



HAL
open science

Sublimation au cours de la vie et dépression névrotique au grand âge

Sylvie Mateu

► **To cite this version:**

Sylvie Mateu. Sublimation au cours de la vie et dépression névrotique au grand âge. Psychologie. 2021. dumas-03457341

HAL Id: dumas-03457341

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03457341>

Submitted on 30 Nov 2021

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

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

Mémoire de Master 1

Psychologie clinique, psychopathologie psychanalytique

Sublimation au cours de la vie et dépression névrotique au grand âge

Présenté par : **MATEU Sylvie**

N° étudiant : **21706732**

Sous la direction de : **NUSSHOLD Patricio**

TEXTE DE JUSTIFICATION DU VOLUME DU MÉMOIRE

La commission pédagogique du Master de Psychologie et Psychopathologie Cliniques, Psychanalyse de l'Université Paul Valéry –Montpellier III, en limitant le volume du mémoire de recherche à 30 pages (hors annexes, page de garde, sommaire et bibliographie), impose à chaque étudiant une exigence de rigueur et de concision. Dans l'esprit d'une publication scientifique (article d'une revue spécialisée ou chapitre d'ouvrage) il est demandé aux auteurs de spécifier leur rationnel théorique, de présenter le corpus de données de manière synthétique et/ou en sélectionnant les éléments les plus significatifs en référence à la problématique ainsi qu'à la méthodologie clairement identifiée.

Remerciements

La réalisation de ce travail d'étude et de recherche n'aurait pu s'élaborer sans l'appui des personnes suivantes. Je tiens à leur adresser toute ma gratitude.

Je remercie particulièrement ma garante, Stéphanie Savva, de m'avoir permis de réaliser ce stage en dépit du contexte sanitaire délicat. Ainsi, j'ai pu m'impliquer dans la pratique professionnelle et découvrir la clinique spécifique de la personne âgée. Sa posture a eu valeur d'exemple quant à ce « pas de côté »¹ nécessaire au psychologue pour proposer un espace où la parole singulière pourra s'exprimer.

Je tiens à remercier Patricio Nussold pour son accompagnement à l'investigation heuristique de ce mémoire. L'espace transitionnel ouvert à la réflexion de ce travail d'étude et de recherche m'a permis d'avancer consciencieusement et de m'impliquer avec ferveur dans sa conception. Merci pour son recul et ses remarques constructives qui ont porté la réalisation de ce travail.

Mes remerciements vont également aux résidents et au personnel de l'EHPAD, pour m'avoir accueillie et avoir été ouverts à ma pratique clinique. L'implication de chacun à la vie collective dans l'établissement m'a donné l'opportunité de considérer les différents enjeux institutionnels. Leur engagement quant à la traversée des épidémies de Covid-19 a nourri beaucoup d'empathie et je souhaite leur exprimer ma reconnaissance.

Aussi, l'accompagnement de M. Jean-Charles Clément, psychologue clinicien d'orientation psychanalytique, a été salutaire pendant cette année universitaire et je l'en remercie pour son implication dans ce suivi. Ma quête désirante pour ce métier continue à prospérer telle une sublimation opérante.

Pour l'ouverture des considérations cliniques je tiens également à remercier M. René Odde et mes camarades du groupe d'analyse des pratiques de l'A.L.I à Montpellier. Leurs regards bienveillants m'ont aidée à prendre la mesure des observations cliniques de terrain.

Un remerciement particulièrement affectueux à Cécile Calvet et à tous ceux qui me soutiennent depuis de nombreuses années dans ce projet de reconversion professionnelle.

¹ Chalamet F., « L'urgence... à soutenir un « pas de côté ». Approche psychanalytique », *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en oncologie et en soins palliatifs* / sous la dir. de Alric J., Toulouse : Érès, (coll. L'Ailleurs du corps), 2015, p. 167-179.

« Vous êtes contraint d'admettre que vous n'êtes plus ce que vous étiez, et par conséquent c'est un travail sur soi. Vieillir c'est une ascèse. C'est, en effet, une distance qu'on met entre la vie qui progressivement vous quitte, et vous. C'est évidemment, depuis toujours, une source illimitée de réflexions, et je dis illimité délibérément parce que cette réflexion là, elle ne trouve pas sa fin. La question, nous aurons la réponse bientôt... Mais, elle demeure sans réponse de votre vivant. »

Robert Badinter

Interview *France 2*, le 09/11/2018

Au vu de la période sanitaire que nous traversons et des différentes épidémies de Covid-19 qui ont touché l'établissement, je souhaite dédier ce travail d'étude et de recherche à la mémoire des résidents décédés pendant ce stage.

Table des matières

Introduction.....	1
Revue de Littérature.....	2
1. La sublimation, un processus individuel à valeur sociale.....	2
2. Dépression et sujet âgé.....	6
3. Liens entre sublimation et dépression.....	9
Problématique et hypothèse.....	12
Méthodologie.....	12
Partie clinique I – Étude de cas de M. G.....	14
1. Anamnèse.....	14
2. Analyse clinique.....	15
Partie clinique II – Étude de cas de M. D.....	25
1. Anamnèse.....	25
2. Analyse clinique.....	26
Discussion.....	30
Conclusion.....	34
Bibliographie.....	36
Résumé.....	39

Introduction

Chaque forme de psychopathologie répond aux sollicitations du Moi à des âges différents. La clinique du sujet âgé est reconnue comme récente, à l'échelle de la psychologie clinique, et elle met en évidence des remaniements psychiques privilégiés en lien avec l'angoisse de perte et l'angoisse dépressive. « Pour autant, en fonction de la solidité antérieure de l'appareil psychique interne, en fonction de l'état des étayages externes de ce psychisme, en fonction enfin des événements traumatiques dans la réalité et du recours par le Moi à des modes plus ou moins élaborés, névrotisés ou pas, de ces traumatismes, d'autres modalités psychopathologiques peuvent apparaître. »¹. Ainsi, c'est au regard de la sublimation, qui met en jeu les procédés de symbolisation que nous souhaitons interroger les problématiques dépressives du grand âge. En considérant la sublimation, dans la théorie psychanalytique, comme un processus de subjectivation qui permet d'être au monde en lien avec les autres, il est intéressant d'observer comment ce mécanisme psychique, lorsqu'il a été mis à contribution tout au long d'un parcours professionnel notamment, peut se retrouver mis à l'écart sous le coup d'événements de vie en lien avec la question de la perte (tels que la retraite, le décès de personnes proches, l'amointrissement des fonctions corporelles ou cognitives) et renvoie à la dimension narcissique.

Tout d'abord, il semble important de définir le terme de « personne âgée », qui dans nos sociétés contemporaines, dans un langage communément admis, est l'individu qui s'inscrit dans la dernière période de sa vie, en lien avec un vieillissement inéluctable. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se base sur le critère premier de l'âge pour identifier l'individu comme « âgé » à partir de 60 ans, associé à la question du vieillissement : « Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. »². D'un point de vue psychanalytique « Le vieillissement se manifeste sur le plan somatique, cognitif, social, des objets d'amour et, reprenant tout cela avec plus ou moins de succès ou de souffrance,

1 Talpin J.-M, « Psychopathologie du sujet vieillissant : Dynamiques du vieillissement », in *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* / sous la dir. de R. Roussillon, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2018, p. 346.

2 « Vieillesse et Santé », 2018, OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

sur le plan intrapsychique. »³. La question de la fin de vie s'entend sous le prisme de la perte et de l'angoisse de mort pour le sujet.

Pour mieux observer dans la clinique de la personne âgée les ressorts entre sublimation et dépression, dans un premier temps nous nous proposons de définir ces termes au regard de la littérature psychanalytique, puis d'en croiser les connaissances et les enjeux. Par la suite, nous chercherons à approfondir nos réflexions par l'étude et l'analyse de deux cas cliniques répondant à un schéma de vie interrogeant notre problématique, pour lesquels les activités sublimatoires (investissements) ont prédominé dans un premier temps et les désinvestissements liés au grand âge abordent la question dépressive à ce jour.

Revue de littérature

1. La sublimation, un processus individuel à valeur sociale

Au travers de l'approche freudienne, les pulsions sexuelles à l'œuvre chez tout individu sont considérées comme opérant un processus de sublimation lorsqu'elles sont détournées de leur but premier pour être réinvesties vers des buts non sexuel cette fois, visant « des objets socialement valorisés »⁴. « La pulsion « déssexualisée » se rend disponible dans le moi pour des investissements « nobles », socialement élevés (art, science, activité intellectuelle au sens large) et constants (affect, tendresse, amitié), en opposition au parcours d'« excitation-acmé-décharge » de la sexualité. »⁵. En ce sens, entre en compte les questions de cultures, de leurs codes sociaux valorisés, honorables. Cela confronte également le sujet à son propre Surmoi (valeurs, éthiques, morale). Le fait est, qu'en mettant en place des processus sublimatoires le sujet tire des bénéfiques, des satisfactions narcissiques. « En effet, les buts comme d'ailleurs les objets seront définis non plus à partir du corps et de ses zones érogènes-sources mais à partir du Moi investi de libido sexuelle narcissique. »⁶. Aussi, la réalisation pulsionnelle qui est détournée par le processus de sublimation pour certains sujets, qui n'est pas accessible pour d'autres,

3 Talpin J.-M., « L'entretien avec le sujet âgé », in *L'entretien clinique* / sous la dir. de B. Chouvier et P. Attigui, Malakoff : DUNOD, 2012, p. 161.

4 Laplanche J., Pontalis J.-B., (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : PUF, 2007, p.465.

5 Argentieri S., Valle Libutti G., « Sublimation : un concept théoriquement malaisé et cliniquement ambigu », in *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1689.

6 De Mijolla-Mellor S., (2005). « La sublimation », Paris : PUF, 2012, (coll. Que sais-je ?, n°3727), p.13.

permet de mettre à distance frustration et haine d'une impossible satisfaction. Ce sont sur les activités culturelles, intellectuelles et artistiques que la sublimation est déployée.

Ce processus est souvent encore considéré comme un mécanisme de défense, de part les premières définitions et tentatives de classifications établies notamment par Freud lui-même et sa fille Anna Freud. Avec le temps et les avancées théoriques psychanalytiques, la sublimation apparaît comme une opération qui « n'étant plus crispée sur la vigilance contre la réapparition des éléments pulsionnels jugés dangereux pour le Moi, il peut se consacrer à des objectifs plus productifs. [...] c'est ce qui en fait la spécificité et la rend irréductible à la catégorie des mécanismes de défense. »⁷. Ainsi, il convient de parler d'un processus de transformation, dans le sens où la pulsion est modifiée. Jean-Louis Baldacci parle de « La libido d'objet sexuelle [qui] se transforme ainsi en libido narcissique déssexualisée, c'est-à-dire [qu'elle est] déplaçable et non plus liée exclusivement à l'objet »⁸. René Roussillon décrit une transformation de l'objet sexuel initial en une représentation (socialement acceptable, déssexualisée) qui devient elle-même investie tel un objet, ce qu'il nomme des « objets-représentations », précisant que « c'est bien le transfert sur l'activité représentative qui (me) paraît être fondamental dans le processus sublimatoire. »⁹. Et, ces « objets-représentations » réinvestis par la pulsion sont à la source des activités sublimatoires, produisant les objets matérialisés de la représentation (arts, travail, jeu,...).

Si Jean-Louis Baldacci comme Henri Danon-Boileau ont développé leurs travaux (*Ibid*, 2005) autour du concept de la « sublimation d'exception »¹⁰, c'est-à-dire sur l'idée d'une spécificité de ce processus en lien avec la création artistique, du fait que cette activité soit considérée culturellement comme la plus honorable et serait donc la plus efficiente. D'autres auteurs, comme René Roussillon et Christophe Dejours sont critiques à ce sujet, ils parlent d'une vision élitiste : « La sublimation en question est une sublimation « 16^{ème} arrondissement », si l'on me permet ce raccourci caricatural. »¹¹ ; ou encore : « le travail de culture, le *Kulturarbeit* de S. Freud, ne consiste pas seulement dans les œuvres accomplies par les « *große Männer* », c'est-à-dire les peintres et les sculpteurs, les compositeurs et les philosophes, les penseurs et les chercheurs. La production des œuvres de la culture passe aussi par des relations de coopération et de transmission et implique

7 *Ibid.*, p.23

8 Baldacci J.-L., « “ Dès le début ”... la sublimation ? », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1408.

9 Roussillon, R., (2005). « Sublimation ». Congrès des psychanalystes de langue française, p.4

10 Danon-Boileau Henri, « Sublimation à la fin, ou la vieillesse de Léonard », in *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1695.

11 Roussillon, R., (2005). « Sublimation ». Congrès des psychanalystes de langue française, p.4

parfois la participation d'un grand nombre d'individus, qu'il s'agisse de construire des pyramides ou des ponts suspendus, de bâtir des cités ou des institutions, de restaurer des monuments historiques ou de mettre au point l'interprétation d'un opéra. »¹². Laissons un temps les considérations de René Roussillon, nous y reviendrons, pour nous concentrer sur un volet important mis en avant par la psychodynamique du travail, qui s'emploie à analyser les processus psychiques au regard de la réalité du travail. Christophe Dejours apporte, dans son article « La sublimation : entre clinique du travail et psychanalyse » (2014), une description intéressante de ce processus en trois niveaux, et auquel il attribue un bénéfice psychique salubre : l'accroissement de la subjectivité. Le premier palier est marqué par le travail de production (*poièsis*) qui, par l'expérience du corps, fait appel à la subjectivité du sujet, et le modifie en « un travail de soi sur soi – travail-*Arbeit* [...] dont dépend l'acquisition de nouvelles habiletés. Le plaisir tiré du succès de travail-*Arbeit*, occasionné par le travail-*poièsis* comme épreuve pour la vie d'âme, est lié à l'accroissement de la subjectivité. Travailler ce n'est pas seulement produire, c'est aussi se transformer soi-même et cette transformation de soi est essentiellement une transformation de la façon d'habiter son corps. »¹³. Le second palier met en jeu l'autre : sa reconnaissance, par gratitude et par jugement (d'utilité et/ou de beauté) vis-à-vis du travail fourni. Quand elle est présente, cela permet de passer « du registre du faire » au « registre de l'être », soit à renforcer l'identité du sujet. Les deux premiers niveaux constitueraient ce que Christophe Dejours appelle la « sublimation ordinaire ». Le dernier palier renvoie à un dépassement des deux premiers, quand le processus sublimatoire par le travail s'inscrit dans un rapport à la cité sur un versant éthique, un engagement professionnel du sujet qu'il considère comme une « action moralement juste » socialement. Cela prônerait une valeur supérieure à ce troisième niveau de sublimation, car il vise le sens commun « en vue d'honorer la vie », ce qui opérerait ici un mouvement narcissique sur le Moi, intensifiant l'estime de soi et renforçant l'identité. La transformation du travail par le sujet vers l'appropriation d'un sens de celui-ci en un engagement culturel au service d'*Éros* ferait acte, selon Christophe Dejours, d'une « sublimation extraordinaire »¹⁴. Pour en revenir aux enjeux analytiques, il nous semble possible d'observer une certaine correspondance entre « sublimation d'exception » et « sublimation extraordinaire » car elles se rejoignent en plaçant leurs considérations du processus de transformation sur le plan d'une échelle de valeurs sociales.

12 Dejours C., « La Sublimation : entre clinique du travail et psychanalyse », *Revue française de psychosomatique*, 2014/2 (n° 46), p. 33.

13 *Ibid*, p.25.

14 *Ibid*, p. 36.

Et par rapport à cela, René Roussillon émet une objection, selon laquelle, l'échelle des valeurs sociales des objets issus de la sublimation n'est pas essentielle face aux mécanismes psychiques déployés. Les enjeux sociaux sont à différencier du processus sublimatoire : « Un enfant qui réalise un dessin, qui ne peut être, compte tenu de ses moyens du moment, qu'une mise en forme maladroite de son monde interne et de certains de ses mouvements pulsionnels, a besoin que la valeur du travail produit soit néanmoins reconnue, et ceci quelle que soit la valeur « objective » du produit en question. Aussi, bien plus que dans la valeur reconnue du produit fini [...] c'est le travail psychique implicite à la production qui me semble devoir attirer reconnaissance. »¹⁵. Ainsi, le processus de sublimation est une transformation de l'investissement libidinal qui est retiré de l'objet sexuel par le Moi, qui se voit être réinvesti sur lui-même (« une étape qui intervient dans la transposition de la libido d'objet en libido narcissique »¹⁶), avant d'être redirigé sur une représentation-objet, pour finalement s'incarner dans un autre objet non sexuel cette fois. Et c'est ce travail psychique de production qui « procure une satisfaction de la libido narcissique (par le biais parfois de la reconnaissance sociale que fournit le produit de l'activité, par le fait de pouvoir se déclarer *auteur* du produit, mais d'abord par l'identification à l'objet créé, car il n'y a pas toujours reconnaissance sociale). »¹⁷.

Le processus sublimatoire au regard de l'économie psychique permet des bénéfices non négligeables quant à la gestion pulsionnelle. Toutefois, associer de causes à effets l'expression de cette transformation à une bonne santé mentale relèverait d'une analogie sophistiquée en terme de psychopathologie. En effet, cette gestion dépend avant tout d'un ensemble coordonné de mécanismes sous-tendant un fonctionnement psychique complexe. Sa stabilité ne peut dépendre entièrement d'un seul processus à l'œuvre. René Roussillon insiste sur ce point relevant que le processus sublimatoire « est tributaire d'une économie psychique d'ensemble et son devenir et ses effets dans le champ de la psychopathologie sont relatifs à la place qu'il occupe dans l'économie psychique d'ensemble. Ainsi, ce n'est pas parce qu'un sujet a recours à des processus de sublimation, qu'il va être exempt de toute potentialité pathologique ou qu'il sera prémuni du suicide ou d'une autre forme d'expression du désespoir. »¹⁸. En ce sens, c'est sur le versant de la dépression au grand âge que nous souhaitons poursuivre nos réflexions et connaître ses spécificités.

15 Roussillon, R., (2005). « Sublimation ». *Congrès des psychanalystes de langue française*, p.7

16 Baldacci J.-L., « “ Dès le début ”... la sublimation ? », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1407.

17 Demailly L., « Sublimations ordinaires et savoir y faire avec le symptôme », *Cliniques méditerranéennes*, 2011/2 (n° 84), p. 161.

18 Roussillon, R., (2005). « Sublimation ». *Congrès des psychanalystes de langue française*, p.3

2. Dépression et sujet âgé

En ce qui concerne la dépression, sa théorisation psychopathologique relève de considérations hétérogènes ; elle s'est développée en ses aspects protéiformes. C'est-à-dire qu'en terme de nosographie, il existe plusieurs dépressions selon les symptômes dominants. En psychanalyse, on considère la dépression comme « une modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale, corrélative d'un désinvestissement de toute activité »¹⁹, elle correspond à « un état psychique »²⁰ où le ralentissement psychomoteur et les troubles somatiques sont souvent intriqués.

Dans un premier temps, la démarche heuristique freudienne a permis de distinguer le pathologique, associé au terme de "mélancolie" à cette époque (et non à la définition actuelle qui fait référence à la forme de dépression la plus grave, concernant la psychose), en la comparant aux mécanismes du deuil pour comprendre le normal. Ainsi, « Le deuil est une réaction normale à la perte d'un objet aimé, il impose une expérience douloureuse et un travail de désinvestissement progressif parce que la prise en compte de la réalité de la perte est maintenue. C'est un passage certes très éprouvant et parfois très lent, mais il connaît un début et une fin : la tâche qu'il implique aboutit à la libération du Moi qui pourra s'engager à la fois dans de nouveaux investissements et de nouvelles activités. »²¹ Et, dans son ouvrage de 1915, « Deuil et Mélancolie », Freud déploie les piliers de base que l'on retrouve dans les différents types de dépression : « Appliquons maintenant à la mélancolie ce que nous avons appris du deuil. [...] on se croit obligé de maintenir l'hypothèse d'une telle perte mais on ne peut pas clairement reconnaître ce qui a été perdu, et l'on peut admettre à plus forte raison que le malade lui non plus ne peut saisir consciemment ce qu'il a perdu. [...] Cela nous amènerait à rapporter d'une façon ou d'une autre la mélancolie à une perte de l'objet qui est soustraite à la conscience, à la différence du deuil dans lequel rien de ce qui concerne la personne n'est conscient. »²². Ainsi, il fait de la perte d'objet un élément majeur de la dépression, à laquelle il ajoute l'ambivalence (où une fois la libido désinvestie de l'objet, celle-ci ne parvient pas à se réinvestir sur un autre objet) et la régression de la libido dans le moi, comme étant « les trois conditions présumées par la mélancolie »²³. Et, en ce qui concerne la personne âgée, le versant

19 Chemama R., *Dictionnaire de la psychanalyse*, article sur la dépression, Paris, Références Larousse, 1993.

20 Gautier L., Husser J., « Contribution psychanalytique à l'approche des risques psychosociaux liés aux conditions de travail », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 2013/1 (n°5, vol. 2), p. 32.

21 Chabert C., « Cliniques de la dépression. Métapsychologie de la perte », in *Narcissisme et dépression. Traité de psychopathologie de l'adulte*. Paris : Dunod, (coll. Psycho Sup), 2013, p. 193.

22 Freud S., « Deuil et mélancolie. Extrait de *Métapsychologie* », *Sociétés*, 2004/4 (n° 86), p. 8-9.

23 *Ibid*, p.18.

pathologique peut venir témoigner d'une inscription ancienne (antécédents dépressifs) ou d'une apparition tardive (sans antécédent).

Ces questions de deuil et de mélancolie sont particulièrement actives au moment de la vieillesse, ce qui fait que le sujet âgé est plus susceptible de connaître une forme de psychopathologie en lien avec « l'angoisse de perte et l'angoisse dépressive [qui] dominant au cours de la vieillesse, ce qui explique alors [que] les pathologies les plus fréquentes sont dépressives (non-élaboration des pertes) ou démentielles (désinvestissement massif du temps présent puis des grandes fonctions cognitives du Moi). »²⁴. Ce qui fait de la problématique de la perte (confrontation et traitement de cette perte) le noyau commun des dépressions. En terme de conséquences, Catherine Chabert nous rappelle que « d'une part, les pertes sont susceptibles d'atteindre le Moi de manières différentes selon ce qu'elles touchent et que, d'autre part, les moyens utilisés pour lutter contre ou au contraire intégrer ces pertes et leurs effets seront déterminés par des modalités de fonctionnement psychique spécifiques de chaque individu. »²⁵. Et selon Jean-Marc Talpin, cela s'articule en deux axes dans la clinique : celui de l'historique (de la causalité de l'actuel, dans la logique d'une pathologie réactionnelle) et celui du structurel (en référence à la structure psychique selon la métaphore du cristal de Freud). Donc, au-delà d'une dépression réactionnelle due à des causes externes et/ou internes, c'est à la lumière d'un fonctionnement psychique qui appelle à prendre en compte son état, c'est-à-dire décompensé ou non, que la pathologie peut être considérée : « Le terme même de décompensation psychique suppose que toute structure non-décompensée se maintienne telle grâce à un jeu dynamique de compensations. [...] Ainsi, les structures décompensées tardivement ne parviendraient plus à maintenir les modes de compensation antérieurs et satisfaisants jusque-là pour l'économie et pour la dynamique du psychisme. »²⁶. Ces décompensations sont le fruit de changements externes et internes initiés par trois enjeux de la vieillesse : l'aspect social qui engage des remaniements de statuts (génération familiale, retraite professionnelle, isolement, ...), l'aspect corporel qui modifie les performances, et la multiplicité en avançant en âge des pertes objectales. A partir de ces considérations théoriques, pour notre étude nous nous centrerons sur les mobilisations inconscientes à l'œuvre dans les dépressions concernant le fonctionnement des personnalités névrotiques. Ainsi, au moment de la vieillesse les trois enjeux faisant risquer au sujet un état de décompensation sont ce

24 Talpin J.-M, « Psychopathologie du sujet vieillissant : Dynamiques du vieillissement », in *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* / sous la dir. de R. Roussillon, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2018, p. 346.

25 Chabert C., « Cliniques de la dépression. Métapsychologie de la perte », in *Figures de la dépression* / sous la dir. De C. Chabert, Série : « Psychopathologie et psychanalyse », Paris : Dunod, (coll. Psycho Sup), 2005, p. 4-5.

26 Talpin J.-M et al., « Cinq paradigmes cliniques du vieillissement », Paris, Dunod, 2005, p 9.

que Claude Balier met en lien avec un défaut d'économie narcissique où le « vieillissement apparaît comme une antinomie entre investissement narcissique de la personne et désinvestissement destructeur, situé à la confluence de facteurs biologiques, psychologiques et d'environnement »²⁷.

Aussi, l'affrontement de la perte met en jeu la représentation d'une castration (fantasme d'un enfant menacé), coupure nécessaire à l'individuation et à la structuration du sujet, limitation de la toute-puissance, et en ce sens « la dépression névrotique est marquée par la réactivation de la problématique œdipienne, en particulier lors d'une « perte d'objet », deuil, divorce, séparation. La dépression, les manifestations délirantes, les symptômes névrotiques, prendraient leur origine dans leur défaillance narcissique, dans la ré-émergence de conflits intrapsychiques antérieurs mal élaborés. L'entourage, s'il ne joue pas son rôle étayant au plan narcissique, précipite la montée de l'angoisse de la mort. »²⁸ La prise en compte de la mort à venir inscrit progressivement l'individu dans la perspective d'un bilan de sa vie, ce qui le mobilise narcissiquement et aiguise l'angoisse de mort. Angoisse qui doit être conçue selon Freud « comme un analogon de l'angoisse de castration »²⁹, dont symboliquement la castration ultime est la mort. C'est donc la question de la jouissance, qui convoque le désir illimité, qui se trouve hautement frustrée. Aussi, chez le sujet âgé le corps est souvent en jeu, entre somatisations qui renvoient à l'état de désaide (*Hilflosigkeit*) en lien avec l'impuissance des premiers temps de la vie (dans le sens d'une involution mortifère) et plaintes hypocondriaques caractérisant un discours sur le corps « qui ne correspond pas à la réalité biologique, organique du corps. Elle témoigne de la transformation d'une souffrance psychique en douleur physique [...] ; ainsi peut-elle s'inscrire comme plainte névrotique (témoignant d'un refus de la castration imposée par le corps vieillissant) »³⁰.

Les pertes imposées par la réalité extérieure et la réalité somatique (déclin des performances physiques et psychiques) peuvent également engendrer une décompensation sur le versant de la dépression névrotique, dans le sens où elle peut « être le résultat d'un écart progressif entre un Moi confronté à une réalité qui se dérobe et un Idéal du Moi, immature car mal élaboré. Plus l'Idéal du Moi est prégnant et coupé des forces de vie et de l'accès aux « bons » objets intériorisés et plus le sujet est à risque de dépression, du fait

27 Balier C., « Les changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement », *Le temps et la vie: les dynamismes du vieillissement* / sous la dir. de J. Guillaumin et H. Reboul, Lyon, Chronique Sociale, 1973, p. 63-70.

28 Thomas Ph., Hazif-Thomas C., « Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée », *Gérontologie et société*, 2008/3 (vol. 31 / n° 126), p. 146.

29 Freud S., *Inhibition, symptôme, angoisse*, Paris, Puf, 1981, p. 53 et p. 64.

30 Talpin J.-M., « Psychopathologie du sujet vieillissant : Dynamiques du vieillissement », in *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* / sous la dir. de R. Roussillon, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2018, p. 356.

d'un mécanisme de déception [...] de l'Idéal du Moi. L'échec du Moi à satisfaire les exigences irréalistes de l'Idéal du Moi mine alors l'estime de soi. »³¹. Au moment du vieillir, la multiplicité des pertes avec ce qu'elle vient provoquer vis-à-vis de la stabilité du Moi (par son attaque du narcissisme), sollicite l'individu sur un renoncement libidinal à la fois objectal et narcissique, d'autant plus que la projection sur l'Idéal du Moi se trouve limitée par le déclin du temps, des capacités, des investissements,... Par conséquent, il convient de considérer, comme nous le propose Gérard Le Gouès, que « Métapsychologiquement, le vieillissement est un processus de mise en tension du Moi d'avec le Ça. Parce que le Moi sait qu'il va mourir, face au Ça qui l'ignore, l'appareil psychique entre dans un conflit de finitude, un conflit topique. [...] Ce conflit topique se déroule sur un fond d'épreuve de réalité constituée par une baisse de performances et une lente diminution du plaisir à vivre. C'est dire combien la solidité du Moi est ici fortement sollicitée ; c'est de cette solidité – et à contrario de sa faiblesse- que dépend l'organisation à long terme de la pente psychique du vieillissement. »³²

3. Liens entre sublimation et dépression

Sublimation et dépression ne sont pas isolées, bien au contraire, car « Le lien entre perdre et sublimer est aussi un lien originaire qui active la psyché tout au long de la vie. Le deuil d'un objet aimé est toujours un après-coup par rapport au deuil originaire. La perte de l'objet est aux sources de la pensée, de la représentation et du fantasme qui sont les formes inchoatives de la sublimation. [...] Les forces qui poussent à la sublimation sont celles qui naissent du traumatisme. Le jeu de la bobine en est le paradigme si l'on n'oublie pas qu'il s'agit d'un jeu et pas seulement une répétition à l'identique d'une situation de séparation, un jeu travaillé par la symbolisation. »³³. De perdre à sublimer c'est un travail créateur qui s'opère. Avant même le jeu de la bobine, dans le vécu de perte qu'expérimente le nourrisson en reconnaissant l'objet premier, la mère, comme détaché de lui et donc différencié de soi (objet total), les objets trouvés/crétés par l'enfant pour pallier au manque de la présence maternelle et à l'angoisse associée (perte de l'objet), sont les prémisses du processus de sublimation (une activité/création contre la passivité/perte). « Perdre l'objet

31 Thomas Ph., Hazif-Thomas C., « Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée », *Gérontologie et société*, 2008/3 (vol. 31 / n° 126), p. 146.

32 Le Gouès G., « La psychanalyse tardive », *Champ psychosomatique*, 2001/4 (n° 24), p. 49.

33 Sechaud É., « Perdre, sublimer... », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1314.

aimé/haï et, dans la sublimation, trouver/créer un nouvel objet représentant un aspect de la relation à l'objet absent. »³⁴. Cela nous renvoie au développement psycho-affectif et moteur du nourrisson quant à la notion d'objet transitionnel de Donald W. Winnicott, la place de l'espace psychique qu'il suppose entre le monde interne du sujet et le monde externe, aire transitionnelle. Par la suite, c'est « la réalité subjective et la réalité partagée perçue objectivement »³⁵ qui va prendre forme au travers d'une mise en acte par le jeu, « tout comme l'objet transitionnel, le jeu est trouvé-créé par l'enfant [...] En tant que phénomène transitionnel par excellence, le jeu constitue une préforme de la symbolisation, et servira comme modèle des activités sublimatoires. »³⁶. Pour René Roussillon « Le jeu de l'enfant — qui [...] représente la première activité sublimatoire — doit être joué effectivement pour prendre toute sa valeur, il doit matérialiser effectivement l'activité représentative, la mettre en acte-jeu, la « produire » sur la scène du jeu. »³⁷. Pour Évelyne Séchaud, c'est par cette mise en acte, qui implique de fait le social, que la sublimation peut-être reconnue comme telle, « La sublimation doit en effet se confronter à la réalité et se prolonger dans la culture. »³⁸. L'activité sublimatoire est porteuse d'une créativité qui en réduisant l'écart entre le trouvé et le créé permet au sujet de se définir, de se subjectiver dans son rapport au monde. « Nous rencontrons alors ainsi la question des rapports fondamentaux de la création avec l'identité subjective [...]. C'est l'activité créatrice/transformatrice qui permet au sujet de se saisir de lui-même, de s'appréhender comme « acteur » de sa vie, comme agent de sa destinée. En ce sens le sujet est autant l'effet de ses productions qu'il peut en être l'auteur. »³⁹.

Par conséquent, dans cette évolution le narcissisme est mis à l'épreuve, d'abord dans cet accès à la différenciation/individuation (transition du narcissisme primaire au narcissisme secondaire) et dans la reconnaissance de « la première possession non-moi »⁴⁰ que représente l'objet transitionnel ; puis dans la progression des processus de création. Freud ne manquera pas de relever en 1923 dans « Le Moi et le Ça » : « La sublimation se produit par l'intermédiaire du Moi qui commence par transformer la libido d'objet sexuelle en libido narcissique pour lui assigner ensuite éventuellement un autre but »⁴¹. Toutefois,

34 *Ibid*, p.1363.

35 Winnicott D.W., « Les objets transitionnels », Paris : Éditions Payot & Rivages, 2010, (coll. Petite bibliothèque payot) p.106.

36 Dessons M., « Psychopathologie de l'enfant », Paris : Dunod, 2020, p.178.

37 Roussillon R., « Le processus et la capacité sublimatoire », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1571.

38 Séchaud É., « Perdre, sublimer... », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1364.

39 Roussillon R., « La capacité à créer et la contrainte à créer », in *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, Paris : Dunod, (coll. Psychismes), 2009, p. 161.

40 Winnicott D.W., « Les objets transitionnels », Paris : Éditions Payot & Rivages, 2010, (coll. Petite bibliothèque payot) p.25.

41 Freud S. (1923), « Le Moi et le Ça », traduction de C. Baliteau, A. Bloch, J.-M. Rondeau, *Œuvres complètes de Freud / Psychanalyse*, tome XVI, Paris, PUF, 1991, p. 274.

cela suppose que le processus de deuil de l'objet soit réussi : que la libido désinvestie (issue de cette perte) est pue être réinvestie dans le Moi, puis redirigée vers d'autres objets ; auquel cas « L'opération sublimatoire se situerait donc dans la distance qui sépare l'identification à l'objet perdu de la construction d'un objet qui ne ressemble pas nécessairement à celui qu'on n'a plus mais possède toutes les qualités propres à le rendre « aimable » »⁴². Cependant, si le processus de deuil qui engage dans la sublimation peut paraître un cheminement tracé de façon évidente il n'en est rien, « le retournement narcissique de la libido sur le Moi n'est pas une sinécure car la stase de la libido sur le Moi devient vite pathogène et, si un solide égoïsme préserve de la maladie, à la fin, on doit se mettre à aimer pour ne pas tomber malade. La sublimation serait une dérivation permettant d'éviter une semblable stase mais ses objets ne seraient pas comme les autres car c'est de libido narcissique qu'ils seraient investis, raison pour laquelle le processus comporte quelque danger. »⁴³. Un danger en lien avec une jouissance non-régulée qui, comme nous l'avons vu précédemment, dans une visée de toute-puissance ne tolérerait pas ou peu la castration, et avec elle les états de passivité. Dépression et sublimation s'entremêlent en ces points : à leur origine en lien avec la perte de l'objet (ce pour quoi Julia Kristeva énoncera : « le sublime naît dans la mélancolie »⁴⁴), au devenir du narcissisme dans le Moi, avec la prise en compte des enjeux de toute-puissance et de l'inclination à la passivité.

Au regard de la littérature, nous pouvons conclure selon l'idée que la sublimation (réussie) mobilise un investissement libidinal qui vient nourrir des satisfactions porteuses d'un certain étayage du Moi, valorisant l'estime de soi et engageant la subjectivation du sujet. Là où, la dépression, sous ses aspects protéiformes, convoque une convergence sur la problématique de la perte (fixation ou évolution sommaire), entraînant un désinvestissement de la libido selon la mise à l'épreuve du Moi et du narcissisme qui, au grand âge, est d'autant plus encline à s'exprimer. Après avoir considéré l'antagonisme que supposent ces deux notions, nous avons pu mettre en évidence ce qui, entre sublimation et dépression, s'intrique selon des rouages bien plus complexes qu'il n'y paraît. A partir de ces observations théoriques il nous semble intéressant de continuer à investiguer ces enjeux, dans la clinique de la personne âgée.

42 De Mijolla-Mellor S., (2005). « La sublimation », Paris : PUF, 2012, (coll. Que sais-je ?, n°3727), p.31-32.

43 De Mijolla-Mellor S., (2005). « La sublimation », Paris : PUF, 2012, (coll. Que sais-je ?, n°3727), p.32.

44 Kristeva J., « La traversée de la mélancolie », *Figures de la psychanalyse*, 2001/1 (n°4), p. 20.

Problématique et hypothèse

Au regard d'une vie portée par une expérience sublimatoire intense, nous pouvons nous demander quels sont les liens entre une activité riche, faite d'investissements au monde, aux autres, et les états dépressifs au cours de l'avancée en âge, avec ce que cela suppose de confrontation et de traitement de la perte imposés par les désinvestissements, la solitude, les modifications psychiques et somatiques ?

Nous souhaitons interroger les ressorts psychiques mobilisés entre sublimations (des premiers temps de la vie, leurs évolutions) et leurs intrications avec les états dépressifs au grand âge. Ainsi, nous faisons l'hypothèse qu'un individu ayant forgé son identité sur la base d'une effervescence libidinale faste et stable, soit plus enclin à être fragilisé par l'ensemble des désinvestissements qu'imposent les renoncements multiples et successifs de la vieillesse.

Méthodologie

Dans le but de répondre à la problématique et de vérifier nos hypothèses, nous nous sommes appuyés sur notre pratique clinique, réalisée dans le cadre d'un stage au sein d'un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), sur l'analyse que nous avons pu en faire et sur les références théoriques tirées de notre formation universitaire, ainsi que des recueils et des publications psychanalytiques.

Pendant ce stage, nous avons rencontré deux résidents au travers d'entretiens cliniques, deux hommes dont l'activité sublimatoire a été mobilisée tout au long de leurs vies professionnelles et pour qui le suivi psychologique a été engagé autour de considérations dépressives. Le premier M. G a fait son entrée à l'EHPAD au début de notre stage. Il a eu un parcours de vie très tôt en lien avec la musique, a développé sa carrière professionnelle dans un contexte artistique et, à ce jour, a arrêté toute activité concernant ce domaine. Il présente un trouble dépressif anxieux mettant la souffrance du sujet au premier plan. Le second, M. D vit dans l'établissement depuis 8 mois lorsque nous l'accompagnerons, suite à un acte d'auto-strangulation visant à amorcer une tentative de

suicide. Ce monsieur a développé une activité agricole familiale au sein d'une exploitation qu'il a étendue et toujours modernisée, dans une dynamique fructueuse autant sur le plan professionnel que personnel. Une sublimation par le travail qu'il a mené jusqu'à ne plus pouvoir exercer son métier pour des causes physiques, dépassant l'âge officiel de la retraite.

Le point de départ de notre travail d'étude et de recherche s'est avant tout appuyé sur « *l'observation clinique attentive* »⁴⁵ décrite par Albert Ciccone, fondement de la méthode clinique en psychologie, qui permet de recueillir un matériel heuristique. Cela, entend également une démarche de recherche humble, qui part de ce qu'il est donné à voir sur le terrain de recherche. Cet outil nous a permis d'évoluer de façon rigoureuse dans notre approche clinique.

Pour M. G les entretiens se déroulaient au rythme d'une fois par semaine, une heure, en chambre ; et cela, de début janvier à fin avril . Pour M. D, l'accompagnement a eu lieu, une fois tous les quinze jours, en séance d'une heure en chambre, de début mars à fin avril. De fait, le matériel clinique se trouve moins conséquent, cependant il nous semble intéressant de l'explorer pour avancer sur notre travail d'étude et de recherche. Les suivis ont été convenus avec les patients et en lien avec la date de fin de stage.

De plus, notre approche s'est faite en considérant un handicap nous concernant, puisque n'ayant plus le sens de l'odorat depuis plusieurs années, la perception du monde externe se trouve soustraite de cette dimension sensorielle. Régulièrement lors de ce stage des remarques ont pu venir appuyer que, de ce fait, à l'EHPAD nous ne sentions pas les odeurs « *d'hôpital* », « *d'urine* » ou « *de mort* ». L'anosmie coupe d'une certaine part d'affect, principalement le dégoût. L'avantage de pouvoir entrer dans n'importe quelle chambre de résidents sans appréhension à ce sujet, est corrélé parfois avec une forme d'anxiété de ne pas pouvoir anticiper un danger, vis-à-vis d'une personne âgée, qu'une odeur viendrait alerter. Par conséquent, les sphères visuelle, auditive, tactile sont plus particulièrement investies. Et, si nous pouvons considérer que toute relation transféro-contre-transférentielle est singulière, celle évoquée dans ce travail d'étude et de recherche à la particularité d'être imprégnée de cette spécificité.

45 Ciccone Albert, « L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2014/2 (n° 63), p. 65.

Partie Clinique I - Étude de cas de M. G

M. G est entré au sein de l'EHPAD le 28/12/2020.

Compte tenu de l'épidémie sanitaire de Covid-19, un protocole d'accès à l'institution prévoit une semaine d'isolement en chambre pour toute admission.

1. Anamnèse de M. G

M. G est né à Marseille en 1931 (90 ans). Enfant, sa sœur prenait des cours de piano (une fille devait être « *éduquée* » : finesse, élégance), il l'écoutait puis jouait en cachette cela pendant des années. Il était doué à l'école, en éducation physique et en dessin. A 16 ans, sous la pression familiale (qui se rend compte de son intérêt pour la musique, ainsi que de ses facilités) son père lui achète un accordéon premier prix, dont il apprend à jouer en quelques semaines. L'instrument ne lui permet pas de se perfectionner du fait de sa qualité basique, mais cela lui permet de commencer à jouer dans des groupes de musique. A 17 ans, tout en étudiant, il joue dans des bals les week-ends : « *je gagne en quelques week-ends plus que le salaire de mon père* ». Un accident de vélo différera, puis suspendra l'obtention de son diplôme d'ingénieur en dessin industriel. À ce moment là, il devient musicien professionnel « *par opportunités, contacts* ». M. G s'intéressait beaucoup à la musique américaine, il a très tôt développé un intérêt pour le jazz avant même que celui-ci ne soit joué en France. Il trouve une formation, un groupe de jazz où il manquait un contrebassiste, c'est ainsi qu'il en est venu à cet instrument. La musique l'a conduit d'abord en Suisse, Evian, puis à Paris. Il a participé à l'introduction du jazz en France, a connu son arrivée effervescente dans le quartier de Saint-Germain-des-Prés, et a vécu la grande époque des caves de jazz parisiennes. Il a ensuite travaillé à l'orchestre du Lido, puis pour la variété française, où il a accompagné des chanteurs populaires dans des émissions de télévision et des tournées mondiales. Traversant le monde et l'Histoire de façon privilégiée pour son époque. Il s'est marié « *tardivement* » à 33 ans. Par choix commun avec sa femme ils n'ont pas eu d'enfant. Il a travaillé à Monaco, a vécu à Nice où il a enseigné la première classe de jazz dans un conservatoire en France. A la retraite, il a continué à jouer de la musique avec ses amis dans différents Club Med autour du monde.

Au décès de sa femme, il y a 12 ans, sa nièce (seule famille) lui offre un chien (Yorkshire) qui devient son compagnon de vie. M. G se rapproche de sa famille ces dernières années, il aménage avec son chien dans un appartement dans le centre d'une petite ville (où se situe l'EHPAD). La nièce est la seule personne qui se soucie et s'occupe de M. G. Elle apprend qu'elle a un cancer et son état se dégrade rapidement (1 an), les traitements l'affaiblissent, il y a un risque de décès avéré. Elle n'est plus en mesure de répondre aux sollicitations de M. G « *hypocondriaque, qui l'appelle de jour comme de nuit* », ce qui détermine l'entrée de M. G par sa nièce en EHPAD. A ce jour le chien est chez elle.

Dans son dossier médical il est indiqué que M. G souffre d'un ulcère gastrique, d'une hypothyroïdie et qu'il présente également une intolérance au gluten. Il est noté des troubles cognitifs légers et sur le plan somatique, des douleurs lombaires. Du point de vue de la psychopathologie, il est relevé à partir d'un fonctionnement névrotique : « *une anxiété envahissante par moment, humeur instable avec des épisodes de tristesse, une dépression hypocondriaque et un comportement parfois histrionique* ». Dans son compte rendu d'entrée, il est précisé que ces troubles « *se majorent* » avec le temps.

2. Analyse clinique M. G

Avant l'entrée de M. G dans l'institution, passage du personnel et du médecin dans le bureau commun (psychologue, ergothérapeute, infirmiers) pour prévenir qu'une personne hypocondriaque allait entrer à l'EHPAD, qu' « *il va falloir faire attention, car ce sont des patients très difficiles à accompagner* ». Aussi, dans les premiers jours qui suivent l'arrivée d'un nouveau résident, la psychologue fait l'entretien d'entrée, en chambre. Avant cela, le personnel la sollicite (couloir, bureau) car « *il ne sort pas de son lit* », « *n'arrête pas de pleurer* », que « *lorsque les aides soignantes l'habillent, il se déshabille* », « *il dit qu'il est en prison* », « *il veut rentrer chez lui retrouver son chien* ». Au delà de l'entretien d'entrée, une demande de prise en charge psychologique est, dans un premier temps, motivée par le personnel soignant du fait du mal être et des états dépressifs traversés par le patient (douleur morale, ralentissements psychomoteur et cognitif, fatigue, perte de plaisir et de désir). Le premier entretien est réalisé par la psychologue, en chambre. Toutefois, à son arrivée à 15h, M. G n'est pas habillé et cela prendra plusieurs minutes pour qu'elle l'aide à cette tâche, avant de pouvoir échanger avec lui. À sa sortie, elle m'informe que M.

G a une tendance dépressive, qu'il est bavard sur sa vie qui a été très riche en tant que musicien professionnel, mais qu'il ne veut plus toucher d'instrument, ni écouter de musique. De plus, il y a une problématique importante de l'attachement de ce monsieur à son animal domestique, qu'il ne peut avoir avec lui à l'EHPAD.

Le lendemain, lorsque nous demandons à notre garante de stage s'il y a des personnes qu'elle nous recommande de voir en entretien, elle nous propose M. G car « *il est très déprimé depuis son arrivée* ». En montant à l'étage, nous croisons l'aide soignante, elle nous dit : « *c'est une bonne chose que tu ailles le voir car M. G ne fait que pleurer* ». La souffrance de ce nouveau résident est manifeste, c'est comme si elle résonnait par ricochet au travers de chaque soignant qui l'approchait. Lors du premier entretien que nous réalisons avec M. G, il est notable que son comportement et son attitude entre le début et la fin de l'échange sont totalement aux antipodes. En sortant nous avons l'impression d'avoir vu deux personnes différentes en l'espace d'une heure. Tout d'abord, nous découvrons un homme apathique, vaseux, confus, en incapacité de concentrer son attention sur notre présentation verbale, qu'il a fallu que nous réitérions à plusieurs reprises avant qu'il puisse l'intégrer. Il est très pâle, respire extrêmement lentement, ses traits semblent sans maintien, ses paupières lourdes comme s'il n'arrivait pas à les tenir ouvertes, ses yeux font constamment des mouvements de révolusion. Il a énormément de difficultés à s'inscrire dans la parole, il commence des phrases qu'il ne finit pas, il a des silences d'une longueur qu'il n'a pas l'air de mesurer, bien qu'après des moments qui paraissent comme des absences, il s'excuse. Nous nous adaptons au rythme de M. G. Nous nous rendons compte que parfois, selon le sujet qu'il aborde, son visage s'illumine, ses yeux restent ouverts, il nous fixe, des traits se forment, un léger sourire peut se dessiner, puis quand il a terminé sa phrase, il s'éteint à nouveau. Les deux sujets qui réactivent M. G et l'amènent du côté de la pulsion de vie (*Éros*) semblent être en premier lieu son Yorkshire, puis ses amitiés professionnelles. Bien qu'il évoque son chien d'abord dans un manque viscéral, il en fait vite le portrait dynamique d'un animal très intelligent, compagnon de vie du quotidien, « *comme un enfant* » (ensemble de personnifications). Par moment il est décrit au-delà d'un prolongement, comme une partie même du corps de M. G (le manque est souvent signifié en pointant son ventre). Dans un second temps, ce sont les rencontres humaines passées, faites d'échanges, de créations musicales et de reconnaissances qui marquent un engouement intense chez M. G. Il parle beaucoup des personnalités connues avec lesquelles il a travaillé (dans l'entretien mais également auprès des soignants et des autres

résidents). Par cette expression récurrente, symptomatique, on sent que M. G cherche à être reconnu à travers le regard des autres, à retrouver une reconnaissance perdue qui l'a longtemps soutenue dans sa vie. Beaucoup de ces rencontres ont été idéalisées (comme celle avec Nat King Cole) ou ont fait figure d'identifications (Sacha Distel, Line Renaud, substitut paternel vécu auprès d'un chef d'orchestre,...). Cela a pris du temps à M. G pour être pleinement alerte durant l'entretien, pour qu'il ait un discours plus fluide, un regard soutenu, pour que son corps s'anime de façon constante. Il en vient à nous parler avec plaisir de son histoire de vie. Nous découvrons le côté « *bavard* » dont nous avait parlé la psychologue. A la fin du premier entretien, il nous explique ce qui relève du jazz et de la musique classique, il nous fredonne les différences, accompagnant la musicalité de la main. Nous percevons qu'il est habité par la musique, que cela lui procure des sensations et des émotions vives (« *ça me donne des frissons* »). Cette impression d'avoir vu deux personnes différentes, entre le début et la fin de l'entretien, nous semble marquer par les traits de personnalité histrionique et l'état dépressif de M. G ; une expression symptomatique qui vient se présenter dans l'entretien comme elle se présente dans les journées de M. G et avec laquelle composent toutes les personnes qui l'accompagnent à l'EHPAD. Ainsi, il arrivera que nous nous présentions pour un entretien un après-midi, trouvant M. G couché, après que les multiples stimulations de l'équipe n'aient pas réussi à lui permettre de se lever. La tentative d'entretien avortera, M. G ne parvenant pas à s'inscrire dans la parole ce jour-là. Une collègue lui amenant son chien, nous l'avons laissé en cette compagnie si apaisante pour lui. Nous découvrons à la suite de notre transmission reflétant son état, celle des aides-soignantes le soir même : « *M. G est bien ce soir, après la visite de son chien, nous a fait une démonstration de yoga, nous a fait danser. A longuement raconté ses rencontres à Paris.* »

Lors de nos premiers entretiens, M. G nous parle de son instrument, la contrebasse, comme d'un « *instrument sacrificiel* ». Il développe à ce sujet l'idée que son rôle en tant que contrebassiste dans une formation musicale, c'est avant tout d'accompagner les autres, de les mettre en valeur, de soutenir les chanteurs ou les instruments qui sont au premier plan. Cela inscrit M. G dans une effervescence de vie en collectivité (groupe, orchestre, tournées,...), au service des autres, tout en se définissant comme un maillon de la chaîne sans qui la création harmonieuse ne pourrait advenir. Bien qu'il se décrive dans une certaine soumission à l'autre par le biais de son instrument, nous ne pouvons occulter la représentation phallique associée, placée au centre de l'érotisation de son lien à l'autre, qui

s'appuie sur la personnalité histrionique de M. G. Régulièrement il expose sa vie passionnée pour la musique, où il a trouvé une place créatrice, fondamentale, portée par la sublimation. Son expérience professionnelle et artistique renvoie aux trois niveaux de sublimation décrits par Christophe Dejours, ce qui fait qu'elle « est potentiellement pourvoyeuse de bénéfices essentiels pour la santé mentale, en termes d'accroissement des registres de sensibilité du corps, de l'identité et de l'amour de soi. »⁴⁶. La quête créatrice de M. G pour la musique, nous parle d'un désir à l'œuvre. Lacan a conceptualisé le désir par l'objet *a*, représentant l'objet du manque à être (objet inconscient). Manque inscrit dès la naissance du nourrisson, par la fin de l'état de totalité, d'union, d'état de fusion à l'origine dans le ventre de la mère. L'objet *a* est donc une perte, « un signifiant (qui) se détache de l'autre »⁴⁷ et cette perte originelle est vécue comme un manque de complétude inaliénable. Pour y faire face, l'individu tente alors de combler ce manque, c'est bien là la source du désir, une quête de jouissance. Dans la vie de M. G, le manque à être semble avoir engagé une quête désirante pour la musique (par la connaissance et la création musicale). D'un point de vue freudien, nous pouvons entendre cette quête désirante comme une expression des désirs incestueux refoulés qui, par la traversée de l'Œdipe, auraient permis de rediriger les pulsions sexuelles vers un but socialement valorisé. Aussi, la relation aux autres semble avoir été sublimée dans cet objectif commun de création.

Au vue de l'état dépressif vécu par Mr G, nous nous sommes demandé quelle part traumatique inscrite en lui (inconsciente) l'entrée à l'EHPAD vient réactiver, ce que cela rappelle de la position dépressive vécue par l'enfant qui se rejoue dans chaque séparation / perte à l'âge adulte. En outre, ce que cela renvoie des relations infantiles précoces, de la position passive du nourrisson (« *Hiflosigkeit* »⁴⁸). Un état de désaide que l'avancée en âge vient raviver, par un corps toujours plus dysfonctionnant, de moins en moins mobile et de plus en plus dépendant à un autre ; confrontant le fantasme d'éternité du sujet au principe de réalité, telle une castration opérante. L'état dépressif marqué chez M. G nous pose également question quant au fait qu'il ait arrêté toute activité de création. Au fil des entretiens, nous pouvons observer une évolution de la gestion de la perte par ce monsieur au cours de sa vie, par la sublimation. En considérant l'émergence du processus sublimatoire au travers l'évolution des enjeux transitionnels à l'œuvre dans le développement de l'enfant, nous prenons la mesure d'un certain parallèle avec l'avancée

46 Dejours C., « La Sublimation : entre clinique du travail et psychanalyse », *Revue française de psychosomatique*, 2014/2 (n° 46), p. 36.

47 A. Vanier, « L'enfant, objet *a* de Lacan », in *Figures de la psychanalyse*, ERES, 2002, p.41.

48 Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, trad. J. et R. Doron, Paris : PUF, 1993, p.95.

en âge de M. G : alors qu'il a construit sa vie par le biais de créations musicales, professionnelles, reconnues par ses pairs et le public, que cela l'a porté dans une inscription au monde, induit une subjectivation et une identité propre, il en est pourtant venu à stopper tout rapport à la musique. Et, il est intéressant d'observer de quelle manière. Peut-être d'autant plus que, tout au long du suivi psychologique, M. G ne répondra pas aux relances concernant le pourquoi, le quand ou le comment il a arrêté, faisant partie de ce que nous appellerons « *les impossibles à dire* » de M. G, nous aurons l'occasion d'y revenir. Les entretiens s'inscrivaient dans une pensée élaborative et un travail d'historisation, ce qui nous a permis de relever les enjeux du parcours de vie de ce monsieur. Après une existence riche d'activités sublimatoires, M. G a pris sa retraite, toutefois il a continué à jouer de la contrebasse avec des amis pendant plusieurs années dans différents Club Med, accompagné par sa femme, dans un échange de prestations vacancières contre service, en l'occurrence des concerts de jazz. Aussi, à la retraite, M. G commencera à jouer au billard de façon régulière, jusqu'à s'inscrire dans un club. Par la suite, sans pouvoir dire si c'est cet événement qui aura mis un terme au partenariat avec l'agence de vacances ou si cette activité s'était arrêtée précédemment dans d'autres circonstances, sa femme sera malade d'un cancer. Elle décédera quelques mois après le diagnostic. À ce moment là, M. G se retrouve seul à Nice, face à la perte de sa femme. Sa nièce le soutient à distance et lui offre un chien, « *pour compenser cette absence, vous comprenez ?* ». Avant de développer nos observations sur la relation avec l'animal, il est intéressant de relever dans ce parcours une forme d'involution par rapport à l'émergence originaire du processus de sublimation . En effet, si l'enfant trouve/crée l'objet (qui s'ancre dans l'aire transitionnelle), investit l'objet transitionnel, puis le jeu, ce cheminement lui permettra de s'engager dans des actes de création/sublimation ; M. G, lui, au passage à la retraite trouvera d'abord un prolongement de l'activité artistique (concerts au Club Med), puis transitera par le jeu (billard) jusqu'à l'investissement du chien comme objet transitionnel. Ainsi, nous pouvons observer ce mouvement d'involution, caractérisant la relation du sujet à la perte, par un fléchissement faisant retour progressivement à la dépendance vis-à-vis de l'objet premier. En considérant l'expérience de la sublimation comme « quelque chose [qui] est arrivé, une mort réelle ou symbolique, qui provoque une blessure et suscite une réaction dynamique. De la passivation provoquée par l'événement à la mobilisation agie dans un autre champ s'effectue alors le trajet du deuil à la sublimation »⁴⁹, dans le cas de M. G, on observe le phénomène inverse qui se produit. L'avancée en âge et les pertes multiples qu'elle suscite,

49 Sechaud É., « Perdre, sublimer... », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1310.

place M. G dans une passivation qui ne cherche plus à s'agir, ni à s'élaborer dans le discours. Les deuils, et l'angoisse de mort associée, sont « *pansés* », à défaut d'être pensé, par l'objet transitionnel que représente le chien ; « une défense contre l'angoisse de type dépressif »⁵⁰ selon Donald W. Winnicott. Au fil du suivi psychologique, M. G nous parlera de ce « *manque viscéral* » de ne pas l'avoir avec lui, pointant son ventre à chaque fois. Un jour, alors qu'il venait de laisser son chien dix minutes avant notre entretien (qui était venu lui rendre visite pour l'après-midi), M. G aura beaucoup de difficultés à prendre la parole. Un ensemble de manifestations somatiques et comportementales viendront d'abord s'exprimer avant qu'il parvienne à dire que « *des émotions vives le traversent* » en présence de son chien et dont le départ le « *secoue* ». Ceci corrélé avec des symptômes physiques au premier plan : le souffle court, des révulsions oculaires, le simple fait d'évoquer son animal provoquait des arrêts dans le discours. La place du contre-transfert, à ce moment-là, nous a interpellé sur le fait d'avoir le sentiment d'être en présence d'une personne sous l'effet d'un psychotrope, en début de phénomène de « descente ». La dépendance à l'animal, telle une addiction, prenait son sens : « Sur le plan de la psychopathologie : on peut définir la toxicomanie en termes de régression au stade primitif, où les phénomènes transitionnels ne sont pas contestés »⁵¹. Et au fil des entretiens, nous comprenons que la dépendance à l'animal est d'autant plus forte que celui-ci est porteur des deuils non traversés par M. G (non élaborés). Ces personnes, évènements, situations font manques et ces manques sont obturés par le chien qui « *est très intelligent, il comprend tout* », dont le prolongement qu'il incarne, tout comme la projection qu'il suppose, nous laisse entendre également qu'il sait tout. Tout de ses « *impossibles à dire* » dont il est le représentant, de ses pertes (et des affects liés) : l'arrêt de la musique, sa femme, la non-filiation (regret de ne pas avoir eu d'enfant) et sa mère. Les émotions ne sont pas non plus verbalisées concernant ces sujets. L'énonciation de sa mère viendra à l'occasion de lapsus lorsqu'il cherchera à évoquer sa femme à notre demande ; et à nos relances une phrase revient : « *je n'ai rien à dire à son sujet car avec ma mère il n'y avait pas de problème, tout allait bien* ». A l'occasion d'une séance en chambre, lorsque nous nous présentons, le chien est là, M. G est souriant, il nous dira spontanément : « *Il comprend tout... Vous savez beaucoup de choses ont changé depuis que ma femme n'est plus là. Elle n'est plus là depuis un moment maintenant et quand elle est décédée, on m'a offert ce chien et... il y a eu... (silence)... un transfert d'affects* ». Un plus long silence

50 Winnicott D.W. (1969), « Les objets transitionnels », Paris : Éditions Payot & Rivages, 2010, (coll. Petite bibliothèque payot) p.35.

51 *Ibid*, p.63.

figera l'instant, avant d'énoncer : « *vous voyez je ne sers plus à rien... ici... je ne sers à rien... Avant je jouais de la musique et les gens dansaient, maintenant...* ». Il haussera les épaules pour clore le sujet, puis, il prendra son chien sur ses genoux et se laissera lécher le visage, un rituel physique entre eux deux venant soulager toute souffrance de M. G. Il n'en dira pas plus. Encore moins au sujet de sa femme dont il ne parlera que rarement, selon nos relances, et pour laquelle il sera en incapacité de qualifier leur relation, d'évoquer des moments partagés ou des sentiments éprouvés. Parfois, cela viendra témoigner du transfert, lorsqu'en fin d'entretien il dira : « *tout ça, je n'en ai jamais parlé à personne... Ah si, peut-être à ma femme. Oui, à ma femme.* ». Au cours du suivi, durant notre période de stage, une nouvelle épidémie de Covid-19 a émergé au sein de l'établissement ce qui provoqua un nouveau protocole sanitaire, interdisant notamment les visites. Un moment délicat pour ce résident, qui s'adaptait déjà difficilement à la vie en institution, avec les deux visites par semaine de son chien. Il passait la plupart de ses journées couché, à être stimulé de façon insistante par le personnel, avec des résultats assez fluctuants. Lors de cette semaine d'isolement il acceptera l'entretien, s'excusant de rester dans son lit. Il ouvrira à peine les yeux, aura du mal à soutenir son discours, perdant souvent le fil de ses pensées, parlant de la souffrance liée au fait qu'il n'ait plus le droit « *d'avoir son chien... il est tout pour moi, il est comme un enfant !* », exprimé dans un sentiment de révolte.

L'adaptation de M. G à l'EHPAD était toute relative. Au fil des mois les symptômes se sont sensiblement majorés avec des variations marquées par ses traits de personnalité histrionique. Avec le personnel, c'est au travers de phénomènes théâtralisés très récurrents, dans la forme et dans le temps, que cela se présentait. Par exemple, M. G marchait aisément jusqu'à la cuisine et quand le regard du soignant se portait sur lui, il s'affaissait, comme si ses jambes ne le tenaient plus, il se laissait glisser jusqu'à une chaise, se tenant au mur, à la porte, disant faire un malaise, parlait d'hypoglycémie alors qu'il venait de terminer de goûter à la minute précédente. Ou bien, dans sa chambre, monsieur s'occupait, les aides-soignantes entraient, il ne les entendait pas, elles l'observaient en train de ranger son linge, et quand il les voyait, il se plaignait de vertiges, de malaises. Chaque manifestation était tracée, contrôlée régulièrement par l'équipe et le médecin. Elles sont, comme les stimulations incessantes pour le sortir chaque jour de son lit, l'expression d'une relation à l'autre érotisée, placée sous l'organisation d'un fonctionnement hystérique : « le conflit œdipien qui organise la sexualité infantile, se structure autour du fantasme de séduction, s'inscrit en traumatisme venant de l'extérieur, et engendre une déception

excitante, qu'il va falloir entretenir. »⁵². Cela renvoie aux relations précoces où « Les premières interventions de la mère permettent à l'enfant de l'initier à la relation d'objet et au lien éthique à autrui. Lorsque ces interventions se passent mal, l'enfant est alors renvoyé à sa propre détresse, à l'impuissance et à la passivité. Or l'identification à cette passivité est insupportable pour le sujet. »⁵³. Les différentes défenses de M. G passent par une mise en conflictualité de son rapport à l'autre sous forme de séduction-retrait qui tentent de renverser la passivité subie en activité et ainsi, le préserver d'un débordement d'angoisse, d'une dépression sous-jacente contre laquelle il lutte. « La dramatisation, la crise, l'entretien permanent de l'excitation et de la tension lui permettent de redonner vie à ses objets internes, d'éviter une certaine nuit noire, aux éprouvés de la solitude et/ou aux détresses infantiles. [...] On peut évoquer une dépression de l'enfance qui n'a pas pu s'exprimer, ni s'élaborer, ni se surmonter ; elle reste chronique, latente, constituant le fond de sa personnalité et le combat d'une vie dont la victoire serait la défaite. »⁵⁴. En ce sens, dans les derniers temps de notre présence à l'EHPAD, lorsque M. G sera dans des mises en scène de malaises à répétition et d'expressions continues de « *crises d'hypoglycémie* », un infirmier lui tiendra un discours ferme sur la non réalité médicale de ce symptôme, cherchant à le lui démontrer matériellement (prise des constantes glycémiques). Ce refus du soignant d'être instrumentalisé, en lieu et place du fonctionnement et du désir de M. G, provoqua insultes et hétéro-agressivité, à la surprise de l'équipe soignante, car cela étant à l'opposé de ce que le résident laissait paraître de sa personnalité (apathique et séductrice) habituellement. Il frappa plusieurs membres du personnel, sans différenciation d'affinité particulière. L'aide-soignante, qu'il apprécie d'ordinaire, a reçu un coup de poing. Quand elle est revenue vers lui pour des soins, elle l'interrogea s'il se souvenait de ce qu'il s'était passé. Après un temps de réflexion, il lui répondit que non, il parut surpris et s'excusa. Les jours suivants, il était très aimable avec elle, il n'assumait pas son acte et culpabilisait, selon elle. Lors de l'entretien qui s'en suivit, nous avons pris le parti de ne pas mentionner l'évènement et de privilégier l'association libre. Comme souvent, le discours s'est ouvert par des plaintes sur le corps. Cette fois, la particularité c'est qu'au lieu d'évoquer les lombaires, les fesses, la tête, les yeux, ce sont de ses poings et de sa mâchoire dont il s'est plaint (« *je serre trop les dents* »). Il nous montrera ses poings fermés qui lui font mal à plusieurs reprises, puis nous dira : « *je me sens pas bien, c'est la fin et ça ne me convient*

52 Benyamin M., « L'hystérie. Entre séduction et dépression », Paris:Editions In Press, 2020, (coll. Psy pour tous) p.70

53 Venturini C., « Le lien entre la tentative de suicide et la perte d'objet chez l'hystérique », p. 1-32, Master 1, Université Paul Valéry Montpellier 3 - Master I psychologie clinique, 2005.

54 Benyamin M., « L'hystérie. Entre séduction et dépression », Paris:Editions In Press, 2020, (coll. Psy pour tous) p.139-140.

pas. Je tiens, je m'accroche (les poings maintenus en l'air). *Je m'accroche à quoi ? (silence) A l'angoisse... Je lutte... C'est ça, à l'angoisse... à ne pas mourir.* ». C'est bien ces poings, cette lutte, cette angoisse, et donc cette bagarre porteuse de pulsions agressives qui s'est agie et qui vient remettre en tension une passivité subie (vis-à-vis du corps déclinant, de ce qu'implique l'avancée en âge, de la soumission aux soignants, de l'angoisse de mort). Passivité aussi insupportable que manipulée pour le sujet hystérique, qui assure une jouissance dans la relation d'objet, et qui permet de se défendre contre l'emprise de la dépression : « Le mouvement perpétuel vaut mieux que l'arrêt et l'effondrement dépressif. Son dernier rempart est de reprendre, illusoirement, une part active dans ce qu'il vit. Alors, il met tout en scène, il conflictualise, répétant le traumatisme infantile d'avoir été séduit, abandonné, utilisé ! [...] L'hystérique [...] obéit à une seule injonction : la recherche désespérée et éperdue d'amour et de reconnaissance, adressée à une imago maternelle cruelle et sadique. Dans le même temps, il faut garder cette imago à l'abri des attaques destructrices et de la haine à l'égard de la mère. Tous substituts sont bons à prendre et à investir : la psy, la prof [...] autant de figures maternelles bienveillantes, apaisantes, qui dans la réalité ont pour fonction de protéger la mère interne. Il faut donc multiplier à l'infini cette recherche de substituts. C'est fatigant, pour l'hystérique et pour son entourage. »⁵⁵. À travers cette bagarre, M. G exprimait son inscription au monde, comme une pulsion de vie pour réactualiser sa subjectivité et affirmer son identité. Aussi, M. G était dans l'expression fluctuante et relativement croissante de plaintes hypocondriaques depuis son entrée dans l'établissement (qui, semble-t-il, étaient déjà présentes auparavant dans sa vie à l'extérieur, mettant en difficulté sa nièce dans l'accompagnement de son maintien à domicile). Comme nous l'avons vu, ces plaintes sur le corps (sans réalité biologique) viennent témoigner d'une souffrance psychique qui s'est déplacée, en ce sens elle est à entendre tel un discours. Car cette expression vient justement « souligner le manque de discours et en provoquer un chez l'autre. [...] Ainsi, pour l'hypocondriaque, mieux vaudrait la douleur qu'un silence qui serait non rassurant, mais au contraire angoissant car il répéterait les défaillances de l'objet primaire et l'expérience de la désaide (*Hilflosigkeit*), donc l'expérience de la déception et serait la figuration de la mort. »⁵⁶. Par le vieillissement s'engage un travail de deuil, du fait des fonctionnalités motrices moins opérantes et de l'enveloppe corporelle à se réapproprier (deuil de sa propre image), ce qui renvoie à la multiplicité des pertes, leurs réactivations et

55 *Ibid*, p. 143-145.

56 *Ibid*, p. 357-358.

leurs liens intrinsèques à la perte de l'objet primaire. Ainsi, M. G par ses plaintes hypocondriaques tente de faire barrage à ses angoisses de perte et de mort. Suivant son fonctionnement histrionique cela « mobilise les auto-érotismes et produit une jouissance de se vivre tout à la fois passif vis-à-vis de son propre corps et actif dans la relation à l'autre prisonnier d'un discours plaintif qu'il peine à supporter dans sa constance et sa répétitivité. »⁵⁷. Les entretiens n'ont pas échappé à l'ensemble des expressions manifestes de M. G, comme ce jour où les douleurs sur le corps ne cessaient de se dire pendant près de la moitié de l'entretien, malgré nos relances visant à l'engager dans une parole associative et d'élaboration. Par la suite, alors qu'il a réussi à désinvestir la plainte et qu'à la fin de la séance, nous sollicitant pour l'aider à se lever de son lit, nous lui demandons comment vont ses douleurs, il répondra : « *des douleurs ?... Quelles douleurs ?* ». De plus, les traits hystériques de séduction se présentaient sous différentes formes, mis en acte par un discours cherchant parfois à se conformer au désir supposé de la psychologue stagiaire ; à d'autres moments, en insistant sur la reconnaissance spécifique de notre regard (tout le reste étant recouvert, anonymisé, par la blouse, le masque chirurgical et les cheveux attachés) de façon élogieuse. Le sentiment majeur que nous renvoie ses fluctuations comportementales, émotionnelles et relationnelles, c'est qu'au travers de ses symptômes psychiques M. G continue de donner le *La* et de mener la danse au gré de son fonctionnement histrionique et des angoisses qui le traversent. Cela se jouait également en fin de séance, où il nous mettait systématiquement en échec dans la clôture de l'entretien, relançant constamment le discours, accélérant son débit verbal, posant des questions, nous obligeant à quitter la pièce de façon impolie alors qu'il continuait de s'adresser à nous pour maintenir notre présence à ces côtés, venant témoigner de la difficulté de séparation. L'enjeu de la perte se manifestant à chaque fois à ce moment là. En dernier lieu, nous pouvons soutenir que pour « l'hystérique, de toute manière, c'est quand il veut, où il veut, c'est lui qui décide, avec un sentiment de triomphe phallique/narcissique. [...] Ce qui est vécu ici et maintenant avec l'analyste a été vécu avant et ailleurs avec les parents, dans l'enfance. [...] L'objet est toujours insatisfaisant parce qu'il renvoie au premier objet, source de dépression et d'insatisfaction. »⁵⁸

57 *Ibid*, p.358.

58 Benyamin M., « L'hystérie. Entre séduction et dépression », Paris:Editions In Press, 2020, (coll. Psy pour tous) p.127-100-168.

Partie Clinique II - Étude de cas de M. D

M. D est entré au sein de l'EHPAD le 23/07/2020.

1. Anamnèse de M. D

M. D est né en Algérie en 1930 (91ans), il était viticulteur avec ses parents. Il est le dernier d'une fratrie de 3 enfants (une sœur et un frère). La famille arrive en France en 1962, elle s'installe dans un village agricole dans le Sud où elle achète une terre dans le but de reprendre une activité viticole. Par la suite, M. D fera évoluer l'exploitation en achetant des terres de pommiers, puis en supprimant les vignes pour se consacrer entièrement à l'arboriculture.

M. D se mariera « assez tard, à 39 ans », le couple aura une fille unique qui fera des études et s'installera dans la région, proche de ses parents. Sa femme décède en 2019 d'un cancer.

Dans le dossier de M. D, il est noté que l'entrée en EHPAD faisait suite à « *un maintien à domicile qui avait atteint ses limites* ». Monsieur a subi une cimentoplastie (consolidation de vertèbres) il y a quelques années. Il souffre d'un carcinome épidermoïde (cancer de la peau) très marqué, notamment au niveau du crâne ; une radiothérapie a été réalisée fin février (cet événement a eu lieu à la moitié de notre stage). Les autres pathologies inscrites au dossier médical : une myocardiopathie, œsophagite, diabète de type 2 sans régime particulier et maladie de Parkinson. Il est malentendant, ne porte pas d'appareil auditif. A son entrée à l'EHPAD, il se déplaçait avec un déambulateur.

A l'onglet « *vie sociale* », qui correspond aux investissements des résidents, à leurs intérêts personnels, il est inscrit : « *Musique classique. Lui parler de sa mère. De l'Algérie, de son métier. Lit le midi libre. Catholique pratiquant* ». Et, à l'onglet « *comportement* » nous pouvons lire : « *Forte personnalité, narcissique dicit sa fille* », toutefois cela fait référence au sens commun et non à un diagnostic établi pour ce patient, qui s'inscrit dans un fonctionnement psychique névrotique.

2. Analyse clinique M. D

Au début de ce stage, nous avons l'occasion de saluer ce monsieur qui était souvent assis dans le couloir à côté de l'accueil, regardant passer les gens, son déambulateur à ses côtés. Il paraissait dans ses pensées, contemplatif. Sa tête nous interpelle dès le départ. En effet, M. D n'a pas de cheveux, le sommet de son crâne est entièrement recouvert d'un pansement, sa peau semble fragile et des croûtes marquent son visage que les traitements n'atténuent pas. Dans les réunions d'équipe ou les transmissions, à premier abord rien n'indiquait un accompagnement psychologique pour M. D. Cependant, à plus de la moitié de notre stage, un évènement précipita notre rencontre et engagea un suivi régulier : un matin du mois de mars, infirmière et médecin me sollicitent pour M. D, la veille au soir il avait eu un geste d'auto-agressivité, l'aide-soignante l'ayant surpris amorçant une tentative de suicide par auto-strangulation. Le médecin nous demandait de voir cette personne pour « *analyser ce qu'il dit de son geste et ce que l'on peut mettre en place pour l'accompagner au mieux* ». Aussi, il a pris le temps de nous expliquer la situation : « *Ce monsieur vient de subir une radiothérapie qui a eu des conséquences délétères sur sa santé, en affaiblissant considérablement son état général, perdant l'usage de la marche. Ça l'a fragilisé physiquement et atteint psychologiquement. C'est à prendre au sérieux, même si ce matin il dit regretter son geste.* ». Plusieurs membres de l'équipe passent au bureau, nous prenons la mesure du nombre de personnes qui ont pu aller en chambre de M. D en l'espace de quelques heures, notamment pour le questionner sur son geste. En fin de matinée nous allons nous présenter à M. D, mais nous serons interrompus par la venue du psychiatre, nous reportons l'entretien en fin d'après-midi. A la lecture des transmissions de la journée, nous pouvons lire celle du psychiatre : « *Monsieur D présente un état dépressif réactionnel à un sentiment de dégradation suite à une radiothérapie pour carcinome épidermoïde cutané. Regrette son geste. Mise en place de deroxat (antidépresseur) et seresta (anxiolytique) et suivi psychothérapique.* ».

L'entretien en chambre se fera en fin de journée et nous prendrons le parti de ne pas poser de question, M. D ayant été sollicité sur son geste à de multiples reprises. Nous privilégierons l'association libre avec quelques relances sur son parcours de vie. M. D parle volontiers : « *Ça va mieux, hier soir le médecin m'a donné un cachet pour dormir, ohhh que ça m'a fait du bien ! Ça faisait des jours que je ne dormais plus, le lit est comme du béton pour moi.* ». Toutes les fins de nuit de fortes douleurs le prennent sur tout le côté

gauche, des points d'appui au niveau du dos et des talons lui font mal, ainsi qu'une plaie au sacrum. Le contact du matelas, le toucher par un organe malade qui n'est autre que l'enveloppe corporelle, renvoie à la rudesse d'un lit qui parle de ce corps fragilisé qui change la perception de l'environnement et vient à modifier une certaine homéostasie. Cela nous renvoie aux pulsions d'autoconservation décrites par Freud, qui dans sa deuxième théorie des pulsions regroupe pulsions d'autoconservation et pulsions sexuelles, qui visent à préserver le Moi. Pulsions de vie qui s'opposent aux pulsions de Mort, une dialectique bousculée pour M. D depuis la radiothérapie qui a entraîné la perte brutale de capacités physiques jusqu'à son geste d'auto-strangulation. Ces rayons qui l'ont « *rudement amoché* », à cause de quoi « *je ne peux plus marcher, je suis cloué dans ce fauteuil toute la journée... Je ne peux plus aller aux toilettes, ni me laver tout seul.* ». Les éléments traumatiques actuels réactivent des enjeux d'investissements anciens et les angoisses liées à la passivité et à la mort : « *c'est terminé !* ». Puis, il associera cela à d'autres événements médicaux, « *ça a commencé par une hémorragie à un testicule, où j'ai été opéré, puis le dos, et ça... ça, c'est les pommes !* ». M. D nous montre son pansement sur le crâne sous lequel nous pouvons imaginer une plaie à vif, dont ni les soins, ni les rayons n'ont amélioré l'état. Comme nous l'avons vu, le désinvestissement progressif des capacités physiques notamment, mais le vieillissement plus généralement, appelle à « la multiplication des pertes d'objets, chaque nouvelle perte réactualisant les précédentes, à commencer par la première, celle de la mère objet primaire. »⁵⁹.

De lui même, M. D en viendra à parler « *des pommes* » (qui représentent sa carrière) et de sa famille. Et, au fil des entretiens, ce sont sensiblement les mêmes sujets qui s'expriment. Tout d'abord, le travail d'agriculteur et surtout d'entrepreneur arboriculteur. M. D a consacré une grande partie de sa vie à sa profession, avec une volonté constante de développer son activité et d'innover. Comme pour M. G, M. D répond en tout point par son travail à un engagement sublimatoire porteur d'un accroissement de subjectivité. Développer une exploitation, la faire progresser, c'était pour lui progresser soi-même, « *je suis parti de zéro vous savez, j'ai tout appris sur le tas, jusqu'à la comptabilité. Et puis il faut savoir gérer une équipe, que les gens soient contents de venir travailler, que ça leur permette de faire vivre leur famille, il faut être à l'écoute et je m'entendais bien avec tout le monde. Dans la région j'étais reconnu auprès des gens du métier car j'investissais toujours dans des outils nouveaux, des machines très modernes,*

59 Talpin J.-M, « Psychopathologie du sujet vieillissant : Dynamiques du vieillissement », in *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* / sous la dir. de R. Roussillon, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2018, p. 358.

j'étais connu pour ça. J'innovais en permanence. J'étais le premier à avoir mécanisé certains systèmes dans les champs. Et j'ai fait venir la Pink Lady, avant il n'y en avait pas. ». La quête créatrice de M. D, c'était de produire et de proposer une marchandise de qualité au travers d'un travail efficient, cela passait par le fait d'innover et aussi par un équilibre dans le lien aux autres (employés, agriculteurs, familles). Ces activités sublimatoires constantes, répondant aux trois niveaux décrits par Christophe Dejours, s'inscrivaient dans une démarche collective d'autant plus que M. D était membre de la coopérative agricole. Il ne s'en cache pas : *« mon métier me manque »*. Un autre sujet important pour M. D sera mentionné à chaque entretien, s'opposant à une vie plutôt satisfaisante (travail, femme, fille, parents) : une rivalité fixée sur le frère cadet. *« Ah la jalousie c'est un poison ! Mon frère ça a toujours été un problème, il était jaloux, jaloux et je n'ai jamais su pourquoi. C'est simple, je disais blanc, il disait noir, juste pour m'emmerder ! »*. Pourtant, les deux frères travailleront toute leur vie ensemble. Tardivement, l'aîné finira par laisser le champ libre à M. D quant à la gestion de l'entreprise familiale (sans quitter la société), ce qui marquera un apaisement, bien que la rivalité perdurera. Spontanément il dira : *« Je me suis adapté toute ma vie et encore aujourd'hui je m'adapte, c'est pas facile... Je fais ce que je peux. Je voudrais remarcher surtout pour sortir de mon lit, aller aux toilettes seul, mais je ne peux pas... alors je reste là, dans ce fauteuil... je regarde et j'écoute la musique, ça me fait du bien »*. A l'EHPAD plusieurs aménagements de son environnement permettront à M. D de moins ressentir ce corps souffrant et passif. Un matelas à air a été installé dès les douleurs signalées, les séances de kinésithérapie renforcées lui ont permis en quelques semaines de tenir debout en étant aidé, puis de faire quelques pas, avec son déambulateur et soutenu physiquement. Pas l'autonomie désirée, mais des progrès engageant une dynamique positive (*Éros*) et un regain d'estime de soi, « le travail de deuil va vers son achèvement lorsque le sujet commence à investir de nouveaux objets, de même nature ou d'une autre nature que l'objet perdu [...], dans un processus de déplacement de l'investissement non seulement objectal, mais aussi narcissique. »⁶⁰.

Le suivi psychologique relativement court proposé à M. D permet toutefois de relever un certain nombre d'éléments cliniques. La perte d'autonomie physique, provoquée par la radiothérapie, a été vécue comme un événement traumatique brutal, « les figures et les destins du traumatisme psychique de l'effraction se rencontrent au décours de la

60 Talpin J.-M, « Psychopathologie du sujet vieillissant : Dynamiques du vieillissement », in *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* / sous la dir. de R. Roussillon, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2018, p. 350-351.

confrontation avec la mort, de sa menace, de son imminence et de son immanence mais également de formes d'agression où le sujet est submergé par un ressenti de rupture de continuité d'existence, d'annihilation de soi et de son désir. »⁶¹. En ce qui concerne M. D, la brutalité de la perte corporelle a perturbé le travail de deuil de Soi qu'impose l'avancée dans la vieillesse, « c'est-à-dire au travail du Moi quant à sa propre disparition »⁶², et qui jusque là suivait relativement son cours. Progressivement, celui-ci a repris forme, M. D s'adapte à nouveau. Il s'est réinvesti dans les propositions faites par l'établissement (kinésithérapie, relations à l'équipe soignante, parfois des animations) mais aussi dans ses propres plaisirs. M. D parle de « *la fin* », son discours est mesuré, penser à la mort « *c'est normal au vu de mon âge* », « *bientôt se sera mon tour, je m'en remets à Dieu... c'est pas facile vous savez... en attendant je fais ce que je peux... alors je regarde* (à la télévision) *la musique classique, ça me fait du bien* ». D'ailleurs, au travers de la manière dont ce monsieur s'est réapproprié cette activité personnelle, c'est-à-dire dans un acte de contemplation plus que d'occupation, il est intéressant de considérer cela comme une visée tendant en un acte sublimatoire. Une façon de réaffirmer dans le social de l'institution sa propre subjectivité. « Que ce soit pour Winnicott ou pour PHG (Perls, Hefferline et Goodman), le « *Je me sens en train d'exister* » est un processus qui passe par ce qui vient du corps, notamment les sens et le sensoriel. »⁶³. La relation transféro-contre-transférentielle avec M. D a mobilisé des sentiments de force et de stabilité en dépit de l'immobilisme qu'induisaient les difficultés traversées. La fragilité s'exprimait davantage dans le besoin de se dire à l'autre par moment, sans excès ; simplement pour être entendu et reconnu dans sa parole en tant que sujet, dire qui il est, selon qui il a été aussi, « avec l'avancée en âge du patient, le psychanalyste travaille plus dans le transfert que sur le transfert lui-même. »⁶⁴. Une inclination à la vieillesse non mortifère caractérise M. D, dans le sens où les pulsions de vie ont repris leur cours, sans toutefois dénier le manque et la passivité, avec des mécanismes de sublimation qui cherchent encore à s'exprimer et où « Le mouvement de rétablissement ou de ré-érection du Moi dans le Moi constitue le modèle fécond qui rend compte [...] du deuil nécessaire par rapport au Moi Idéal. »⁶⁵ qui mobilise notre sujet.

61 Tovmassian, L.-T. (2015). « Le traumatisme psychique : une clinique de l'effroi », in *Santé mentale*, p. 28.

62 Talpin J.-M., « Psychopathologie du sujet vieillissant : Dynamiques du vieillissement », in *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* / sous la dir. de R. Roussillon, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2018, p. 351.

63 Delacroix J.-M., « Corps, identité et contemplation », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 2004/1 (n° 15), p. 24.

64 Le Gouès G., « La psychanalyse tardive », *Champ psychosomatique*, 2001/4 (n° 24), p. 53.

65 De Mijolla-Mellor S., (2005). « La sublimation », Paris : PUF, 2012, (coll. Que sais-je ?, n°3727), p.123.

Discussion

Au travers de l'observation clinique de M. G et de M. D, nous prenons la mesure des enjeux de l'avancée en âge, où la question de la perte, de sa confrontation et de son traitement, est au premier plan. Cela renvoie à la perte de l'objet primaire, des premiers temps de la vie, et donc à l'interaction des relations précoces dont vont dépendre les assises narcissiques du sujet, selon l'intégration d'un bon objet interne permettant d'instaurer un sentiment de continuité d'existence solide. La tendance même du vieillissement est de déstabiliser fortement l'équilibre narcissique et bien souvent de l'altérer ; « dans le tableau clinique des dépressions (et non des deuils), nous sommes très régulièrement confrontés à cet abaissement de l'estime de soi, à cet appauvrissement de l'amour pour le moi. [...] L'atteinte narcissique est toujours présente. Si le moi est paralysé par un défaut d'investissement qui se traduit par un manque d'intérêt pour le monde extérieur, il est lui-même soumis à cette absence d'intérêt dans un système de miroir où le monde et le moi obéissent au même impératif de perte du désir. »⁶⁶. Le processus de sublimation prenant racine au moment de l'enfance dans le processus de séparation-individuation constitutif de l'objet interne. L'objet premier, la mère, est reconnu comme total lorsque l'enfant sort de l'illusion omnipotente du narcissisme primaire. Ainsi, la sublimation nourrit des accointances spécifiques avec la perte et le narcissisme. Les ressorts des expériences sublimatoires peuvent prendre, au grand âge, des destinées très singulières tant elles sont en lien avec les questions dépressives mises en jeu par la vieillesse. Au regard de ces considérations le parallèle entre nos deux sujets, M. G et M. D, nous permet d'explorer des similitudes et des différences de sublimations au cours de la vie, et d'observer comment elles peuvent évoluer et être investies tardivement. Si pour chacun d'eux l'avancée en âge mobilise fortement les enjeux des pertes vécues (travail, reconnaissance sociale, femme, sentiment d'utilité, corps déclinant), leur cheminement sublimatoire a eu des évolutions propres qui relient des états de deuil traversés ou non. Ainsi, pour M. D (agriculteur retraité) son travail lui manque, il est nostalgique de ce temps ancien, en famille, son corps lui fait défaut, mais malgré cela, ou plutôt en considérant cela, ce monsieur compose et met en œuvre ses capacités physiques et psychiques dans un élan vital pour continuer à s'impliquer en tant que sujet dans la réalité. Il a vécu un moment dépressif intense, sur un versant réactionnel, signifié par son geste d'auto-agressivité, et cela peut s'entendre

66 Chabert C., « Cliniques de la dépression. Métapsychologie de la perte », in *Narcissisme et dépression. Traité de psychopathologie de l'adulte*. Paris : Dunod, (coll. Psycho Sup), 2013, p. 194.

comme venant s'inscrire dans un travail de deuil. « Le travail de deuil consiste justement dans une évolution qui, à partir de l'épreuve de réalité, déclenche une réaction de révolte car « l'homme n'abandonne pas volontiers une position libidinale, pas même lorsqu'un substitut lui fait signe » (Freud, 1915, « Deuil et Mélancolie », p.265). Mais le respect de la réalité finit par triompher : chacun des souvenirs et des attentes associé à l'objet perdu est surinvesti, puis la libido s'en détache. Lorsque cette tâche est accompli, le Moi redevient « libre et non inhibé ». »⁶⁷. Pour M. G (musicien retraité), l'involution que nous avons relevée tend à infléchir un renoncement au réinvestissement d'objets externes, soit à mettre en évidence un sujet qui « peut-être conduit à abandonner ses sublimations au même titre que ses autres investissements antérieurs parce qu'il n'en saisit plus le sens ni ce qui pouvait les lui rendre désirable. La notion même de valeur est alors écrasée dans cette dépression nihiliste qui rend tout dérisoire. »⁶⁸. Cela est sous-tendu par un fonctionnement psychique histrionique où « le mouvement hystérique s'installerait dans cette circularité d'une dépression qui souffrirait de l'intense besoin d'autrui, lequel diminuerait en proportion de son approche, en même temps que monterait l'angoisse, qui obligerait à la rupture, reconduisant la dépression »⁶⁹, et qui, avec l'isolement induit par la vieillesse, est d'autant plus à même de figer le sujet à une pathologie dépressive (versant structural). Pour M. G, les sublimations artistiques et professionnelles vécues par le passé, qui ont pourtant soutenu sa vie, semblent n'avoir pu s'inscrire comme un processus psychique viable face aux renoncements que sollicitent les pertes multiples et successives de l'avancée en âge. Selon les parcours de vie et les éléments cliniques concernant M. G et M. D, nous pouvons observer qu'ils élaborent des processus de sublimation distincts quant à leur nature. Ou bien, que ce qui a pu perdurer pour M. D dans ce mécanisme de transformation, n'a pu l'être pour M. G. Là où, pour M. D, « il existe une activité créatrice dans laquelle le but poursuivi est la réparation du sujet lui-même. La création est une autocréation qui tire son impulsion profonde du désir de pallier par ses propres moyens les manques laissés ou provoqués par autrui. Elle situe donc la création dans une assumption narcissique, dans une tentative d'atteindre l'intégrité, c'est-à-dire de surmonter la castration à tous les niveaux. »⁷⁰ ; pour M. G, il nous semble que la réflexivité qu'engage la sublimation n'a pu se soutenir solidement et que, par moment ou progressivement, la créativité ait été « en fait

67 Chabert C., « Cliniques de la dépression. Métapsychologie de la perte », in *Figures de la dépression* / sous la dir. De C. Chabert, Série : « Psychopathologie et psychanalyse », Paris : Dunod, (coll. Psycho Sup), 2005, p. 9.

68 De Mijolla-Mellor S., (2005). « La sublimation », Paris : PUF, 2012, (coll. Que sais-je ?, n°3727), p.74.

69 Jeanneau A., « Hystérie, unité et diversité », *Revue Française de psychanalyse*, 1985, Tome XLIX, Paris : Presses Universitaires de France, p.113.

70 Sechaud É., « Perdre, sublimer... », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1345-1346.

une stratégie plus ou moins inconsciente de séduction, déjà à notre endroit (retournement de la libido sur le moi), puis en direction de l'autre, auxquels cas la pulsion n'est pas désexualisée, juste le moi la présente-t-il de manière plus convenable à son entendement et à celui de l'autre. [...] Ainsi, la sublimation se présenterait comme un surinvestissement d'objets secondaires, conceptuels, artistiques ou autre, dont la finalité masquée, plus ou moins refoulée, serait bien d'atteindre à la satisfaction sexuelle, le but et l'objet étant pour ainsi dire confondus. Bref, la sublimation ne désexualiserait rien du tout, juste serions-nous en présence de formations réactionnelles flatteuses, donc réussies, mais gardant pour horizon de séduire »⁷¹. De ce fait, selon la sublimation engagée, cela détermine des enjeux différents, notamment en ce qui concerne le narcissisme et la dépendance à l'objet premier. La « sublimation véritable »⁷², en tant que mécanisme de transformation (celle qui surmonte la castration) procure une satisfaction de la libido narcissique, elle permet également un accroissement de l'estime de soi. Et, on peut « considérer qu'elle est plus résistante à la frustration et aux traumatismes parce qu'[...] elle ne vise pas à créer un état d'où le manque serait exclu mais au contraire assure la possibilité de l'investir comme ce qui permet la mobilité des investissements et du questionnement. »⁷³. En ce qui concerne la sublimation en tant que formation réactionnelle, elle peut-être considérée comme un mécanisme de défense réussi dans le sens où elle permet de préserver le refoulé. En suivant l'idée d'une séduction qu'elle sous-tend, « le sujet jouit de l'activité du moi, dans une dialectique originale activité/passivité, faire et laisser se faire (très sensible par exemple dans le chant ou la danse), où il se débrouille avec la pulsion. Il y réalise la production singulière d'objets éthico-esthétiques susceptible d'idéalisations par autrui, ce qui est une source complémentaire de satisfaction. »⁷⁴. Ce qui pour M. G, en tenant compte de son fonctionnement psychique, peut être associé à un « narcissisme phallique »⁷⁵ et pour lequel « la perception du manque à être complet devient une source d'excitation contraignante qui altère la qualité de la libido. La survalorisation de l'activité, aux dépens d'une passivité, [...] met en place un narcissisme de comportement, contraire à une aspiration vers un achèvement. Elle est la composante essentielle du narcissisme phallique, lié au complexe de castration, au conflit œdipien, dont il marque l'incomplétude. Le narcissisme phallique, né de la tentative de dénier le sentiment d'inachevé et la détresse primaire, contraint le sujet à répéter un comportement autocentré, pour trouver en dehors de lui, l'estime qu'il ne

71 « La créativité : dispositif de séduction », 2015, Café psy. <http://cafe-psy.over-blog.com/article-25427901.html>

72 Penot B., « Dès le début, avec l'autre maternel », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1674.

73 De Mijolla-Mellor S., (2005). « La sublimation », Paris : PUF, 2012, (coll. Que sais-je ?, n°3727), p.75.

74 Demailly L., « Sublimations ordinaires et savoir y faire avec le symptôme », *Cliniques méditerranéennes*, 2011/2 (n° 84), p. 163.

75 Benyamin M., « L'hystérie. Entre séduction et dépression », Paris:Editions In Press, 2020, (coll. Psy pour tous) p.84.

peut s'octroyer. »⁷⁶. Ce narcissisme s'oppose au « narcissisme sain » décrit par André Renaud, qui donne lieu à des qualités fertiles d'un point de vue psychique puisqu'« un bon investissement libidinal d'un narcissisme sain entraîne une meilleure capacité d'aimer, une plus grande générosité, une gratitude et une sollicitude plus profondes. La sexualité, la sublimation et la créativité s'accomplissent plus facilement, voire avec bonheur. L'expression primitive des affects clivés d'amour et de haine à l'égard du Soi et des objets est dépassée. »⁷⁷. Ces différences de narcissisme s'entendent également selon un rapport spécifique à l'objet premier : avancer quant à une certaine autonomie vis-à-vis de l'objet perdu tout au long de sa vie serait, d'une certaine manière, le gage d'un équilibre psychique. Et, la sublimation participe d'une articulation dans cette relation car elle « traduit un mouvement complexe à la fois de détachement et de liaison avec l'objet perdu, à l'origine avec l'objet primaire, dans un processus toujours inachevé »⁷⁸. Et, en ce qu'elle a de plus opérant en tant que processus de transformation qui tend à la symbolisation et à la subjectivation du sujet, elle « est un renoncement à la jouissance interdite et à sa nocivité, mais une manière de s'en approcher tout de même, une pratique de détour subreptice. Selon le résumé de Liliane Fainsilber (2010), « la sublimation est donc l'opération psychique par laquelle le sujet ne se lance pas à la recherche leurrante et pourtant désespérée de l'objet, mais qui au contraire a le courage de célébrer sa perte en tant que telle », j'ajouterai, de la travailler, de travailler sa division. Les deux principaux cas de sublimation sont l'art et l'amour courtois. »⁷⁹. Cet éclairage met l'accent sur une autre différence entre M. G et M. D, le premier cheminant selon une difficile dépendance à l'objet perdu activant tout un ensemble de défenses psychiques énergivores, et le second étant plutôt assuré quant à une certaine autonomie qui lui permet d'« assumer une certaine passivité, gage de bien être, et un trajet satisfaisant de la pulsion. »⁸⁰

Ainsi, au travers de l'observation et de l'analyse de nos cas cliniques, nous ne pouvons conclure notre hypothèse selon laquelle une vie riche d'expériences sublimatoires conduirait le sujet dans un désinvestissement mortifère quant aux renoncements que suppose la vieillesse. La considération de l'avancée en âge entraîne, de fait, une déstabilisation identitaire qui confronte l'image de soi et l'estime de soi, convoquant le sentiment de continuité d'existence qui dépend des enjeux narcissiques. Face aux multiples

76 *Ibid*, p. 84.

77 Renaud, A., « À propos du narcissisme. », *Filigrane*, 2011, 20(1), p.71.

78 Gauthier M., « Inspirer et accueillir la sublimation : le rôle de l'objet », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1505.

79 Demailly Lise, « Sublimations ordinaires et savoir y faire avec le symptôme », *Cliniques méditerranéennes*, 2011/2 (n° 84), p. 157.

80 Benyamin M., « L'hystérie. Entre séduction et dépression », Paris:Editions In Press, 2020, (coll. Psy pour tous) p.83.

perdes qui s'imposent « Le sujet doit exister sous le signe de la sous-traction. »⁸¹, ce qui nécessite une inclination à la passivité qui doit pouvoir être supportée. De cela, adjoint au fonctionnement psychique du sujet, dépendra l'évolution d'une vie faite d'effervescences libidinales portées par des processus sublimatoires quant aux renoncements et aux pertes qui adviendront. Par conséquent, la dépression ne va pas de soi dans ce cas, toutefois des états dépressifs peuvent venir caractériser la traversée de deuils (de façon plus ou moins importante et régulière) ; et la modalité d'un Moi solide, structuré, peut organiser l'adaptation, somme toute malléable, nécessaire à la « pente psychique du vieillissement »⁸².

Conclusion

Comme nous avons pu l'observer tout au long de cette étude, les liens en jeu entre sublimation et dépression chez le sujet âgé relèvent de différents aspects. D'abord, nous avons pu définir le processus de sublimation comme un mécanisme de transformation dont les contours se sont resserrés grâce à notre recherche, ce qui nous a permis de considérer « la sublimation véritable » et les bénéfices qui peuvent en être retirés (narcissisme, accroissement de l'estime de soi, de la subjectivité, d'une certaine autonomie vis-à-vis de l'objet perdu). Ensuite, nos recherches sur la dépression, qui différencient deuil (normal) et mélancolie (pathologie), s'accordent sur des formes dépressives plurielles dont les délimitations sont à concevoir selon les modalités du fonctionnement psychique et de la temporalité propre à chaque sujet. Le noyau commun à toutes concerne la problématique de la perte. La théorie nous a éclairé quant aux intrications connues mêlant sublimation et dépression : la perte de l'objet primaire, la subjectivation de l'enfant selon les processus transitionnels, le développement du Moi et l'orientation du narcissisme. Et, au travers de notre observation clinique, nous avons voulu approfondir quels ressorts pouvaient être mis en évidence entre sublimation et états dépressifs au grand âge. Pour cela, nous avons étudié les cas de deux hommes de 90 et 91 ans, ayant connu des vies florissantes déterminées par des mécanismes sublimatoires, nous avons analysé leur évolution psychique selon leurs parcours et leurs renoncements dus à la vieillesse. Nous avons pu considérer des évolutions différentes des processus de sublimation pour ces sujets, dans le temps et dans leur nature.

81 Blanché A., « Ruptures-passages : approches psychanalytiques du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2007/2 (vol. 30 / n° 121), p. 16.

82 Le Gouès Gérard, « La psychanalyse tardive », *Champ psychosomatique*, 2001/4 (n° 24), p. 49.

Aussi, nous avons mis en évidence les relations à l'œuvre entre cette évolution et les états dépressifs traversés au grand âge. D'un côté, une sublimation s'étiolant dans sa qualité au fil du temps du fait d'une composante hystérique en proie à une stratégie de séduction plus ou moins inconsciente, où la satisfaction sexuelle est toujours recherchée et mal régulée ; donc plus à même de fragiliser le sujet sur un versant dépressif quant à son avancée en âge. De l'autre, une sublimation qui s'est soutenue assez solidement dans le temps en faveur d'une activité créatrice dont la réflexivité pour le sujet a permis d'augmenter l'estime de soi par un équilibre narcissique considérant perte, manque et frustration. En ce sens, l'implication subjective perdure selon la prise en compte des possibilités de l'individu de façon relativement fluide au cours de la vie. Certains états dépressifs, délicats, pouvant être toutefois traversés selon des deuils ou sous un versant plus tardif (sans antécédent) de façon réactionnelle (causalité actuelle), comme nous l'avons vu pour M. D. De plus, l'enjeu de la sublimation tout au long de la vie peut être observé selon une certaine autonomie vis-à-vis de l'objet premier perdu. Une dialectique entre autonomie et dépendance doit s'articuler pour œuvrer à une avancée en âge conciliant deuils et perspectives de vie. Aussi, nous avons constaté que l'intolérance à la passivité est un facteur prédisposant à la dépression, dans le sens où elle s'appuie sur un narcissisme tendant à la toute-puissance, l'omnipotence, qui s'oppose au principe de réalité induit par le vieillissement du sujet. A l'inverse, une certaine tolérance de la passivité (angoisses liées à l'*Hilflosigkeit*) permet une jouissance régulée (acceptation de la castration), la « sublimation véritable » en tient compte. Cela donnerait plus de chance aux processus sublimatoires de se perpétuer dans le temps, et ainsi, accompagnerait de façon salutaire le sujet dans l'inclination de son avancée en âge, dans son intégrité. De ce fait, la mort n'est pas déniée, elle est considérée, sans que le sujet ne se dérobe à son inscription au monde, à ce qui fait son authenticité, sa propre subjectivité. Pour approfondir notre étude, il serait intéressant de poursuivre les recherches sur les positions de dépendance au cours de la vie. Puisque du processus de séparation-individuation émerge la créativité qui participe à la potentialité de concevoir l'objet comme total, différencié du Moi (premier sentiment de subjectivité), et que dans l'avancée en âge vieillissant l'individu devient de plus en plus dépendant à ceux qui l'entourent tout en étant objectivement perçu comme sujet à part entière. Nous pourrions interroger les enjeux qui se déploient entre la dépendance dans la réalité et la dépendance psychique au grand âge et les liens qui en découlent quant aux états dépressifs et à la potentialité créatrice.

Bibliographie

- Argentieri S., Valle Libutti G., « Sublimation : un concept théoriquement malaisé et cliniquement ambigu », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1689-1693.
- Baldacci J.-L., « “ Dès le début ”... la sublimation ? », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1405-1474.
- Balier C., « Les changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement », *Le temps et la vie: les dynamismes du vieillissement / sous la dir. De J.Guillaumin et H. Reboul*, Lyon, Chronique Sociale, 1973, p. 63-70.
- Blanché A., « Ruptures-passages : approches psychanalytiques du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2007/2 (vol. 30 / n° 121), p. 11-30.
- Benyamin M., « L'hystérie. Entre séduction et dépression », Paris: Editions In Press, 2020, (coll. Psy pour tous).
- Chabert C., « Cliniques de la dépression. Métapsychologie de la perte », in *Figures de la dépression / sous la dir. De C. Chabert*, Série : « Psychopathologie et psychanalyse », Paris : Dunod, (coll. Psycho Sup), 2005.
- Chabert C., « Cliniques de la dépression. Métapsychologie de la perte », in *Narcissisme et dépression. Traité de psychopathologie de l'adulte*. Paris : Dunod, (coll. Psycho Sup), 2013, p. 185-221.
- Chabert C et al., « Figures de la dépression », Paris : Dunod, « Psycho Sup », 2005, p. 1-36.
- Chemama R., *Dictionnaire de la psychanalyse*, article sur la dépression, Paris, Références Larousse, 1993.
- Ciccone Albert, « L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2014/2 (n° 63), p. 65-78.
- Danon-Boileau H., « Sublimation à la fin, ou la vieillesse de Léonard », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1695-1698.
- Dejours C., « La Sublimation : entre clinique du travail et psychanalyse », *Revue française de psychosomatique*, 2014/2 (n° 46), p. 21-37.
- Delacroix J.-M., « Corps, identité et contemplation », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 2004/1 (n° 15), p. 19-43.

- Demailly L., « Sublimations ordinaires et savoir y faire avec le symptôme », *Cliniques méditerranéennes*, 2011/2 (n° 84), p. 155-168.
- Dessons M., « Psychopathologie de l'enfant », Paris : Dunod, 2020.
- De Mijolla-Mellor S., (2005). « La sublimation », Paris : PUF, 2012, (coll. Que sais-je ?, n°3727).
- Freud S., « Deuil et mélancolie. Extrait de Métapsychologie », *Sociétés*, 2004/4 (n°86), p. 7-19.
- Freud S. (1926), Inhibition, symptôme et angoisse, trad. J. et R. Doron, Paris : Puf, 1993.
- Freud S. (1923), « Le Moi et le Ça », traduction de C. Baliteau, A. Bloch, J.-M. Rondeau, *Œuvres complètes de Freud / Psychanalyse*, tome XVI, Paris, PUF, 1991, p. 274.
- Gauthier M., « Inspirer et accueillir la sublimation : le rôle de l'objet », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1505-1512.
- Gautier L., Husser J., « Contribution psychanalytique à l'approche des risques psychosociaux liés aux conditions de travail », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 2013/1 (n°5, vol. 2), p. 28-42.
- Jeanneau A., « Hystérie, unité et diversité », *Revue Française de psychanalyse*, 1985, Tome XLIX, Paris : Presses Universitaires de France.
- Kristeva J., « La traversée de la mélancolie », *Figures de la psychanalyse*, 2001/1 (n°4), p. 19-24.
- Laplanche J., Pontalis J.-B, (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : PUF, 2007.
- Le Gouès G., « La psychanalyse tardive », *Champ psychosomatique*, 2001/4 (n°24), p. 45-55.
- Penot B., « Dès le début, avec l'autre maternel », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1673-1677.
- Renaud, A. (2011). « À propos du narcissisme ». *Filigrane*, 20(1), p.57–74.
- Roussillon R., « La capacité à créer et la contrainte à créer », in *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, Paris : Dunod, (coll. Psychismes), 2009.
- Roussillon, R., (2005). « Sublimation ». Congrès des psychanalystes de langue française.
- Sechaud É., « Perdre, sublimer... », *Revue française de psychanalyse*, 2005/5 (Vol. 69), p. 1309-1379.
- Talpin J.-M et al., « Cinq paradigmes cliniques du vieillissement », Paris, Dunod, 2005.
- Talpin J.-M, « L'entretien avec le sujet âgé », in *L'entretien clinique / sous la dir. de B. Chouvier et P. Attigui*, Malakoff : DUNOD, 2012, p. 161-177.

- Talpin J.-M, « Psychopathologie du sujet vieillissant : Dynamiques du vieillissement », in Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale / sous la dir. de R. Roussillon, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2018, p. 341-366.
- Thomas Ph., Hazif-Thomas C., « Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée », Gériatrie et société, 2008/3 (vol. 31 / n° 126), p.141-155.
- Tovmassian, L.-T. (2015). « Le traumatisme psychique : une clinique de l'effroi », in Santé mentale, p. 28-34.
- A. Vanier, « L'enfant, objet a de Lacan », in Figures de la psychanalyse, ERES, 2002.
- Venturini C., « Le lien entre la tentative de suicide et la perte d'objet chez l'hystérique », p. 1-32, Master 1, Université Paul Valéry Montpellier 3 - Master I psychologie clinique, 2005.
- Winnicott D.W. (1969), « Les objets transitionnels », Paris : Éditions Payot & Rivages, 2010, (coll. Petite bibliothèque payot).
- « La créativité : dispositif de séduction », 2015, Café psy.
<http://cafe-psy.over-blog.com/article-25427901.html>
- Vieillesse et Santé. (2018, 5 février). OMS.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Résumé

Cette recherche fait part des connaissances psychanalytiques autour des notions de sublimation et de dépression dans le fonctionnement psychique névrotique, et elle s'emploie à considérer leurs liens dans la clinique du sujet âgé. En s'appuyant sur l'analyse de deux hommes de 90 et 91 ans qui vivent en EHPAD, dont les vies professionnelles ont été jalonnées de processus sublimatoires constants, valorisées par la reconnaissance sociale, nous investiguons les ressorts de ce mécanisme de transformation face aux renoncements multiples et successifs que sollicitent l'avancée en âge. Nous nous intéressons à la problématique de la perte d'objet tant elle est au fondement, non seulement des états dépressifs, mais aussi de la créativité. Et en ce sens, les enjeux narcissiques, l'estime de soi et la question de la passivité sont mobilisés. L'analyse des données cliniques nous permet de considérer ces différents aspects et de mettre en évidence l'intérêt de leur intrication au vu des considérations psychanalytiques.

Mots-clés :

Sublimation - Dépression - Sujet âgé - Névrose - Vieillesse - Narcissisme – Passivité

Abstract :

This research shares psychoanalytical knowledge about the notions of sublimation and depression in neurotic psychic functioning, and considers their links in the clinic of the elderly subject. Based on the analysis of two men, aged 90 and 91, living in an EHPAD, whose professional lives have been marked by constant sublimatory processes, valued by social recognition, we investigate the causes of this mechanism of transformation in the facing the numerous and successive renunciations produced by advancing age. We focus on the problem of the loss of the object, not only as the basics of depressive states, but also of creativity. In this sense, narcissistic issues, self-esteem and the question of passivity are solicited. The analysis of clinical data allows us to consider these different aspects and to highlight the interest of their intricacy in view of psychoanalytical considerations.

Keywords :

Sublimation - Depression - Aging - Neurosis - Elderly - Narcissism - Passivity