cause, au moins partielle, laisse à découvert le temps du Soi qu'on peut concevoir comme un temps « alterné » : rempli dans les moments de vécu narcissique, vide à l'époque de l'ennui et de l'attente lorsqu'il y a coupure avec l'environnement.

L'absence de fonctionnement du narcissisme donnant lieu au « temps mort » de la dépression comme l'appelle A. GREEN.

— A propos de la relation établie avec l'environnement, nous avons dit que le Soi, de même que le Self de WINNICOTT, est à la limite de la distinction entre le sujet et l'objet, entre l'enfant et sa

mère. Ceci n'est pas sans nous rappeler la valeur narcissique que prennent les objets, ou les lieux ou les personnes proches au cours du grand âge, au point que la simple séparation, c'est bien connu, entraine parfois la confusion mentale ou la mort. Il est clair que les objets sont devenus des objets narcissiques hautement investis, comme s'ils faisaient partie de la personne. Les limites entre intérieur et extérieur sont devenues floues, et ceci n'est pas sans évoquer la notion d'objet transitionnel de WINNICOTT, dont l'exemple classique est donné par la tétine qui est à la fois la mère et l'enfant. Egalement KOHUT dans une théorie narcissique parle d'un « Soi-Objet » qui est ni tout à fait la personne ni tout à fait un objet bien différencié de l'individu.

Ces observations nous semblent s'accorder parfaitement avec la notion de proxémie de D. HALL, c'est-à-dire l'investissement de l'espace **comme prolongement de l'investissement du corps** (c'est-à-dire narcissique) qui chez des personnes très âgées prendrait une forme particulière : le « territoire » investi serait l'espace proche et la forme de relation préférentielle serait le toucher, le contact cutané, posant donc le problème des limites du corps et de la personne.

Ainsi le lieu investi serait moins marqué par le désir de maitrise qu'on peut avoir à un âge plus jeune et dans une perspective instrumentale que par la nécessité de se sentir en sécurité.

Ces constatations se trouvent validées dans la pratique clinique par les effets que peuvent avoir certaines thérapeutiques basées sur une approche corporelle, comme la relaxation accompagnée d'une sécurisation fournie par un fond musical ou la voix rassurante du moniteur.

La forme particulière d'investissement de l'environnement adoptée au cours du vieillissement nous parait répondre au fonctionnement narcissique en relation avec le Soi. Elle montre l'importance extrême, fait bien connu, que prend la qualité de l'environnement au cours de la vieillesse ; phénomène qui peut s'effectuer dans le cadre d'une régression ou d'une dépendance, ou bien en relation avec l'exacerbation d'un mode de relation qui existe auparavant mêlé à d'autres modes, et qui entre autres permet la compréhension empathique d'autrui. Rappelons une phrase citée par J. PALACI : « Selon KOHUT, l'évolution normale du développement narcissique mènera à l'amour de Soi équilibré, à l'estime de Soi, à la compréhension empathique, au sens de l'humour et à la créativité. »

Il est de fait que les personnes âgées sont capables de percevoir les variations d'humeur de leur entourage, qui échappent à des plus jeunes.

Pour KOHUT la période de formation du Soi (entendue dans le sens de self des anglo-saxons c'est-à-dire le soi-même) et du « Soi-

objet » est garante du degré de cohésion à certains âges de la vie en particulier au cours de la vieillesse.

— Cette véritable intrication du sujet vieillissant avec l'environnement, qui devient à partir d'un certain âge quasi-biologique à mesure que le Moi dispose d'instruments de moins en moins capables de préserver son autonomie et que l'homéostasie du corps est plus fragile, ne se fait qu'au prix d'une acceptation de la fuite du passé, ou de la perte de sa propre importance. Ceci ne va pas sans angoisse à laquelle certaines personnes essayent d'échapper par le maintien d'un pouvoir ou par une exacerbation du sens de la propriété (l'accumulation de petits objets sans utilité ou de journaux, allant jusqu'à un encombrement du logement, en est un exemple.)

C'est ce qui fait dire à ERICKSON que c'est grâce à un bilan de vie positif et à la satisfaction qu'elle en retire que la personne vieillissante peut s'engager sans désespoir dans la dernière phase de sa vie ; c'est-à-dire accepter le « jamais plus » et la perte de l'importance à condition de conserver une estime de soi-même par un bilan de vie positif.

Cependant dans le vieillissement même, la personne âgée peut trouver à satisfaire son narcissisme. Si elle peut dépasser l'angoisse de la perte de son importance c'est-à-dire la peur d'être dépossédée de ce qu'elle a acquis, de son pouvoir sur l'environnement et finalement la peur de revenir en arrière, de se retrouver dans une situation infantile, elle utilise alors les satisfactions que lui apportent les réminiscences et les souvenirs. Il est bien connu que les personnes âgées sont capables de revivre des souvenirs anciens mieux que lorsqu'elles étaient plus jeunes. Simone de BEAUVOIR cite le cas de TOLSTOI qui dans son grand âge prenait beaucoup de plaisir à revivre des scènes de sa petite enfance avant de se lever le matin. Ce rapprochement vécu avec la mère est assimilable à ce que BALINT appelle la régression thérapeutique, c'est-à-dire une possibilité de recharger en quelque sorte le narcissisme de base, celui qui à notre sens correspond au fonctionnement du Soi. NACHT a également évoqué l'existence de ce processus à certains moments des cures analytiques.

Il n'est pas sans intérêt de noter à propos de ces problèmes que par analogie à l'objet transitionnel dont nous avons parlé plus haut, GREEN a pensé que les moments de l'endormissement et du réveil pourraient être appelés des temps transitionnels, limites entre le monde extérieur et la vie intérieure.

Alors la capacité à la régression ne serait pas un simple retour en arrière assimilable au « retomber en enfance » et à la dépendance, mais une possibilité de retrouver une relation enrichissante avec l'environnement et en quelque sorte de s'y fondre.

Les hommes, plus que les femmes, ne surmontent pas l'angoisse de la régression. C'est parce qu'ils sont dans leur organisation plus

« instrumentaux » qu'elles. Le résultat tangible est qu'ils acceptent beaucoup plus difficilement de se faire soigner craignant la situation de dépendance relative que cela implique. Ceci est vérifié par les nombreuses enquêtes faites sur ce sujet.

Ils ne savent pas non plus trouver satisfaction dans une perception simple de l'environnement qui suppose une certaine passivité.

— L'amenuisement du fonctionnement instrumental renforce la capacité aux rêves qui jouent un rôle important pour le maintien du narcissisme.

Les rêveries font partie de la vie des personnes âgées. La façon fréquente dont elles projettent leurs propres sentiments sur le milieu ambiant sont du ressort du même phénomène. L'environnement perd alors ses qualités objectives et devient globalement hostile ou bienveillant selon la vie intérieure de la personne.

La capacité aux rêves commande l'existence ou non du sentiment de solitude. Nous en avons donné un bon exemple lorsque nous avons cité F. MAURIAC. Rêves, activités fantasmatiques, narcissisme et corps sont étroitement liés. Le corps entier participe à l'activité onirique dit Geza ROHEIM. Au travers de la capacité au rêve c'est donc tout l'investissement du corps qui est posé, non pas dans son aspect instrumental, mais dans sa dimension plaisir-déplaisir.

Les sensations cœnestésiques jouent probablement un rôle important dans cette forme d'investissement du corps. SPITZ fait remarquer qu'elles sont appauvries chez l'homme occidental. Or rappelons-nous que nous avons rapproché la cœnesthésie du fonctionnement de Soi, étouffé par la culture technologique de notre société.

Nous avons noté avec intérêt que Ph. BOURGEOIS dans une étude de l'image du corps envisage la relaxation comme une « méthode de rééducation du vécu corporel aboutissant à la formation d'une image du corps narcissiquement satisfaisante ». C'est bien dans ce sens que nous utilisons la relaxation comme méthode thérapeutique chez les personnes âgées en favorisant de plus une activité fantasmique.

CONCLUSION

A partir de nos constatations sur le rôle joué par le narcissisme dans la pathologie de la sénescence, nous avons été amenés à proposer les bases d'une théorie narcissique du vieillissement en accord avec l'ensemble des faits observés concernant cette période de la vie.

Nous pensons avoir montré qu'un narcissisme conçu comme l'amour positif de soi-même, n'interdisant pas l'amour des autres (et qui n'est donc pas synonyme de repli sur soi), s'oppose constamment au processus de mort. Le vieillissement serait en somme une lutte permanente entre l'investissement affectif de soi-même, et le désinvestissement qui aboutit à la mort.

Replacé dans l'ensemble du « cycle de vie » c'est la trajectoire du narcissisme qu'il nous faut envisager et son rôle tout au long de la vie : ce qu'avec d'autres auteurs nous appelons le « destin fonctionnel du narcissisme ».

Chez l'adulte jeune le narcissisme est satisfait par l'Idéal du Moi, objectif à atteindre par rapport auquel il situe sa propre valeur qui le rend digne d'être aimé et de s'aimer lui-même.

Or nous avons vu qu'à l'Idéal du Moi de l'adulte jeune correspondait la plupart du temps un Idéal de société basé sur le pouvoir, le prestige, l'efficacité. On comprend que les phénomènes biologiques joints à certains événements sociaux comme la retraite constituent une blessure narcissique atteignant l'Idéal du Moi et précipitent par là-même le désinvestissement de soi-même et la survenue de la mort.

Mais nous avons émis l'hypothèse que l'organisation des sociétés industrielles actuelles, si elle répondait à un certain type d'Idéal du Moi, donc de fonctionnement narcissique, masquait une autre forme de narcissisme plus profondément enfouie dans la personnalité, aisément perceptible chez l'enfant et qui doit suivre son développement propre, parallèle à celui de l'Idéal du Moi. C'est le Soi, dont les manifestations se situeraient davantage au niveau des fonctions expressives du corps, des perceptions les plus diffuses et

mêlées aux affects, des communications avec autrui et l'environnement les plus primaires. La difficulté à se situer au niveau de ce registre au cours du vieillissement rendrait compte de nombreuses perturbations, en particulier la plus fréquente et la plus caractéristique : l'hypocondrie.

Le narcissisme entretient avec les données biologiques des liens d'articulation : nous avons vu qu'un déficit pouvait, par la blessure narcissique qu'il représente, être à l'origine d'un vieillissement de soi-même.

De même il s'articule avec les données sociologiques. L'attachement au passé, par exemple, qui est une forme de manifestation du narcissisme, ne peut se comprendre si on ne l'intègre pas dans une approche globale des processus sociaux. Le narcissisme joue à ce niveau un rôle de résistance au changement que l'étude des rapports entre classe d'âge met en évidence.

Mais l'organisation sociale exerce en retour un ensemble de contraintes sur l'individu auxquelles certaines formes de narcissisme, celui le plus en rapport avec la subjectivité lui permet d'échapper. On a vu, dans la première partie de ce travail que les critères purement médicaux et psychologiques étaient insuffisants pour rendre compte des faits pathologiques qui s'organisent en un véritable langage entre la personne et l'environnement social. La maladie comporte paradoxalement un versant représentant une forme de libération par rapport aux rôles assignés par la société globale à la personne âgée ; elle fournit un modèle d'identité dans lequel le narcissisme trouve son compte dans le cadre d'une lutte existence-mort-néant, que nous a révélé l'étude clinique, la mort étant ici représentée et préparée par le rejet social.

Une étude sociologique est maintenant indispensable pour saisir les phénomènes dans leur ensemble.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

AJURIAGUERRA, J. de, and TISSOT, R. — Aspects of psycho-neurologic desintégration in senile dementia in Müller, C. and Ciompi, L. (Ed.) *Senile dementia* - Huber - Bern - 1968.

AJURIAGUERRA, J. de, RICHARD, J., TISSOT, R. — « De l'application des méthodes de la psychologie génétique à l'étude de l'évolution des fonctions cognitives dans l'âge avancé. »
Revue Française de Gérontologie, 1972.

AJURIAGUERRA, J. de, REGO, A., RICHARD, J. et TISSOT, R. — « Psychologie et psychométrie du vieillard. » *Confrontations psychiatriques*, 5, 1970.

ANGELERGUES, R. — « Réflexion critiques sur la notion de schéma corporel » in *Psychologie de la connaissance de soi*, P.U.F., 1975.

A.P.U.R. — *La population âgée de Paris en 1968*, B.A.S., juillet 1971.

ATTIAS-DONFUT, C. — *La personne âgée et son aide-ménagère*. Etude C.N.A.V.T.S., 1975.

BALIER, C. et BOURGERON, G. — « Fonctionnement d'un centre de jour pour personnes âgées à Paris. » *7e congrès international de gérontologie*, Vienne 1966.

BALIER, C., BOURGERON, J.P., BOURGERON, G. et FERRY, M. — « Enquête sur les besoins médicaux et sociaux des personnes âgées du XIIIe arrondissement de Paris. » *Bulletin de l'I.N.S.E.R.M.* T. 23, N° 2, 1968.

BALIER, C. —
- « Les états névrotiques chez les personnes âgées »
  Gazette Médicale de France, 75/16, 1968.
- « Hygiène Mentale et Vieillissement »
  in *Progrès en Gérontologie*, Flammarion, 1969.
- « La pathologie psychiatrique chez la personne âgée »
  Santé de l'homme, 1970.
- « Les comportements psychiques des personnes âgées »
  Evolution Médicale, tome 13, n° 5, 1970.
- « La thérapeutique dans les centres de jour »
  Revue Française de Gérontologie, décembre 1973.
- « La solitude : dénuement ou plénitude ? »
  Gérontologie 73, n° 10, mars 1973.
- « Le centre de jour pour retraités. Un service thérapeutique nouveau »
  Gazette Médicale de France, tome 82, n° 3, 1975.
- « Syndrome dépressif de la sénescence »
  Revue de gérontologie d'expression française, n° 3, juin 1975.

BALIER, C., DRUENNE, M. DRUENNE, D., GOGNALONS-CAILLARD, M., LEBLOIS, O. — « Le centre de jour et sa place dans une politique cohérente de la vieillesse. » *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3, juillet-septembre 1972.

BALINT, M. —
- *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris, 1960.
- *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Payot, 1961.
- *Le défaut fondamental*, Payot, Paris, 1971.
- *Les voies de la régression*, Payot, Paris, 1972.

BEAUVOIR, S. de. — *La vieillesse*, Gallimard, Paris, 1970.

BENSAID, N. — *La consultation*, Mercure de France, 1973.

BERGERET, J. — *La dépression et les états limites*, Payot, Paris, 1974.

BEREZIN, M.A. — « Some intrapsychic aspects of aging », in N.E. Zinberg ang I. Kaufmann (Ed.) : *Normal psychology of the aging process*, Intern. Univ. Press, New York, 1963.

BERNARD, M. — *Le corps*, Editions Universitaires, 1972.

BERTHAUX, P. — « Le vieillissement normal et pathologique », *La Revue du Praticien*, tome XXII, n° 2, janvier 1972.

BIRREN, J.E. (Ed.). — *Handbook of aging and the individual*, Univ. Chicago Press, Chicago, 1959.

BONNAFE, L., CHAURAND, A., et TOSQUELLES, F. — « Quelques précisions théoriques et pratiques sur le travail des malades; valeur thérapeutique de la qualité, du rendement, de la rémunération », *Ann. Méd. Psychol.* ; 1, 1971.

BOURGEOIS, P. — « Les limites de l'image du corps dans l'anorexie mentale », *Evol. Psych.*, tome XXXVIII, fas. 1, 1973.

BOURLIERE, F., DEDIEU-ANGLADE, C., PICHOT, P., et BERNARD, P. — « Les troubles psychiques « mineurs » de la sénescence, conséquences et possibilités thérapeutiques », *Hygiène Mentale*, 58, 1964.

BOURLIERE, F. —
- « Longévité et milieu ; le rôle des facteurs écologiques dans le processus de la sénescence »
  Rev. prat., 16, Paris, 1966.
- *Progrès en gérontologie*, Flammarion, Paris, 1969.

BROWN, N.O. — *Eros et Thanatos*, Denoël, Paris, 1960.

BUTLER, R.N. — « The life review ; an interpretation of reminiscence in the aged », *Psychiatry*, 26, 1963.

BUTLER, R.N., LEWIS, M.I. — *Aging and Mental Health*, The c.v. Mosby company, St-Louis, 1973.

BUSSE, E.W. — « Psychopathology » in Birren, J.E. (Ed.) : *Handbook of aging and the individual*, Univ. Chicago Press, Chicago, 1959.

CAMERON, N. — « Neuroses of later maturity », in Kaplan, O.J. (Ed.) : *Mental disorders in later life*, Stanford Univ. Press, Stanford, Calif., 1956.

CANGHILHEM, G. — « *Le normal et le pathologique*, Nouvelle Edition, 1972.

CATH, S.H. — « Some dynamics of middle and later years : a study in depletion and restitution », in M.A. Berezin and Cath, S.H. (Ed.) : *Geriatric psychiatry : grief, loss, and emotional disorders in the aging process*, Intern. Univ. Press, New York, 1965.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J. —
- « Corps vécu et corps imaginaire dans les premiers travaux psychanalytiques »
  Rev. Fr. de Psychanalyse, n°s 2-3, mars-juin 1963.

- « Présentation du rapport sur l'Idéal du Moi »
  Rev. Fr. Psychanalyse, tome XXXVII, n°° 5 - 6, sept.-déc. 1973.

C.I.G.S. — *Colloque concernant les dépenses médicales*, 1974.

CIOMPI, L., et LAI, G.P. — *Dépression et vieillesse*, Huber, Berne, 1969.

CIOMPI, L. — « Manifestations de la dépression dans la vieillesse », *Médecine et Hygiène*, 27, 1969.

COURBON, P. —
- « Psychologie de la vieillesse », *J. de psychol.*, 1927.
- « Pathologie mentale de la vieillesse », *Paris Médical*, juillet 1938.
- « L'involution mentale sénile », *J. de psychol.*, 1939.

CUMMING, E., and HENRY, W.E. — *Growing old*, Basic Books, New York, 1961.

CUMMING, E. —
- « Further thoughts in the theory of disengagement »
  Int. Soc. Sci. J., 15, 1968.
- « New thoughts in the theory of disengagement »
  J. Psychiat., 6, 1968.

CUMMING, J., and CUMMING, E. — *Ego and milieu*, Atherton Press, New York, 1962.

DADOUN, R. — *Geza Roheim et l'essor de l'anthropologie psychanalytique*, Payot, Paris, 1972.

DA SILVA, G. — « Considérations sur le vieillissement et la psychothérapie des personnes âgées », *Laval méd.*, 37, 1966.

DAUMEZON, G. — « Les fondements d'une psychothérapie collective », *Evol. psych.*, 1948, n° 3.

DEDIEU-ANGLADE, G. —
- « Contribution à l'étude des névroses d'involution »
  Thèse, Paris, 1961.
- « Les émergences névrotiques au cours du vieillissement. Progrès thérapeutiques à propos d'une observation »
  Rev. Fr. de Géront., 7, 1961.
- « Psychothérapie au cours du troisième âge »
  Confrontations psychiat., n° 5, 1970.

DEVEREUX, G. —
- *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1970.
- *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris, 1972.

DIATKINE, R., and SIMON, J. — *La psychanalyse précoce*, P.U.F., Paris, 1972.

DUMAZEDIER, J. —
- Mutations culturelles des sociétés post-industrielles. Incidences sur le rôle des loisirs dans le mode de vie spécifique du troisième âge, in *Loisirs et 3° âge*, C.I.G.S., 1972.
- *Sociologie empirique du loisir*, Le Seuil, 1974.

DUPUY-KARSENTY. — *L'invasion pharmaceutique*, Le Seuil, 1974.

DURKHEIM, E. — *Les règles de la méthodes sociologique*, P.U.F., 14° Ed., 1960.

DUVIGNAUD, J. — *L'Anomie*, Anthropos, 1973.

EY, H. — *Etudes psychiatriques*, Desclée de Brauwes et Cie, Paris, 1952.

ERIKSON, E.H. — *Identity and the life cycle*, Psychol. Issues, 1, I, Intern. Univ. Press, New York, 1959.

FAVEZ-BOUTONNIER, J. — *L'angoisse*, P.U.F., 1963.

FERENCZI, S. — *Thalassa. Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*, Payot, Paris.

FERRY-KARSENTY. — Pratiques médicales et système hospitalier, *CEREBE*, janvier 1974.

FLEURY, M. de. — « Contribution à l'étude de l'hystérie sénile », *Thèse*, Bordeaux, 1890.

FREUD, S. —
- « Pour introduire le narcissisme », 1914
  trad. fr. in *La vie sexuelle*, P.U.F., Paris, 1969.
- « Le Moi et le Soi » in *Essais de psych.*, Payot, Paris, 1948.
- *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, 1968.
- *Au-delà du principe de plaisir*, Payot, Paris.
- *Totem et Tabou*, Payot, Paris, 1973.
- *Névrose, psychose et perversion*, P.U.F., Paris, 1973.
- *Inhibition, symptôme et angoisse*, P.U.F., Paris, 1965.
- *Introduction à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1966.

FOUCAULT, M. — *Naissance de la clinique*, P.U.F., 1°° édition, 1972.

GITELSON, M. —
- « The emotional problems of elderly people », *Geriatrics*, 1948, 3.
- « A transference reaction in a sixty-six years old woman »
  in M. Berezin and S. Cath (Ed.) : *Geriatric psychiatry : grief, loss, and emotional disorders in the aging process*, Intern. Univ. Press, New York, 1965.

GOGNALONS-CAILLARD, M. —
- « Talks with father William : senile or sensible ? Some probleme in interviewing the mentally ill elderly »
  Journal of Phenomenological Psychology, vol. 1, n° 2, Spring, 1971.
- « Le Centre de Jour », *Revue des Affaires Sociales*, 1972-73.
- « Loisirs et vieillissement », *Gérontologie 1973*.
- « La production sociale de la maladie par l'isolementt », numéro spécial sur la solitude, *Gérontologie 73*.
- « La sociologie du pilote », *numéro spécial de la C.N.A.F.*, 1973.
- *Un service social : le club de loisirs pour personnes âgées*
  Publication GERSPPA, 1973, 175 pages.
- « The elderly and the community : Reidentifying Unmet Neads »
  Journal of Gerontology, vol. 28, n° 4, 1973.
- « Le rôle du social dans la psychopathologie de la vieillesse »
  Revue Française de Gérontologie, décembre 1973.
- « L'insuffisance des critères médicaux en pathologie gériatrique »
  Médecine et Hygiène, 33° année, n° 1150, mai 1975.

GOGNALONS-CAILLARD, M., ROCH, B. —
- *Bilan bibliographique des réalisations de logement européennes et américaines pour le 4° âge*, vol. I, janvier 1975.
- *Etude monographique sur les conditions de vie d'une population de plus de 75 ans : vers une définition opérationnelle du 4° âge* (Population du XIII° arrondissement de Paris), vol. II, juin 1975.

  Rapports de recherche présentés au Ministère de l'Equipement.

GOLDFARB, A.L. — « Minor maladjustments in the aged », *American Handbook of psychiatry*, vol. I.

GOLSTEIN, K. — *La structure de l'organisme*, Gallimard, Paris, 1951.

GRODDECK, G. — *La maladie, l'art et le symbole*, Gallimard, Paris.

GREEN, A. — « Le temps mort », *Nouv. Rev. de Psychanalyse*, n° II, printemps 1975. Gallimard, Paris.

GROTJAHN, M. —
- « Psychoanalytic investigation of a seventy-one years old man with senile dementia »
  Psychoanalytic quaterly, 9, 1940.
- « Psychothérapie analytique des gens âgés », *La psychanalyse*, P.U.F., 2, 1956.

GRUNBERGER, B. —
- « Etude sur la dépression »
  Rev. fr. de psychanalyse, n°° 2 - 3, 1965.
- *Le narcissisme*, Payot, Paris, 1971.

GUILLEMARD, A.M. — *La retraite : une mort sociale*, Paris, Mouton, La Haye, 1972.

HALL, E.T. — *La dimension cachée*, Le Seuil, Paris, 1971.

HARTMANN, H. — « Commentaires sur la théorie psychanalytique du Moi »
Rev. Fr. de Psychanalyse, tome XXXI, n° 3, 1967.

JAQUES, E. — « Death and the Mid-life, *Int. j. of psychanalysis*, 46, 1963.

JONES, E. — « The concept of a normal mind », *Int. j. psycho-anal.*, XXIII, 1943.

JOUVE, A. — « Le profil psychologique, facteur de risque dans la maladie coronarienne ». Clinique cardiologique et cardiologie expérimentale de l'U.E.R. de médecine, Centre Cantini, Marseille, 1974.

KAPLAN, O.J., (Ed.). — *Mental disorders in later life*, Stanford Univ. Press, Stanford (Calif.), 1956.

KAUFMANN, I. — « Psychodynamic considerations in normal aging », in N.E. Zinberg and I. Kaufmann (Ed.) : *Normal psychology of the aging process*, Intern. Univ. Press, Inc., New York, 1963.

KAUFMANN, M.R. — « Old age and aging : the psychanalytic point of view », *Amer. j. of orthopsychiatry*, 10, 1940.

KAY, D.W.K., BEAMISH, P. and ROTH, M. — « Old age mental disorders in Newcastle upon Tyne » Part I et II, *Bri. j. psychiat.*, 110, 1964.

KESTEMBERG, E., et KESTEMBERG, J. — « Contribution à la perspective génétique en psychanalyse », *Revue Fr. de Psychanalyse*, n°° 5 - 6, sept.-déc. 1966.

KESTEMBERG, E., KESTEMBERG, J., DECOBERT, S. — *La faim et le corps*, Collection « Le fil rouge », P.U.F., Paris, 1972.

KLEIN, M. —
- *La psychanalyse des enfants*, P.U.F., 1959.
- *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1966.

KOHUT, M. — *The analysis of the self*, Inter. Univ. Press, New York, 1971.

LAI, G. — « L'évolution psychodynamique des patients déprimés dans la sénescence », *Evol. Psych.*, 35, 1968.

LEBOVICI, S. — « A propos de la lecture des textes freudiens sur le narcissisme », Colloque sur le Narcissisme, *Revue Fr. de Psychanalyse*, tome XXIX, 1965.

LE GUILLANT, L. — « Introduction à une psychopathologie sociale », *Evol. psych.*, n° 1, 1954.

LINDEN, M.E. — « Repression and recession in the psychosis of the aging », in N.E. Zinberg and I. Kaufmann (Ed.) : *Normal psychology of the ageing process*, Intern. Univ. Press, New York, 1963.

LIPMAN, A. — « Functionality of desengagement in old age », *Journal of Gerontology*, october 1968.

LOEWENSTEIN, R. — « Rapport sur la psychologie psychanalytique de H. Hartmann, E. Kris et R. Loewenstein », *Revue Fr. de Psychanalyse*, n°° 5 - 6, sept.-déc. 1966.

LOWENTHAL, M.F. — *Lives in Distress*, Basic Books Inc., New York, 1964.

LOWENTHAL, M.F., and BOLER, D. — « Voluntary involuntary social withdrawal, *J. Geront.*, 20, 1965.

MADDOX, G. — « Self-assessment of health », in *Normal Aging*, vol. 2, Duke University Press, 1974.

MAGNAN, V. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Bataille et Alcan, Paris, 1897.

MALLET, J. — « La dépression névrotique », *Evol. Psych.*, Fasc. III, 1955.

MARTY, P. — « La dépression essentielle », *Revue Fr. de Psychanalyse*, tome XXXII, n° 3, 1968.

MAURIAC, F. — « *Nouveaux mémoires intérieurs* », Flammarion, 1965.

MENDEL, G. — *Anthropologie différentielle*, Payot, Paris, 1972.

MERLOO, J.A.M. — « Psychotherapy with elderly people », *Geriatrica*, 10, 1955.

MULLER, C., and CIOMPI, L. (Ed.). — *Senile dementia, clinical and therapeutic aspects*, Huber, Vern, 1968.

MULLER, C. — *Manuel de géronto-psychiatrie*, Masson, Paris, 1969.

NACHT, S., DIATKINE, R., et RACAMIER, P.C. — « Psychanalyse et sociologie », *Rev. Fr. de Psychanalyse*, tome XXI, mars-avril 1957.

NACHT, S., et RACAMIER, P.C. — « Les états dépressifs. Etude psychanalytique », *Rev. Fr. de Psychanalyse*, tome XXIII, n° 5, 1959.

NACHT, S. —
- *La présence du psychanalyste*, P.U.F., Paris, 1963.
- *Guérir avec Freud*, Payot, Paris, 1971.

NOWLINT, J.B. — « Anxiety during a medical examination », in *Normal Aging*, vol 2, Duke University Press, 1974.

OULES, J. — « Les névroses du troisième âge », *Confrontations psychiatriques*, n° 5, 1970.

PALACI, J. — « Réflexions sur le transfert et la théorie du narcissisme de Heinz Kohut », *Rev. Fr. de Psychanalyse*, tome XXXIX, janvier-avril 1975.

PARSONS, T. —
- *The social system*, Glencoe, Ill. Tress Press, 1951.

PARSONS, T., and BALES, R. —
- *Family, Socialization and Interaction Process*, Glencoe, Ill, Fress Press, 1955.
- Illness and the role of the physician : a sociological perspective in Cluckhohn and Murray Ed. : *Personality in Nature, Society and Culture*, N.Y. Alfred A. Knopf, 1965, (p. 609-617).

PASCHE, F. —
- « De la dépression », *Revue Fr. de Psychanalyse*, tome XXVII, mars-juin 1963.
- « L'anti-narcissisme », Colloque sur le Narcissisme, *Revue Fr. de Psychanalyse*, tome XXIX, 1965.

PHILIBERT, M. — *L'échelle des âges*, Le Seuil, Paris, 1968.

PITRES et REGIS. — *Les obsessions et les impulsions*, Doin, Paris, 1902.

POST, F. —
- « The signifiance of affective symptoms in old age. A follow-up study of one hundred patients », Mandsley, 10 Oxford Univ. Press, London, 1962.
- *The clinical psychiatry of late life*, Pergman Press, Oxford, 1965.
- *Persistent persecutary states of the elderly*, Pergman Press, Oxford, 1966.

POSTEL, J., RANCOULE, M., POSTEL, M., et LUKSEMBERG, M. — « La prévention des défaillances psychiques du vieillard », *Ann. Méd. Psychol.*, 119, 1961.

RACAMIER, P.C. — « Le Moi, le Soi, la Personne et la Psychose », *Évol. Psych.*, tome XXVIII, fasc. IV, 1963.

REICH, W. — *La fonction de l'orgasme*, L'Arche, Paris.

RICHARD, S., et CONSTANTINIDIS, J. — « Les démences de la vieillesse », *Confrontations psychiatriques*, n° 5, 1970.

ROHEIM, G. — *Origine et fonction de la culture*, Gallimard, Paris, 1972.

ROSOLATO, G. — « Recension du corps », in « Lieux du corps », *Nouvelle rev. de Psych.*, n° 3, 1971.

SCHILDER, P. —
- « De la neurasthénie », *Rev. Fr. de Psychanalyse*, n° 6, 1933.
- *L'image du corps*, Gallimard, Paris, 1968.

SCHMALE, A.M. Jr., and ENGEL, G.L. — « The giving up, given up complexe illustrated in film », *Archives of General Psychiatry*, 17, 1967.

SEGAL, H. — *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, P.U.F., 1969.

SEGLAS. — « Des obsessions », in *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1895.

SHANAS, E. — *Old people in three industrialized societies*, New York, Atherton Press, 1968.

SHENTOUB, S.A. — « Remarques sur la conception du Moi et ses références au concept de l'image corporelle », *Rev. Fr. de Psychanalyse*, n°° 2-3, mars-juin 1963.

SIVADON, P., FOLLIN, S., et TOURNAUD, S. — « Les clubs sociothérapiques à l'hôpital psychiatrique », *Ann. Méd. Psychol.*, n° 1, 1952.

SPITZ, R.A. —
- « Genèse des premières relations objectales »
  Revue Fr. de Psych., 18, 1954.
- *Vers une réévaluation de l'auto-érotisme*
  Psychiatrie de l'enfant, fasc. I, vol. II, P.U.F., 1964.
- *De la naissance à la parole*, P.U.F., Paris, 1968.

STONGNEN, E. — « Epidemiology of old age psychiatric disorders »
in R.H. Williams, C. Tibbitts, W. Donahne : *Process of aging*, Atherton Press, New York, 1968.

Symposium sur la neurasthénie. — Analysé in *Rev. Fr. de Psychanalyse*, n° 4, 1930, 31.

THOMAS, A.U. — *Anthropologie de la mort*, Payot, Paris, 1974.

TRILLAT, E. — « Le corps, son vécu et ses représentations », *Rev. Fr. de Psych.*, n°° 2-3, mars-juin 1963.

TRILLAT, E., et SABOURIN-SIVADON, D. — « Le corps en psychiatrie », *Congrès de Psych. et de Neur. de langue française*, Monaco, juillet 1973.

WEISMAN, A.D. — « Discussion of a transference reaction in a sixty-six year old woman », in M.A. Berezin et S.H. Cath (Ed.) : *Geriatric psychiatry : grief, loss, and emotional disorders in the aging process*, International Universities Press, New York, 1965.

WILLIAMS, R.H., TIBITTS, C., DONANUE, W. (Ed.). — *Process of aging*, Atherton Press, New York, 1968.

WILLIAMS, W.S., JACO, E.G. — « An evaluation of fonctional psychoses in old ego », *Amer. j. Psychiat.*, 114, 1958.

WINNICOTT, D.W. —
- « Le corps et le self », in « Lieux du corps »
  Nouvelle rev. de Psych., n° 3, 1971.
- *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1971.

ZIEGLER, J. — *Les vivants et la mort*, Le Seuil, 1975.