

UNIVERSITÉ D'ANGERS
Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines
Département de Psychologie



LA SEXUALITÉ À L'ÉPREUVE DU TEMPS
MONSIEUR M. AUX PRISES D'UNE ANGOISSE ARCHAÏQUE

Mémoire présenté pour le
MASTER 1 SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
MENTION PSYCHOLOGIE

Par Mathilda Joly
Sous la direction de Madame Claudine Combier

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL) EA 4638
UNAM (Universités Nantes Angers Le Mans)

ANGERS, MAI 2016

Remerciements:

Je souhaite remercier Madame Claudine Combier pour nous avoir accompagnés en séminaire et pour m'avoir éclairé dans ma recherche.

Je tiens aussi à remercier ma tutrice de stage pour ces échanges enrichissants qui m'ont aidé dans ma réflexion.

Je remercie également mes amis et ma famille qui m'ont apportés leur aide dans l'élaboration de ce mémoire.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e), déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

SOMMAIRE

Introduction.....	7
I-Présentation du dispositif de recherche	8
A)Présentation du lieu de stage	8
B) Rencontre clinique avec Monsieur M.	8
a) Le cadre de la rencontre clinique	9
b) Le choix de l'enigme, Monsieur M.	9
C) Eléments d'anamnèse	10
D) Les limites cliniques	11
SYNTHÈSE.....	13
II- Présentation des données cliniques	13
A) Le champ de l'institution	13
a) Le désintérêt pour l'autre	13
b) le restaurant	14
B) Le champ familial	15
a) La fratrie de Monsieur M.	15
b) Les enfants et les petits-enfants de Monsieur M.	16
c) La figure maternelle et la figure paternelle	16
d) La relation conjugale	17
C) La femme: thème omniprésent dans le discours du patient	17
D) Vieillir: une mise à l'épreuve du corps et de la psyché	18
a) La vieillesse	18
b) Le corps défaillant et la dépendance	18
c) La sexualité: entre souffrance et solutions alternatives	19
1) La sexualité, une source de souffrance	19
2) Solution alternative de Monsieur M.	20
d) La thématique de la mort	21
E) Implication personnelle: la dynamique relationnelle	21
F) Élaboration de la problématique	22
SYNTHÈSE	22
III- Articulation théorico-clinique	23
A) Le processus de vieillissement	23
a) La mise à distance de la vieillesse	23

b) Vieillir : crise et actualisation de l'infantile	24
c) Réactualisation d'une angoisse archaïque chez Monsieur M. : l'angoisse de castration	25
B) La sexualité cause de souffrance	25
a) L'omniprésence d'une pensée sexuelle	25
b) Temps archaïque : figure de la mère, figure de la Femme	26
c) Le fétichisme à l'épreuve de la vieillesse	28
d) Solutions alternatives pour décharger la libido	29
C) Mise à l'épreuve du narcissisme	29
a) Le corps	29
b) L'accumulation des pertes et la mort	30
c) Le narcissisme dans la perversion : le transfert en psychothérapie	31
SYNTHÈSE	31
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	33

INTRODUCTION

Dans le cadre de mon stage en Établissement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.), j'ai rencontré plusieurs résidents en suivis individuels, en présence de la psychologue ou seule. J'ai alors rencontré Monsieur M. le premier jour de mon stage, accompagnée de ma tutrice de stage.

Chaque semaine j'ai pu assisté aux entretiens avec le patient. Dès la première rencontre j'ai été confronté à la problématique du patient, mais sous une forme qui était alors énigmatique pour moi. J'ai pris connaissance de la souffrance du résident en lien avec sa sexualité.

Ce travail de recherche et d'après-coup a été révélateur quant au fonctionnement et à la problématique de Monsieur M. Ce n'est que dans un travail d'élaboration que j'ai compris ce qui s'est joué dans la relation thérapeutique.

Dans un premier temps, j'exposerai le dispositif de recherche dans lequel je présente le lieu du stage, où je rends compte de la rencontre clinique en apportant des éléments anamnestiques. J'aborderai aussi les limites du dispositif

Dans un second temps, je présenterai les données cliniques recueillies avec une présentation thématique. Je poursuivrai avec l'analyse de la dynamique relationnelle pour terminer par l'élaboration de ma problématique.

La dernière partie porte sur l'articulation théorico-clinique qui permet de saisir la problématique de Monsieur M. et d'aborder ce qui vient faire conflit chez le patient.

I- PRÉSENTATION DU DISPOSITIF DE RECHERCHE

A) Présentation du lieu de stage

Lors de mon année de Master 1 j'ai pu réaliser deux stages dont l'un d'une durée de 308 heures au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.), à compter de 2 jours par semaine d'octobre 2015 à avril 2016. Cet établissement compte une seule psychologue qui m'a alors supervisée.

Avant leur entrée, les résidents rencontrent la psychologue avec la cadre de santé et le médecin coordinateur. Pour certain cette rencontre sera la seule avec la psychologue. Les résidents sont présents dans l'établissement pour des raisons de perte d'autonomie, de perte cognitives, d'isolement social. S'ils en ressentent le besoin, il est possible par la suite de commencer un suivi psychologique.

La psychologue rencontre les résidents selon différents modes. Les rencontres se font soit en chambre soit dans le bureau, ceci va dépendre de leur possibilité physique à se déplacer. Les résidents peuvent demander spontanément un suivi avec la psychologue ou bien celle-ci peut être amenée à aller à leur rencontre. Ce cas de figure se présente lorsque, par exemple, l'équipe soignante signale une « baisse de morale » du résident, un événement qui surgit dans la vie du patient et qui susciterait une certaine détresse etc. Le travail de ma tutrice se fait plutôt dans l'accompagnement de la personne âgée en ce sens que la particularité d'un E.H.P.A.D. se situe dans le fait que la personne âgée est résidente de l'établissement, elle y vit. Lorsque la psychologue intervient, elle intervient dans la vie quotidienne du résident son bureau se situant en effet sur le lieu de vie des personnes âgées.

Le rôle de ma tutrice de stage ne s'arrête pas à l'accompagnement des résidents, elle coordonne en effet l'équipe soignante, elle intervient auprès des familles des résidents lorsque qu'émerge une demande de leur part.

B) Rencontre clinique avec Monsieur M.

Lors de mon premier jour de stage la psychologue m'a convié à participer à un entretien psychologique avec l'un des résidents de l'établissement. Elle a pour habitude de le rencontrer toutes les semaines. Avant d'assister à cet entretien je n'ai eu que très peu d'éléments concernant le patient et ceci par choix. Ma présence n'a bien sûr pas été imposée au sujet, la psychologue lui a demandé à l'avance si je pouvais participer au suivi. J'ai alors rencontré Monsieur M. toutes les

semaines avec la psychologue.

Le patient est suivi par la psychologue depuis son arrivée dans l'établissement, c'est à dire depuis janvier 2014. Elle m'a rapporté que le suivi s'est fait de manière «naturelle», la première rencontre s'étant déroulée avant l'entrée dans l'institution du résident. A partir de cela, a émergé la volonté de Monsieur M. a poursuivre les entretiens.

La psychologue a partagé durant toute cette période de stage son bureau avec moi-même. Étant suscitée par les membres du personnel ou par l'équipe soignante à tout moment, il est arrivé que je me retrouve seule dans son bureau. Bien que les rendez-vous avec Monsieur M. aient été fixés, celui-ci s'est souvent présenté aux entretiens avec de l'avance. Le résident se fait accompagné par une personne (bénévole, personnel) jusqu'au bureau car il est en fauteuil roulant. De plus, il n'y a pas de salle d'attente pour les patients, je l'ai alors accueilli à plusieurs reprises en l'absence de la psychologue.

a) Le cadre de la rencontre clinique, la première séance

Le premier jour de mon stage, la psychologue m'a invité à aller chercher Monsieur M. dans sa chambre pour venir au rendez-vous, je tiens à rappeler que le patient se trouve en fauteuil roulant et qu'il a besoin d'aide pour se rendre au bureau. J'ai frappé à la chambre du patient et je me suis présentée à lui. Il m'a bien accueilli, allant même jusqu'à chanter une chanson populaire contenant mon prénom. J'ai de suite été frappée par cette familiarité naissante que le patient a d'emblée instauré entre lui et moi.

J'ai occupé la place d'observatrice durant cet entretien, je ne suis donc pas intervenue verbalement. La psychologue et moi-même étions assises côté à côté, derrière le bureau et le résident en face de nous.

Se qualifiant lui-même de « *très bavard* », Monsieur M. a investi de manière importante la plupart des séances auxquelles j'ai assistées. Dès la première rencontre j'ai pu recevoir un matériel clinique riche, plusieurs champs de discussion ont été abordés par le patient. Monsieur M. a commencé par aborder ses difficultés relationnelles quant aux autres résidents, j'ai donc appris que le résident a été « interdit de jeu » dans le cadre des animations organisées par l'établissement. Monsieur M. nous a fait part de sa souffrance suscitée par l'absence d'une présence féminine. La volonté de mourir a été évoquée. Le patient s'est effondré en larmes un court instant, en abordant le sujet de sa femme, se reprenant alors aussitôt. En effet celle-ci l'a trompé lorsqu'il est entré dans l'institution. La séance s'est terminée par le récit d'un poème érotique.

b) Le choix de l'énigme : Monsieur M.

La rencontre à la chambre de Monsieur M. ainsi que le début de la séance ont été marqués par un temps que je qualiferais de « jovial » et empreint d'humour. J'ai pu assisté à l'effondrement du patient, passant alors d'un état de gaieté à une profonde tristesse. Cette première séance m'a laissé perplexe pleine d'interrogations. J'ai été surprise de l'apparente spontanéité du résident, en effet, il n'a pas été réticent à parler de thèmes qui, la plupart du temps sont « tabous » chez chacun, notamment chez la personne âgée. Je fais ici référence à la mort et à la sexualité.

J'ai été touchée par la souffrance de Monsieur M., cette séance m'a donc poussé à me questionner quant à la souffrance du résident. Comment et pourquoi le patient passe-t'il d'un état de gaieté à un effondrement soudain? Monsieur M. s'étant repris aussitôt après avoir pleuré, je me demande alors ce dont témoigne cette volonté de contrôle. Le patient se trouve en grande souffrance face à un manque de présence féminine à ses côtés, impliquant la sexualité. Est-ce que cette souffrance est liée au handicap du patient? Est-elle liée à la vieillesse de Monsieur M. ? Ce manque face à l'absence d'une présence féminine vient-il faire lien à l'infidélité de la femme du patient? Est-qu'il a mis des stratégies en place pour faire face à cette souffrance ?

La « familiarité » dont j'ai été témoin dès les premiers échanges avec le patient vient m'interroger, Monsieur M. ne m'ayant jamais rencontré auparavant, n'a pas hésité à chanter ou à réciter un poème érotique. Est-ce que cette familiarité occupe une fonction particulière chez le patient ?

Dans l'après-coup j'ai pris conscience que l'espace d'écoute et de parole accordé au résident lui est très important. Il exprime un mal être quant au fait de ne pouvoir parler de tout avec les autres résidents ou le reste du personnel. Ici, le bureau de la psychologue est un lieu neutre où on ne le jugera pas et où on le laissera dire ce qu'il veut. L'appropriation que Monsieur M. se fait de cet espace me questionne dès lors. J'ai pu observer qu'en plus de s'approprier l'espace, d'en faire quelque chose de l'ordre de l'intime, de la confession, il avait tendance à y trouver des personnes (la psychologue et moi-même) à son écoute mais une écoute qu'il veut de son côté.

En effet, comme nous le verrons dans la suite de ce mémoire, les différentes altercations que Monsieur M. a pu avoir avec les résidents ou le personnel n'ont pas suscité chez lui une remise en question à proprement parler mais une demande de « justice ». Il pense pouvoir trouver cette justice auprès de nous deux en précisant « *je n'ai pas toujours raison mais cette fois-ci je sais que je ne suis pas en tort . Je sais que vous ne pouvez pas prendre position mais j'aimerais vraiment que vous me donniez raison* ». Ces propos sont venus me faire énigme.

C) Éléments d'anamnèse

Les éléments anamnestiques que j'ai recueillis sont le fruit de la consultation du dossier du patient, des informations que la psychologue m'a fourni, des éléments apportés par le patient en séance, ainsi que d'un entretien que j'ai dirigé seule auprès de Monsieur. M, concernant « l'histoire de vie » (questionnaire pour les résidents afin d'éclairer leur parcours de vie avant l'entrée dans l'institution).

Monsieur M. est âgé de 84 ans, il est arrivé à la maison de retraite en janvier 2014. Depuis l'apparition de son handicap moteur, le patient a perdu de son autonomie. C'est pour cette raison qu'avant sa venue dans l'institution sa femme s'occupait de lui. Il est né d'une mère au foyer, qui a été rédactrice en chef d'un grand magazine avant d'avoir ses enfants; ainsi que d'un père instituteur.

Monsieur M. a cinq frères et sœurs: deux demi-sœurs, l'une issue d'un premier mariage l'autre d'un père inconnu, ainsi que trois frères. Le patient rapporte que l'un de ses frères est décédé jeune à cause d'un cancer et que l'une de ses sœurs est également décédée.

Le résident m'a rapporté qu'il a le niveau bac m'évoquant par la suite qu'il a obtenu en réalité qu'une partie du baccalauréat, en effet il est parti avec une fille juste avant de passer le reste de ses examens. Par la suite, Monsieur M. a passé différents concours dont celui de la Westminster Bank ainsi que celui du Cadastre. Ayant été reçu aux deux, il a opté pour le métier d'agent du cadastre car le salaire était plus intéressant.

Le patient qualifie son enfance ainsi que sa vie d'adulte d'*« heureuse mais d'un calme plat, mais attention, un calme plat pas au sens péjoratif du terme mais il se passait rien »*.

Le résident est marié, il a eu cinq enfants avec sa femme. Il a deux filles et trois garçons. Il a aussi cinq petits-enfants. La femme de Monsieur M. a actuellement une liaison avec le meilleur ami du patient et ce, depuis son arrivée en maison de retraite. La femme de Monsieur M. ainsi que ses enfants lui rendent visite chacun leur tour. Selon le résident, les relations sont très bonnes avec chacun d'entre eux...

La psychologue de l'établissement m'a précisé que l'entrée de Monsieur M. en E.H.P.A.D. ne s'est pas fait sans mal, sa femme ne pouvant plus s'occuper de lui, il a dû intégrer la résidence cependant il y a été opposé un temps.

Le patient est atteint de plusieurs handicaps dont un qui le contraint à être en fauteuil roulant, l'autre étant une dégénérescence maculaire liée à l'âge, il ne voit plus que les formes (D.M.L.A).

D) Limites cliniques

Tout au long des entretiens, reviennent les thématiques de la vieillesse, de la sexualité, des

relations entre le patient et l'institution ainsi que des relations familiales de Monsieur M.. Ceci apparaissant comme un leitmotiv et au vues de matériel clinique conséquent que j'ai pu récolter, j'ai choisi de présenter ma rencontre clinique par thématique. Le discours de Monsieur M. est répétitif d'une séance à l'autre, je n'ai donc pu isoler des « moments-clefs » quant au discours du patient. Néanmoins, j'ai repéré que la plupart des séances s'articulaient de la manière suivante :

- le patient commence par ce qui ne va pas, il dépose une plainte (par rapport à un résident par exemple)

- Monsieur M. évoque une souffrance

- la séance peut se poursuivre sur un thème culturel (art, littératures, cinématographie) ou alors sur une anecdote personnelle

Contrairement à d'autres résidents, je ne rencontre pas Monsieur M. seule même si cela nous est arrivé de nous retrouver tous les deux en début de séance. Peut-être que ce positionnement de doublon, de stagiaire que j'occupe m'influence quant au recueil des données ou quant à l'écoute flottante. Soucieuse d'introduire quelconque biais, j'ai essayé de la manière la plus objective possible de restituer le discours du résident.

Depuis la première rencontre avec Monsieur M., il s'est écoulé sept mois. Durant ce temps, il a diminué en termes de capacités cognitives, notamment au niveau mnésique. Les restitutions d'événements en entretiens sont de plus en plus difficiles mais restent correctes concernant les éléments du passé. Monsieur M. garde une bonne mémoire à long terme bien qu'étant plus lent à la restitution. Cependant la mémoire à court terme semble affectée. Dans ces circonstances il devient difficile de recevoir un discours authentique de la part de Monsieur M.

Le cadre de l'institution offre une vue d'ensemble sur un même patient que ce soit dans le champ médical, social ou psychologique. Les réunions quotidiennes, qui sont appelées « les transmissions » sont, comme son nom l'indique, un lieu de transmissions d'informations. C'est ainsi que la psychologue et moi-même avons pris connaissance des querelles de Monsieur M avec les résidents. Le patient a abordé ce sujet en séance, je me demande alors si le fait d'avoir pris connaissance de ces événements avant que le résident ne les aborde lui-même n'aurait pas atténué le sentiment de surprise, d'éénigme ? De plus, les transmissions m'ont permis de prendre connaissance d'informations dont Monsieur M. ne parle pas en séance ou alors dont il parle d'une autre manière, de sa position subjective. J'ai donc essayé de faire abstraction du discours de l'autre et de me pencher sur le discours du patient, sur sa vérité subjective.

Synthèse :

Dans cette première partie, j'ai présenté le lieu de stage où j'ai rencontré Monsieur M. Dès la première rencontre le patient a suscité chez moi des questionnements. J'ai présenté le cadre de la rencontre clinique en exposant les éléments du premier entretien et en mettant en évidence ce qui est venu faire énigme.

Rencontrer un patient c'est rencontrer son histoire, j'ai donc essayé de rassembler les éléments de vie du patient afin d'introduire une partie anamnestique.

Ce mémoire utilise un outil clinique : l'étude de cas. Tout outil ayant ses limites, j'ai évoqué qu'elles ont été celles auxquelles j'ai été confrontée.

II- PRÉSENTATION DES DONNÉES CLINIQUES

A) Le Champ de l'institution :

Monsieur M. est résident en maison de retraite depuis le 28 janvier 2014. Son entrée dans l'établissement ne s'est pas fait sans mal. Dans un premier temps le patient a intégré l'institution pour un séjour temporaire. Suite à ce séjour, sa femme s'est rendue compte qu'elle ne pouvait plus continuer la prise en charge de son mari à la maison, étant alors épuisée. La psychologue de l'E.H.P.A.D. m'a rapporté que l'entrée définitive de Monsieur M. a été difficile celui-ci étant opposé à son placement en institution.

Lors d'un entretien, le résident a évoqué l'épuisement, la fatigue de sa femme et son incapacité à s'occuper de lui. Il dit comprendre sa décision, selon lui il savait dès le début que ce séjour temporaire n'en n'était pas un précisant alors « *j'suis pas bête, faut pas me prendre pour un imbécile, je savais que j'allais rester ici* » et quelques séances plus tard « *je n'y ai vu que du feux, mais maintenant j'ai conscience qu'il faut qu'on s'occupe de moi* »

a) Le désintérêt pour l'autre

« *Je ne suis pas pas sociable mais les autres ici ne m'intéressent pas* ». Cette phrase de Monsieur M. illustre sa position vis-à-vis des autres résidents. Très critique à leur égard, il ne leur trouve aucun intérêt. Au sein de la maison de retraite sont organisées des activités où chacun est libre de participer. Monsieur M. y participait mais il a été « interdit de jeux ». L'animatrice a noté que le patient monopolisait la parole lors des jeux et ne laissait donc pas aux autres participants le

temps de répondre. Le but était de répondre le plus vite possible à des questions de culture générale. Ce sujet a été abordé en entretien, Monsieur M. a reconnu cette situation, celle où il répond à tout et avant tout le monde. Selon lui, l'interdiction a été posé car on ne l'aime pas et de toute manière « *je sais tout, et les autres sont lents et mauvais, ils savent rien...* ».

J'ai pu observer un décalage entre la pensée de l'autre, des autres, et la pensée de Monsieur M. Après une discussion avec l'animatrice en question, je me suis rendue compte que cette interdiction n'a été posée que parce que cela nuisait au bon déroulement des activités et non parce que ce résident n'est pas « aimé » des autres. Cependant j'ai découvert que Monsieur M. était socialement perçu comme quelqu'un d'odieux, d'antipathique. S'il est interdit de jeux ce n'est donc pas parce qu'on ne l'aime pas mais parce que lui n'aime pas les autres. Son hostilité donne alors raison à sa croyance première : les autres en viennent à ne pas l'aimer.

Une relation antipathique s'est donc instaurée entre le patient et plusieurs résidents. L'antipathie est présente dans la relation à l'autre, le « *vieux* », mais elle tend à s'effacer avec le personnel soignant, la cadre de santé, la psychologue. Nous avons d'une part les résidents et ce qu'ils représentent, la vieillesse, les vieux, et d'autre part le personnel soignant, les membres de l'institution, la jeunesse. Monsieur M. dira à plusieurs reprises « *j'aime pas les vieux, je préfère les jeunes* ».

Plus qu'antipathiques, les relations de Monsieur M. aux autres résidents sont conflictuelles. Lors du premier entretien auquel j'ai assisté, le patient a dit « *ça ne s'améliore pas ma situation avec mes relations aux humains* » faisant alors référence à une querelle qui avait eu lieu entre lui et un autre résident au restaurant, au moment du repas. Monsieur M. n'aime pas les autres, il n'aime donc pas être en leur compagnie, c'est pour cette raison qu'il tend à rester seul dans sa chambre. Sa vie sociale réside essentiellement dans le restaurant.

b) Le restaurant

Le patient mange aux côtés de trois autres personnes (les places étant attribuées) et selon lui les relations sont bonnes. Mais voilà, le personnel du restaurant a remarqué que Monsieur M. pouvait avoir des propos dévalorisants vis-à-vis de son voisin de table, qui parle peu. Le patient aurait reproché au mari de ne pas s'occuper de sa femme comme il le faudrait. Bien entendu ceci a été abordé en entretien avec Monsieur M. qui n'a pas compris en quoi ses propos étaient source de reproches allant même montrer de l'empathie vis-à-vis de son voisin de table « *pauvre p'tit père, il a plus sa femme à table* ». Selon lui « *je sais que je suis une grande gueule [...] toute vérité n'est pas bonne à entendre.* »

Comme je l'ai précisé précédemment, les séances avec Monsieur M. débutent la plupart du temps par une plainte, cette plainte est fréquemment liée au restaurant. En effet, plusieurs éléments gênent le résident mais pour autant cette gêne n'est pas dite aux principaux intéressés car « *je ne peux pas leur dire, ça ne se fait pas* ». Monsieur M. est dérangé par la manière dont mangent ses voisins de table, selon lui ils ne savent pas manger et ça le « *dégoûte* ». Depuis peu un nouvel arrivant mange à sa table, il tiendra alors les propos suivants à son égard « *J'aime bien Monsieur X. car il parle bien mais qu'est ce qu'il me dégoûte, il sait pas manger il en fout partout, je sais que c'est pas de sa faute mais moi ça me coupe l'appétit. Et puis quand il enlève son veston c'est dégueulasse* », faisant alors référence à ses problèmes cutanés. Le résident rapporte ceci en entretien car il souhaiterait que Monsieur X change de place. Essayant de lui faire comprendre que ce changement de place ne peut s'opérer si facilement, la psychologue essaiera de l'amener à changer son angle de vue, mais en vain. Il ajoutera « *ça fait 2 ans que je suis là donc c'est pas à moi de changer de place* » complétant ses propos quelques minutes plus tard par « *qu'est ce qu'on va en faire de ce Monsieur X ?* » puis « *alala ce porc de Monsieur X...* ». Le patient pense que sa demande est légitime car « *je ne suis pas compliqué* » « *j'ai été élevé comme ça, mes valeurs sont les meilleures* » « *j'ai bien été élevé* ». C'est ainsi que j'ai observé chez le patient une attention particulière quant aux « bonnes manières » Il m'évoquera d'ailleurs : « *tu vas dire que je suis compliqué mais les hôtelières savent pas faire leur boulot, elles prennent les verres ou les carafes d'eau avec leurs mains à l'intérieur* » « *elles sont pas qualifiées, mais c'est pas de leur faute, on leur a pas montré ce qu'il faut faire* ». Que vient traduire le dégoût et la gêne occasionnée du patient vis à vis de Monsieur X. ? Pourquoi est-il exigeant quant à la bienséance?

Pris dans une position quasi antithétique dans sa relation à l'autre, Monsieur M. tient des propos porteurs d'une lassitude, d'un dégoût quant à l'autre « *j'en ai de plus en plus marre des résidents* ». Ceci le pousse à se retirer de la scène sociale, du moins en apparence. Néanmoins, Monsieur M. souffre de sa solitude, c'est l'autre qui le rejette, ce n'est pas lui « *c'est pas moi qui ne les aime pas, c'est eux qui ne m'aiment pas* »

B) Le champ familiale

a) La fratrie de Monsieur M.

Monsieur M. a plusieurs frères et sœurs, certains sont décédés. Ce que j'ai pu saisir du dossier et du discours du sujet à ce propos reste confus. Lors d'une séance Monsieur M. a évoqué la mort de son frère atteint d'un cancer, cela l'a beaucoup touché car il s'entendait particulièrement bien avec lui, il a d'ailleurs été ému en racontant cette histoire. Cependant, lorsque je me suis

rendue à la chambre du sujet pour l'interroger sur son histoire de vie, à la question « y'a-t'il eu un ou plusieurs événements marquants dans votre vie ? » il m'a répondu « *non* ».

Ce qui vient m'interroger c'est le flou concernant la fratrie du patient. En effet, lorsque Monsieur M. réfléchit à ce propos il ne sait plus combien il a de frères et sœurs, tantôt c'est 6 tantôt c'est 5, il se compte parfois lui-même dedans. Même si il arrive à se ressaisir de son histoire, je viens alors à me perdre.

Monsieur M. a été élevé par sa mère et « *un peu* » par ses sœurs aînées. L'une des sœurs du patient avait un mari fortuné, architecte, il dira à propos de ses sœurs « *elles aiment leur mari mais fallait qu'ils aient du fric* ». Le résident ne cache pas son admiration face à ses beaux-frères, il leur reconnaît des qualités et avoir de l'argent en est une, mais seulement si cet argent est le fruit d'un travail de dur labeur.

b) Enfants et petits-enfants

Monsieur M. a eu cinq enfant avec sa femme, trois fils et deux filles. Il qualifie l'un de ses fils de « *pas très futé, pas dégourdi, il n'est pas idiot mais je ne peux pas lui faire confiance..* ». C'est celui là même qui vient rendre visite à son père plusieurs fois par semaine. Le deuxième, vient de temps à autre quant au fils aîné, selon le patient, s'il ne vient pas voir son père c'est parce qu'il serait comme lui « *il n'aime pas les vieux et il a peur des maisons de retraite* ». Quant aux filles, elles viennent régulièrement rendre visite à leur papa. Ses filles ainsi que son fils aîné ont des enfants. A son grand regret ses deux autres fils ne sont pas mariés et n'ont pas d'enfants, ils étaient selon lui des « *coureurs de jupons étant jeunes* », ils n'arrêtent pas de cavaler aujourd'hui encore.

c) Figure maternelle et figure paternelle

En consultant le P.S.I., logiciel informatique où sont répertoriés le dossier des résidents, j'ai vu que Monsieur M. a évoqué la relation à sa mère dès les premières rencontres avec la psychologue, ce qui a suscité une vive émotion chez lui. Il précisera d'ailleurs que c'est le sujet qui le touche le plus.

Le résident parle de sa mère lors de plusieurs entretiens. Monsieur M. est fier d'elle, c'était une femme de lettre, une femme trilingue (français, anglais, allemand) ce qui était rare pour une femme de l'époque. Avant d'être mère au foyer, elle était rédactrice en chef d'une revue littéraire. L'évocation de la mère de Monsieur M. se fait toujours en référence à l'éducation, à la culture, et aux « bonnes manières ».

Quant au père du résident, il était instituteur, métier dévalorisé à l'époque selon Monsieur M.. Ce métier était prenant et mal payé. Ce sont les seuls éléments qui ressortent dans le discours du patient concernant son père.

d) Relation conjugale

Comme il l'a été précisé dans la première partie, la femme du patient entretient une relation extra-conjugale depuis l'arrivée de Monsieur M. en institution. Cette situation est évoquée par le patient à travers plusieurs séances. Tantôt le résident est ému, tantôt il ne paraît pas touché par cette situation car « *si elle est heureuse elle a raison, je l'aime ma femme, donc je veux qu'elle soit heureuse* » rajoutant alors « *je sais ça peut paraître bizarre* ». Il ne cache pas non plus qu'il aurait fait pareil. Il qualifie leur relation actuelle d'amicale. Cependant, quand il parle d'elle il emploie le terme « *ma femme* ». Monsieur M. justifie cette infidélité car « *en fait ce n'est pas vraiment de l'infidélité puisque j'ai donné mon accord* ». En effet, le patient nous a précisé qu'il était en accord avec cette relation. De plus, il nous précise qu'il doit défendre sa femme auprès de ses enfants qui n'acceptent pas la situation « *c'est ridicule, c'est moi le cocu et c'est moi qui la défend* ».

C) La femme : thème omniprésent dans le discours de Monsieur M.

La place de la femme semble avoir une grande importance dans la vie du patient. Il m'a été difficile au début de discerner ce que pense ou ce que ressent le résident vis à vis de la femme (la femme en tant que figure féminine). Tantôt le patient montre une appréciation et une valorisation, tantôt une dépréciation et une dévalorisation concernant la figure féminine.

Le patient est fasciné par les femmes, elles suscitent beaucoup d'attention chez lui. « *Je suis tenté par les femmes, plus elles me manquent plus je les adore* », « *la femme a plusieurs facettes, c'est pour ça que je les adore* » ces remarques soulignent toute l'ambivalence de la représentation de la femme chez le résident. Monsieur M. se plaint du manque d'une présence féminine à ses côtés. Lui faisant remarquer que dans l'institution il y a des résidentes, il dira la chose suivante « *elles sont moches, elles sont vieilles non pas que je sais pas que je suis vieux...* ».

Monsieur M . qualifiera à plusieurs reprises la femme de « *saleté* », de « *salope* » tout en précisant que ceci n'est en rien dépréciateur, au contraire, car une salope c'est une femme qui aime la libido. De plus, si une femme porte des collants ce n'est pas normal qu'il ne puisse pas toucher. Monsieur M. impose des critères vestimentaires, la femme doit porter des robes ou des jupes. Il se renseigne sur la mode vestimentaire féminine actuelle. Quand il aime la tenue vestimentaire d'une femme il n'hésite pas à la complimenter, effectivement « *les femmes disent parfois ne pas aimer se faire*

draguer mais je sais qu'elles sont pas contre quelques compliments »

Une fascination se dessine chez le patient quant à la femme mais pas n'importe laquelle. Au sein de l'établissement, le résident présente de la sympathie uniquement pour les femmes du personnel, les plus hautes placées professionnellement parlant et les plus jeunes. A plusieurs reprises il a précisé que si la psychologue ou moi-même pouvions le comprendre et ainsi avoir de la communication avec lui c'est parce que nous avions fait des études.

D) Vieillir : une mise à l'épreuve du corps

a) La vieillesse

Monsieur M. paraît réticent quant au processus de vieillissement qu'il n'investit pas psychiquement, cependant son corps est là pour lui rappeler sa position actuelle. Ce décalage entre le psychique et le soma est source de souffrance pour le patient. Il exprime une conscience de son corps vieillissant mais il souhaiterait taire ce corps en perdant toute lucidité de son état « *je vieillis pas assez, je voudrais être gâteux, y'a des dangers à être gâteux car il y'a des moments de lucidité mais moi c'est un moment de lucidité qui dure du soir au matin et du matin jusqu'au soir* ». Même si le patient a précisé avoir bien vécu son passage à la retraite, il dira : « *j'étais mieux en activité et dire que tout le monde attend la retraite* ». De plus, depuis son placement dans l'institution il se sent restreint de ses libertés, vieillir c'est devenir dépendant et les gens cherchent à trop prendre soin de lui. Cela finit par être agaçant. Il se sent « *dans une prison dorée* » dans l'établissement. Monsieur M. semble avoir des difficultés face à la vieillesse, mais que vient-elle provoquer chez lui?

Monsieur M. est en souffrance face à sa solitude et à son manque de vie sociale, je lui ai donc demandé pourquoi il ne se proposait pas lors des sorties organisées à l'extérieur de l'institution. La raison qu'il m'a donné est la suivante : la voiture qui emmène les résidents n'est pas confortable pour les personnes en fauteuil roulant. Lors d'une autre séance Monsieur M. m'a expliqué qu'il refusait notamment d'accompagner l'animatrice faire les courses au supermarché de la commune. Il a alors justifié ses propos de manière différente : le résident a peur de rencontrer des personnes qu'il connaît. Il est aussi important de souligner le fait que le patient ne soit pas sorti de l'établissement (ni même dans le jardin de l'E.H.P.A.D.) depuis sept mois, je me questionne alors quant au vécu de Monsieur M. sur son corps.

b) Le corps défaillant et la dépendance

Monsieur M évoque à plusieurs reprises un sentiment « *d'infantilisation* » provoqué par sa

dépendance. Son corps qui lui fait défaut, à cause de son handicap ainsi que de son incontinence, le renvoie à un corps vieillissant. Même s'il semble refuser d'entrer dans le processus qu'est la vieillesse, son corps lui, est bien dedans.

Pour un contrôle de santé, le résident a dû se faire hospitaliser quatre jours et ceci l'a renvoyé à sa vieillesse. En effet il dira lui-même « *pendant quatre jours j'ai vieilli (...) j'ai eu des émotions* » et quelques semaines plus tard il exprimera la chose suivante: « *je me rends compte avec le travail des aides soignantes que j'en ai besoin, ma femme ne peut plus s'occuper de moi* ». Face à ce corps qui lui fait défaut, Monsieur M. prend conscience de sa dépendance à l'autre.

Lorsque je suis allée voir le patient dans sa chambre pour l'interroger sur son histoire de vie, je me suis installée sur une chaise face à lui. Quand la rencontre s'est terminée, je me suis levée afin de lui serrer la main, Monsieur M. a alors eu le « *réflexe* » de vouloir faire de même, or il ne peut plus se lever de son fauteuil. Il a relevé ce qui venait de se produire m'expliquant que parfois, il oublie qu'il est en fauteuil roulant.

c) La sexualité : souffrance et solution alternative

1) La sexualité comme source de souffrance

Avant son entrée dans l'établissement, le patient était en fauteuil roulant mais son état se dégrade de plus en plus. Monsieur M. a besoin d'une aide complète pour la toilette, ce qui n'était pas le cas auparavant d'où le sentiment d'infantilisation cité précédemment. Le handicap le plus contraignant pour lui est sa D.M.L.A. En effet, la D.M.L.A. est une maladie qui ne cesse de progresser, le patient se plaint d'une nette baisse de son acuité visuelle. Ce corps fixé dans un fauteuil roulant ainsi que l'absence d'une vue totale sont sources de souffrance. Cette souffrance naît notamment de l'absence de présence féminine et de sexualité. Effectivement, Monsieur M. ne pouvant plus se déplacer lui-même, se retrouve comme coincé, dépourvu de sa liberté à faire ce qu'il souhaite.

Il est plus plaisant pour le résident de toucher une femme plutôt que de faire l'amour avec elle. Ce plaisir libidinal lié à la femme se retrouve à travers un autre sens que celui du toucher : la vue. Monsieur M. prend également du plaisir à regarder les femmes et leurs tenues vestimentaires. Il est important pour lui qu'une femme soit bien habillée, qu'elle soit « *coquette* »..

Le patient souffre d'une libido omniprésente, en effet « *je vieillis mais ma libido elle, elle est toujours là* ». Aujourd'hui il ne peut ni pratiquer l'acte sexuel ni voir la femme, il peut juste essayer de la regarder. Monsieur M. s'intéresse à la mode féminine, il apporte d'ailleurs en séance son

savoir en nous parlant des « *leggings* » qui suscitent son intérêt car c'est un vêtement qui est près du corps, « *qui moule* » mettant alors la femme en valeur d'après lui.

Monsieur M. racontera en séance l'un de ses rêves qui l'a alors « *troublé* ». Ce rêve était un rêve érotique mettant en scène les bas d'une femme. Le patient avoue être attiré par les jambes des femmes, c'est pour cela qu'il a dit « *si je pouvais toucher les genoux de Mathilda...* ». Suite à l'évocation de ce rêve, une autre conversation s'en est suivie : le résident a peur en vieillissant de « *devenir un vieux salace* » ou bien de passer pour « *le vieux cochon* ». Cette angoisse a été évoqué dans plusieurs séances, il a peur de « *céder* », d'*« avoir les mains baladeuses* ». Lors de son séjour à l'hôpital, il a reconnu que cela n'a pas été facile car les aides soignantes avaient justement des mains baladeuses qui n'arrangeaient pas ses envies. Il rajouta à cela « *je me sens déprimé à cause de ça, on y pense sans arrêt* ». L'interdit, la frustration provoquent chez notre sujet une grande souffrance,. Comme il le soulignera lui-même, si dans la maison de retraite il arrive à se retenir face au personnel soignant féminin c'est parce qu'elles portent l'uniforme.

2) Solutions alternatives

Lors d'une séance, Monsieur M. a évoqué son souhait d'aller voir les prostitués car pour lui c'est le seul moyen d'assouvir ses fantasmes et pallier son manque de la femme. Or, pour s'y rendre il a besoin d'une personne pour l'accompagner. Cette activité étant illégale, il s'en trouve dépourvu. Le patient nous demandera implicitement, sur un ton humoristique, de l'aider dans sa démarche « *je sais que vous ne pouvez pas m'aider mais si on le dit à personne... »* (rire)

Depuis mon arrivée sur le lieu de stage, j'ai relevé plusieurs tentatives de résolutions du patient face à sa souffrance. Le personnel soignant a à plusieurs reprises, « *surpris* » Monsieur M. en train de regarder des films pornographiques dans sa chambre. L'un des enfants de Monsieur M. lui rapporte en effet des cassettes pornographiques, ce qui d'ailleurs suscite un conflit avec les filles du patient.

L'autre solution, récente, trouvée par le patient est: le téléphone rose. Monsieur M. appelle régulièrement des hôtesses de charme avec qui il reste un long moment au téléphone... Or ces numéros sont surtaxés et le résident s'est vu couper le téléphone car la facture est montée à plus de six cent euros... Les frais consacrés à l'établissement en E.H.P.A.D. sont prélevés sur le compte commun du résident et de sa femme, la femme de Monsieur s'est en donc aperçue rapidement.

Cet événement a été abordé en séance. Monsieur M. s'en est retrouvé malheureux. Il dira la chose suivante « *à 85 ans, enfermé dans une maison de retraite et ne pas pouvoir téléphoner à qui je*

veux, j'en ai gros sur la patate ». Les coups de téléphone étaient pour lui des conversations agréables, il pouvait parler de cinéma, c'était pour lui source de « *bien-être* » et une sorte d'*«échappatoire* ».

d) La thématique de la mort

L'envie de mourir est souvent évoquée chez Monsieur M. Cependant il n'est pas question de se suicider car ce n'est pas sa « *philosophie de vie* ». Lors des autres séances, plusieurs phrases du résident sont venues m'interpeller telles que : « *Y'en a un ou deux qui meurent ici, je voudrais bien faire partie du wagon* » « *si on me diagnostique un cancer à la prostate, je paye le champagne* ». Or, le patient n'a pas envie de souffrir, de ce fait l'idée de mourir l'angoisse. Il apparaît chez le résident une sorte d'adage qui dit qu'il vaut mieux mourir que d'être privé de sexualité sous toutes ses formes (le toucher, le regard, le fantasme). Monsieur M. a dit en séance « *si je pouvais olé olé¹, je ne voudrais pas mourir* ».

Selon le patient, la volonté de mourir serait apparue depuis l'entrée dans l'établissement. Il précise que ces idées de mort n'étaient pas présentes avant de venir ici.

E) Implication personnelle : la dynamique relationnelle

Le patient investit beaucoup l'espace de parole que nous lui offrons. Bien plus que l'espace investit c'est nous-même qu'il investit. Monsieur M. ne cache pas que nous représentons un pilier pour lui. Le patient installe dès le début un climat de familiarité. Il n'hésite pas à nous donner des sobriquets, il m'appellera souvent « *ma belette* ».

Malgré sa D.M.L.A., le résident n'aura de cesse de prêter attention à la manière dont nous sommes habillées, précisant certaines fois à la psychologue « *je vois aujourd'hui que vous portez une robe* » ou bien en s'adressant à moi « *tu portes un pantalon clair aujourd'hui, t'en mets pas souvent* ». Concernant ma réflexion je pense qu'il est légitime de se demander pourquoi le résident investit autant la psychologue et moi-même ? Qu'est ce qui est provoqué chez Monsieur M. pour que cette familiarité demeure séductrice en plus d'être maternante ?

J'ai été confronté à l'importance que le patient m'accordait, déposant alors sur la scène inconsciente une demande maternante et séductrice. La difficulté a été de savoir ce que je devais en faire et quelles réactions devais-je adopter ? Le patient a provoqué chez moi diverses affects contre lesquels j'ai dû lutter. En effet, face à certains propos misogynes du patient, j'ai été prise de révolte et de colère, le cadre étant là pour m'aider à faire face à cette situation, j'ai pu laisser ces affects de côtés. De plus, ne voulant pas tomber dans cette relation séductrice, j'ai prêté attention à ma tenue

¹ pratiquer le coït

vestimentaire : je ne jamais porté de robe sur le lieu de stage.

Monsieur M. est un patient qui vient en consultation avec un savoir, un savoir qu'il ne vient pas remettre en question, au contraire. Le patient vient nous dire qu'il sait. Bien plus qu'apporter son savoir, il nous laisse « notre chance » de partager le nôtre, il vient vérifier si nous savons. A propos d'un résident qui se dégrade à cause d'une maladie, Monsieur M. dira la chose suivante « *Je sais ce qu'il a en plus pour longtemps... vous savez vous aussi je suppose...* » ou bien encore à propos de deux hôtelières qu'il n'aime pas « *y'en a que deux que je n'aime pas, je vous dirai pas qui mais elles font parties des plus âgées...* ». Le résident essaie de susciter chez nous un élan de curiosité, nous faisant croire qu'il sait que nous savons mais laissant tout de même supposer que nous ne savons pas « *de toute façon, je ne vous apprends rien...* ». Il découle de ceci une certaine volonté de maîtrise, une maîtrise de la situation, une maîtrise du savoir, un contrôle.

Ces propos quelque peu déroutants ont pour but, je pense, de provoquer la confusion chez la psychologue et moi-même. Ceci a opéré à certains moments durant le suivi nous laissant alors dans le doute... J'ai dû ne pas me laisser submerger par ce que provoquait ce contre-transfert.

F) Élaboration de la problématique

Monsieur M. est aux prises d'une souffrance liée au sexuel. La sexualité occupe une place particulière chez le patient. Aimant la libido depuis toujours comme il le dit lui-même, le processus de vieillissement vient bousculer sa sexualité. Le vieillissement invoque le sexuel et provoque un émoi chez le patient. Ce processus met aussi à l'épreuve le narcissisme du résident, ce même narcissisme qui est sous l'emprise d'une libido n'arrivant à se satisfaire. Nous pouvons dès lors, nous demander ***en quoi l'entrée dans le vieillissement vient réinterroger la sexualité de Monsieur M. mettant à l'épreuve son narcissisme ?***

Synthèse :

L'observation clinique montre un patient souffrant face à une absence de décharge de la tension libidinale. A défaut de décharger la tension causée par un manque de sexualité, Monsieur M. vient témoigner de celle-ci en séance.

L'aspect mortifère des entretiens met tout de même en évidence des thématiques prégnantes chez le patient : le vieillissement, la sexualité et le narcissisme. Le patient est confronté à des difficultés dans chacun de ces processus.

La subjectivité de Monsieur M. nous met à l'épreuve de la neutralité, de la bienveillance et de la confidentialité. La parole du patient vient nous confronter à nos limites professionnelles. Le résident investit fortement la scène thérapeutique ainsi que la dynamique relationnelle.

Ces éléments cliniques sont venus me questionner, j'ai pu en dégager une problématique : *en quoi l'entrée dans le vieillissement vient réinterroger la sexualité de Monsieur M. mettant à l'épreuve son narcissisme ?*

III- ARTICULATION THEORICO-CLINIQUE

A) Le processus de vieillissement

a) *La mise à distance de la vieillesse*

Le social tend à signifier à chacun son vieillissement et le renvoie alors à son corps qui change et à ses pertes objectales. Monsieur M. est dans une institution pour personnes âgées, il côtoie alors au quotidien des autres soi-même, des « *vieux* » comme il le dit lui-même. L'autre soi peut être rassurant tout comme il peut être angoissant.

Reprendons les événements qui ont eu lieu au restaurant. Le patient s'est trouvé en situation de conflit vis à vis de l'autre, ce conflit se joue sur un plan externe et un plan interne. Monsieur M. exprime un dégoût vis-à-vis de son voisin de table, il présente une certaine ambivalence à son égard. En effet, bien que le patient éprouve de la sympathie envers Monsieur X., celui-ci le dégoûte, il serait donc nécessaire de l'éloigner afin de supprimer cette gêne. Le patient semble procéder par identification projective et « tente de se débarrasser de sentiments, de pulsions ressenties comme indésirables »². Le patient projette un conflit interne sur la scène externe. Il vient alors déposer chez l'autre ce qui est présent dans sa psyché et est qui est insoutenable pour lui. Monsieur M. prit dans une angoisse de vieillir, de peur de devenir ces « *vieux* » qu'il n'aime pas, de tomber dans une déchéance, rejette alors cette idée. Les objets internes détachés deviennent donc plus facilement contrôlables. La demande de changement de place de Monsieur X. traduit une volonté de contrôler ses pulsions indésirables.

Plus qu'une identification projective, Monsieur M a recours au clivage des affects. Il montre autant de dégoût que de sympathie envers Monsieur X. Le voisin de table du patient n'est ni plus ni

2 Ionescu S. et al. (2012), Les mécanismes de défense: théorie et clinique. Paris, Armand Colin

moins qu'une scène projective comme peut l'être les autres résidents.

b) Vieillir : crise et actualisation de l'infantile

Selon Bergeret³, la crise de sénescence serait une “deuxième crise d'adolescence”. Elle provoque un remaniement psychique aussi violent que la période d'adolescence ce qui vient remettre en question des intégrations antérieures. Elle réactualise des angoisses, des défenses et des modes de relation à l'objet de l'enfance.

La crise de la vieillesse aide à symboliser les transformations plus ou moins traumatisques, à symboliser ce qui n'a pu l'être auparavant. Selon J-M Talpin.⁴, le noyau de l'archaïque est constitué des premiers échecs de symbolisation, auquel vient s'ajouter tout au long de la vie ce qui n'a pu être symbolisé. Les choses restent sous formes de traces mnésiques brutes. Monsieur M. semble refuser d'entrer dans le processus de vieillissement mettant à mal la possibilité d'une symbolisation des éléments de l'archaïque infantile.

Souvent mis en parallèle à l'infantile, la vieillesse se démarque en cela qu'elle est travail de déconstruction contrairement à l'enfance où le travail est un travail de construction. Il s'agit de voir ce que fut le passé que l'on porte en soi et de replacer un regard présent. Cette déconstruction engage un travail de deuil de soi-même, l'idée de C.David est que « la peur d'être détruit totalement et définitivement est si fondamentale et si violente quand le réel l'actualise, que les élaborations oedipiennes cèdent et filent dans le creuset des angoisses d'anéantissement »⁵. Ce travail dépendra alors de la solidité des élaborations oedipiennes or Monsieur M. est resté à un stade pré-oedipien ne laissant pas la possibilité d'entreprendre un travail d'élaboration et de deuil.

Vieillir et entrer dans un établissement pour personnes âgées infantilise le sujet. Les activités régressives sont présentes (l'aide à la toilette, aux repas). Monsieur M. se rend compte peu à peu qu'il est devenu dépendant de l'environnement, il parle de « *sentiment d'infantilisation* ». La dépendance et la perte d'autonomie renvoie le patient à son état : la vieillesse. Cette dépendance fait craindre au patient l'abandon, elle est aussi une atteinte pour le narcissisme. La réponse de l'environnement ainsi que les modifications corporelles, psychiques et sociales vont intervenir dans le vécu du vieillissement.

3 Bergeret J. (1982). La deuxième crise d'adolescence, sénescence et crise d'identité, in In « Le temps et la vie, les dynamismes du vieillissement », E.c. sociale, Editor. : Lyon

4 Roussillon R. et al. (2014), chap 23, p.433), Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, 2 ème édition, Elsevier Masson

5 C.David (1996), cité par J-M Talpin (2013) , Psychologie du vieillissement normal et pathologique. Paris: A. Collin

La dépendance dans la vieillesse vient réactualiser des angoisses infantiles. P-L. Assoun⁶ montre que les pertes corporelles ou d'objets d'amour viennent réactiver un sentiment de détresse infantile dont l'intensité va dépendre de la manière dont il a été élaboré. Le patient va à nouveau avoir besoin de l'aide de son environnement qui peut générer des angoisses telles que l'angoisse d'abandon. Le résident montre une réticence à accepter sa situation de vieillard. L'institution n'est autre que l'environnement maternant du patient. Ceci réveil l'archaïque et le sentiment d'omnipotence, l'E.H.P.A.D. n'est autre que l'objet primaire répondant aux besoins du résident, mais si cet environnement lui fait défaut, si la psychologue et moi-même nous nous absentons, l'angoisse d'abandon se réactualise.

c) Réactualisation d'une angoisse archaïque chez Monsieur M : l'angoisse de castration

Pour Bianchi,⁷ le travail d'acceptation de la réalité du vieillissement concerne la castration du sujet dans son être. Le sujet est aux prises de la question de la mort ce qui amène le Moi à se plier à l'exigence d'un travail psychique qui est celui du deuil. L'idée est que la mort réactualise une angoisse, celle de la castration. Vieillir c'est aussi se rapprocher de la mort, elle vient faire écho à celle rencontrée lors des expériences de pertes ou de morts psychiques. L'inconscient étant atemporel, Monsieur M. vient rendre actuel une angoisse déjà rencontrée. Le patient refuse l'idée de vieillir car accepter cela serait accepter l'incomplétude, le manque. Le vieillissement est un travail de deuil dans lequel le sujet ne peut renoncer à sa dette symbolique or le patient est resté à un stade pré-oedipien où il a dénié l'incomplétude, le manque du phallus, contournant alors la castration symbolique.

B) La sexualité cause de souffrance

a) L'omniprésence d'une pensée sexuelle

Nous savons que le vieillissement n'engendre pas moins de libido mais, comme le précise J-M Talpin⁸, celle-ci subit des remaniements et il ne s'agit plus de travailler avec l'archaïque directement mais de se pencher sur les effets et les devenirs de cet infantile. Monsieur M. ayant contourné la castration symbolique, il a part ce fait refuser la confrontation à la frustration laissant libre sa libido sexuelle. Freud parle de l'économie libidinale de la femme et de l'homme vieillissants en disant ceci: "Ici la libido ne diminue pas; mais il se produit [...] une telle

6 Assoun P-L (1983), "Le vieillissement saisi par la psychanalyse" in *Communications*, vol 37, numéro 1, pp167-179

7 Bianchi H. (1980), Travail du vieillir et travail de trépas, in *Psychanalyse à l'Université*, tome 5, numéro 20

8 Roussillon R. et al. (2014), chap 23, p.433), Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, 2 ème édition, Elsevier Masson

augmentation dans la production de l'excitation somatique que le psychisme est dans un état d'insuffisance relative pour maîtriser cette excitation”⁹. Il y a alors une impossibilité quant à l'apaisement de la tension, ce qui met le patient face à un état de frustration. Il se trouve aux prises d'une accumulation de la tension sexuelle. Cette tension serait due à une insuffisante élaboration.

« *je vieillis mais ma libido elle, elle est toujours là* », ces propos illustrent l'idée d'une libido n'ayant pas subit les conséquences d'un changement lié à la vieillesse. Elle n'a subi ni frustration ni refoulement, elle est donc restée sous l'état de traces mnésiques brutes. Cela nous montre l'infantile demeurant dans l'actuel. Cependant, la vie en institution confronte Monsieur M. à une frustration qu'il ne peut décharger, ce qui provoque une angoisse et une souffrance. Le patient ne vient pas en séance pour un problème de « trop plein » de libido mais parce qu'il est confronté à une frustration qui génère une angoisse dépressive. En effet, le patient ne veut pas qu'on lui administre un traitement qui supprimerait sa libido, il souhaite « *rester intégral* », il aimerait que nous l'aidions face à cette tension.

b) Temps archaïque : figure de la mère, figure de la femme

Nombreuses sont les qualités que Monsieur M. associe à sa mère : la bienséance, les bonnes manières, l'éducation. Ces valeurs régissent la vie du patient, il n'accepte pas les valeurs différentes des siennes notamment face aux résidents qui ne savent pas manger, ce qui provoque dès lors une sidération chez lui.

Le résident opère un clivage de la représentation de la femme, à partir du modèle maternel, qui le conduit à déprécier les résidentes et à idéaliser certains membres du personnel. Chez une seule et même femme ne peut cohabiter amour et haine. Monsieur M. a des propos hostiles envers les résidentes, en effet, « *elles sont vieilles et moches* », en plus de cela elles ne sont pas intelligentes.

En revanche, une femme dite « cultivée », indépendante suscite l'attention du patient. Monsieur M. trouve alors dans le transfert avec la psychologue et moi-même une résonance maternelle. Il investit la relation thérapeutique sur un mode anaclitique. Ceci s'illustre par les propos suivants du patient : « *comment je vais faire ? Une semaine sans vous voir, ça va être long ! j'attendais qu'une chose c'est de revenir et vous retrouver* ».

De plus, Monsieur M. attend un réconfort, une prise de position de notre part. Lorsque les altercations avec les autres résidents ont eu lieu, Monsieur M. ne cache pas à la psychologue qu'il

9 Freud S. (1895) Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de “névrose d'angoisse”, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, P.U.F, 1995 UD, p33

souhaiterait qu'elle soit de son côté et qu'elle lui donne raison « *je sais que vous ne pouvez pas prendre parti mais j'aimerais que vous soyez de mon côté, que vous me donniez raison* ».

Il est arrivé à plusieurs reprises que les rendez-vous avec le résident soient annulés ou reportés, à cause d'un empêchement de la part de la psychologue. Bien entendu le patient est tenu au courant ce à quoi il peut répondre par un « *ça va être mortel* » de manière ironique tout en riant, ou alors par « *comment je vais faire ? Une semaine sans vous voir, ça va être long !* ». Sans la présence de la psychologue sur laquelle il se repose, tout semble s'écrouler.

Plus que s'accrocher à la psychologue ou à moi-même, il s'y raccroche. Le séjour à l'hôpital a été vécu pour Monsieur M. comme une séparation, à son retour il a exprimé la chose suivante : « *j'attendais qu'une chose c'est de revenir et vous retrouver* ». Le patient a alors essayé de se réconforter en pensant à nous « *j'ai pensé à vous (...) je me suis raccroché à vous* ». Lors de son retour, il est venu nous voir, en indiquant « *je suis allée voir mes psys avant d'aller voir ma femme* ». Cette dernière phrase souligne l'importance que le patient nous accorde et montre ainsi le transfert massif qui s'opère. Monsieur M. semble procéder à une idéalisation et une projection sur nous en rapport à l'objet primaire. De plus, le patient n'hésite pas à confier à la psychologue des décisions très importantes. Effectivement, abordant la question des directives anticipées, le patient doit choisir une personne dite « personne de confiance » afin, s'il n'est plus en capacité de répondre par lui-même, de prendre les décisions à sa place. Monsieur M. a alors demandé à la psychologue s'il pouvait la désigner comme personne de confiance. Ce choix n'est pas anodin. Qui de mieux placer que l'objet maternelle pour prendre ses décisions

Cette même femme indépendante qui se veut maternante est aussi la femme séductrice. Ne pouvant décharger sa libido, Monsieur M. est aux prises de pulsions sexuelles face à la femme. L'accumulation de frustrations provoque un désir grandissant, le résident évoque alors l'angoisse de ne pas résister à ses pulsions. Il a peur de « *céder* », d'*« avoir les mains baladeuses* ». Les aides soignantes partagent l'intimité du patient en ce sens qu'elles procèdent à sa toilette intime. Monsieur M. essaie alors de s'accrocher à leur uniforme marquant l'interdit. La psychologue et moi-même ne portons pas d'uniforme, l'interdit est alors remis en cause d'où les propos de Monsieur M. à mon égard « *si je pouvais toucher les genoux de Mathilda* ».

Ce qui se joue du côté des résidentes, est aussi en rapport avec cette séduction. D'une part le patient est frustré parce qu'il ne peut être satisfait du côté sexuel étant aux prises de pulsions libidinales, et d'autre part il est aussi frustré parce qu'il est confronté à l'absence d'excitation face à ces femmes âgées. Autrement dit, la frustration prendrait source :

- dans la présence et le trop plein d'excitation
- dans l'absence, Monsieur M. qui ne peut élaborer l'absence (cf : angoisse de castration), la femme âgée laisse un trou, une absence

La femme âgée laisse le patient face à une impuissance venant réveiller une faille narcissique infantile, elle ne peut alors qu'en être d'autant plus dépréciée.

c) Le fétichisme à l'épreuve de la vieillesse

Monsieur M. présente un profil psychique qu'on peut qualifier de fétichiste où tout se joue au niveau du déni du sexe féminin réactivant la faille phallique narcissique fondamentale, autrement dit la castration symbolique. Freud parle de l'objet fétiche comme « substitut de l'objet sexuel [...] une partie du corps peu appropriée à un but sexuel »¹⁰ Le fétichisme est axé sur l'idéal du moi maternel et s'oriente vers un objet partiel féminin. Dans la pensée freudienne, les perversions adultes seraient des fixations/régressions à des stades libidinaux où la sexualité est dominée par les pulsions partielles sous le primat de la prégénitalité. Monsieur M n'éprouve de la jouissance qu'en présence de bas féminins (accessoire vestimentaire), les jambes de la femme suscitent chez lui une vive attention. Le patient dit que « *l'acte en lui-même ne me tente pas, c'est le fait de toucher une femme* » « *je prends mon plaisir si la femme prend son plaisir* ». Sans l'objet fétiche, la puissance sexuelle du sujet défaillit, le résident ne peut toucher de femmes et sa D.M.L.A. l'empêche de voir l'objet fétiche. « L'inconsolabilité du pervers n'a d'égal que son insatiabilité. »¹¹

J. Bergeret précise que l'objet dénié, le sexe de la femme, est un objet partiel qui ne doit pas exister en même temps que l'objet partiel phallique. « Une partie du moi reconnaît la castration mais, une autre partie la nie et cette dualité cohabite toute la vie, engendrant deux séries parallèles de mécanismes de défenses, l'une sur l'intérieur du sujet (refoulement et mécanismes annexes), l'autre sur ce qui est extérieur (déni et forclusion) »¹². Le Sur-moi du sujet n'a pu être développé correctement (d'où un langage cru du patient), le fétichisme est alors axé sur l'idéal du moi maternel s'orientant vers une limitation d'objet partiel féminin.

Comme nous avons pu le voir dans la partie I, le vieillissement vient réactualiser l'infantile. Chez notre patient, cet infantile est marqué par la prégénitalité et l'investissement de l'objet partiel.

10 Freud S. (1905), Trois essais sur la théorie de la sexualité tr. fr. Edition Gallimard. 1968 p38

11 R. Khan M.M (1946), Entre l'idole et l'idéal, tr. fr. in Nouvelle revue de psychanalyse, Narcisses, numéro 13, pp259-264

12 Bergeret F. Psychologie pathologique, théorie et clinique (11ème édition). Edition Elsevier Masson, 2012 p212-213

Monsieur M. ne pouvant investir un tel objet se retrouve en situation de détresse. Il va pour cela tenter de décharger sa libido par une autre voie que l'investissement objectale partiel.

d) Solutions alternatives pour décharger la libido

La décharge pulsionnelle de Monsieur M. ne peut passer par la femme, elle pourrait donc se diriger vers une voie de sublimation à caractère non sexuel, investissant alors des objets sociaux valorisés et apportant un bénéfice narcissique. Cependant, le patient semble déjà investir des objets sociaux valorisés dont il ne peut en tirer un complet bénéfice. A cause de sa D.M.L.A., le patient ne peut plus lire et écrire, l'accès aux livres n'est plus possible.

Monsieur M. a trouvé une solution qu'on pourrait qualifier d'alternative quant à sa souffrance : le téléphone rose. Ces appels téléphoniques étaient pour lui synonymes de bien-être. A ce propos il nous a dit « *ma petite correspondante... [...] il était question de venir me voir* » la psychologue lui demande alors si cette correspondante serait vraiment venue le voir ce à quoi il a répondu « *peu importe, c'était la possibilité qu'une correspondante vienne me voir* ». Ceci illustre la mise en place d'un scénario imaginaire où une femme viendrait lui rendre visite. Que cela soit réelle ou non, l'importance c'est de pouvoir le fantasmer. Le scénario fantasmatique remobilise alors les enjeux infantiles et se propose comme tentative de réparation narcissique face aux castrations réelles.

C) Mise à l'épreuve du narcissisme

a) Le corps

Monsieur M. est aux prises d'un corps qui parle: le corps vieillissant. Il s'opère alors une dualité psyché/soma où le corps du patient vient dire ce qu'il refuse d'entendre. Le corps ne suit plus comme avant. Ce dysfonctionnement le renvoie à son âge. Comme le rappelle C. Desjours avec le concept de subversion libidinale¹³, le corps érotique se décolle progressivement du corps biologique. Chez Monsieur M. la libido est toujours présente, son corps a encore envie mais ce corps est meurtri et dé-érotisé, désinvestit par l'autre. Le patient ne cesse de faire référence aux jeunes et à sa propre jeunesse qui lui inspirent : liberté, festivité, joie. Le corps qui se vieillit provoque une blessure narcissique.

Le vieillissement vient remettre en question l'identité narcissique du sujet. Ce qui a été refoulé, la castration, viendrait se présenter au patient par le corps qui fonctionne moins bien. Ce corps est handicapé et handicapant. Monsieur M. parle même de détérioration « *je me détériore* »,

13 Dejour C. (2001) "Le corps d'abord"

tout au long des séances le patient répétera que « *[s]on état ne s'arrange pas* » Le corps vient rappeler le sentiment imminent de mort mettant en danger les assises narcissiques. Monsieur M. refuse de faire ce deuil, la blessure narcissique ne serait que trop forte risquant un effondrement du sujet. « Le deuil touche le moi idéal archaïque et sa croyance en l'immortalité. »¹⁴

b) L'accumulation des pertes et la mort

D'après C.Balier¹⁵, penser le vieillissement comme perspective de la mort provoque une atteinte narcissique. C'est à dire que le Moi est pris entre deux mouvements : retrait et relance des investissements narcissiques au regard des idéaux du moi et de ses réalisations. Le sujet âgé est pris dans des identifications porteuses d'idéaux qui ne suivent pas nécessairement les effets de l'âge, d'où l'identification de Monsieur M. à des sujets plus jeunes, à une idéalisation de la jeunesse perdue.

Le patient redoute la perte : perdre l'usage de son corps c'est mourir petit à petit, ajoutons à cela la perte de la jeunesse, la perte de sa femme et la perte du domicile marquée par l'entrée en institution. M'Uzan parle de perte de support d'investissement objectal, de « libido narcissique extra-ego. »¹⁶ C'est à dire que l'objet est investi libidinalement et narcissiquement, ce qui explique que le sujet se prolonge dans ses objets. Lorsqu'il y'a perte, afin d'éviter une hémorragie narcissique, il rapatrie dans le moi la libido objectale redevenue narcissique (narcissisme secondaire)¹⁷. Ces pertes objectales et corporelles décompensent les enjeux narcissiques du résident, le Moi perd ce qui le soutenait dans les processus de compensation antérieur. Monsieur M. est confronté à l'impuissance phallique et castratrice venant heurter (à nouveau) son narcissisme. La mort serait à mettre sous le plan de l'anéantissement, elle vient signifier la castration.

La loi symbolique non constituée et contournée chez le patient est rappelée par la mort. Monsieur M. exprime le souhait de mourir, cependant le suicide n'est pas dans sa « *philosophie de vie* ». Vouloir mourir c'est être au dessus de la mort, c'est la contrôler. Mais la tentative de suicide n'est pas envisageable par le patient en sens qu'elle viendrait bousculer ses assises narcissiques.

Le sentiment de continuité d'existence est alors interrogé. Monsieur M. se sentant menacé par une discontinuité, exprime sa déception face à ses fils qui n'ont pas fondé de famille. En effet, « la grand-parentalité est un marqueur de temporalité [...] c'est aussi un gage narcissique d'éternité

14 Charazac P. (2015, chap 8) "Psychogériatrie", Edition Dunod (2015) p168

15 BALIER, G. (1976) "Éléments pour une théorie narcissique du vieillissement" in *Cahier de la fondation nationale de gérontologie*, 4, Paris.

16 De M'Uzan M; (1974) "De l'art à la mort" - Paris, Tél Gallimard, (1977),p.162.

17 Freud S. (1914) Pour introduire le narcissisme, Edition Payot (2012)

puisque le sujet survivra dans sa descendance »¹⁸

c) Le narcissisme dans la perversio : le transfert en psychothérapie

Masud R. Khan¹⁹ a cherché « à dégager le rôle joué par la tendance réparatrice à l'égard du soi en tant qu'objet interne idéalisé ». Il distingue trois composantes qu'établit le pervers avec l'objet.

- 1) L'idolisation où l'objet est traité comme un fétiche
- 2) L'idéalisat : un aspect de l'objet est doté d'une qualité trop intense
- 3) L'identification narcissique : l'objet utilisé comme miroir du soi dans le but de cacher des sentiments de non-valeur

Nous retrouvons chez Monsieur M. ces processus mis en avant par l'auteur. En effet, le patient montre une angoisse et une dépendance lorsque nous sommes absentes allant provoquer un sentiment quasi annihilant « *qu'est ce que je vais faire sans vous moi ?* ». Le patient accorde à la psychologue et à moi-même une grande qualité d'écoute « *heureusement que vous êtes là* ». De plus, le résident vient en consultation afin d'entretenir une relation intime plus qu'un travail psychothérapeutique.

Synthèse :

Monsieur M. m'a conduit à mettre en lien le vieillissement, la sexualité et le narcissisme. Par un travail d'articulation théorico-clinique j'ai pu mettre les éléments suivants en avant :

- le vieillissement est un remaniement psychique qui met à l'épreuve la solidité du Moi et fait appel aux ressources narcissiques du patient
- la vieillesse marque le rapprochement à la mort confrontant Monsieur M. à la loi symbolique
- la non élaboration de la castration vient déstabiliser le résident et ses assises narcissiques
- la lutte contre l'angoisse de castration se fait par des mécanismes de défenses régressifs (projection, idéalisat, identification, déni)

18 Roussillon R. et al. (2014), chap 23, p.431), Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, 2 ème édition, Elsevier Masson

19 R. Khan M.M (1946), Entre l'idole et l'idéal, tr. fr. in Nouvelle revue de psychanalyse, Narcisses, numéro 13, pp259-264

- le fétichisme et l'investissement libidinal d'un objet partiel est mis à mal par la vieillesse

CONCLUSION

Ce travail de mémoire a été un investissement personnel et professionnel. Il a été l'occasion de saisir la problématique du patient et d'analyser les processus intrapsychiques qui se jouaient. L'articulation de la clinique à la théorie m'a aidé à comprendre, dans un travail d'après-coup ce, qui se passait chez le patient.

Ce mémoire de recherche reprend le questionnement auquel j'ai été confronté et qui est venu me faire énigme. J'ai alors essayé de comprendre la souffrance de Monsieur M. Cette souffrance exprimée de manière clairvoyante par le résident lui-même, m'a dirigé vers un aspect régressif. J'ai alors saisi l'enjeu de l'archaïque infantile dans la vie du patient et comment celui-ci est venu se réactualiser face à la vieillesse.

Sans entrer dans une élaboration diagnostique, j'ai dû faire face au fétichisme de Monsieur M. tant dans la pratique que dans la théorie. La souffrance du résident prend source dans cette perversion et anime la vie psychique actuelle du sujet. C'est avec précaution et parcimonie que j'ai pu répondre ou du moins, tenté de répondre, à la problématique présentée dans ce mémoire. ***En quoi l'entrée dans le vieillissement vient réinterroger la sexualité de Monsieur M. mettant à l'épreuve son narcissisme ?***

Ce que je retiens de cette recherche c'est l'articulation des différents processus présents chez le patient comme source de souffrance. Le patient est animé par un conflit interne qui est réactualisé par « la crise de la vieillesse » en comparaison à la crise de l'adolescence. Le vieillissement met à l'épreuve les assises narcissiques du résident et éclaire sa problématique quant à la tension libidinale.

L'éclairage théorique apporté n'est pas exhaustif et plusieurs questionnements restent en suspens. Qu'en est-il du travail du deuil chez Monsieur M. ? Est-ce que la mort des êtres aimés du patient est soumis au clivage, due à un échec de symbolisation ? Comment le psychologue peut aider le patient à entrer dans un processus d'élaboration (de la vieillesse, de la mort...) mais surtout cela est-il possible ? Comment le thérapeute peut-il se sortir et sortir le patient de l'aspect mortifère

des entretiens ? Existe-t-il un danger à penser une thérapie groupale pour Monsieur M. ?

BIBLIOGRAPHIE :

- Ancet P-. et al (2010). *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*. Paris, Dunod, 2010
- Anzieu D. (1974). *Le Moi-Peau*. Paris, Dunod, 1995
- Assoun P-L. (1983), » Le vieillissement saisi par la psychanalyse » in *Communications*, vol 37, numéro 1, pp167-179
- Assoun P-L. (1994) *Le fétichisme*, Paris, PUF, 1994
- Balier, G. (1976) “ Éléments pour une théorie narcissique du vieillissement”, in *Cahier de la fondation nationale de gérontologie, 4, Paris*.
- Bergeret J. (1982). La deuxième crise d'adolescence, sénescence et crise d'identité, in In « Le temps et la vie, les dynamismes du vieillissement », E.c. sociale, Editor. : Lyon
- Bergeret J. (1996). *Psychologie pathologique, théorie et clinique*, Issy-les Moulineaux, Elsevier Masson, 2012 p212-213
- Bianchi H. (1980), Travail du vieillir et travail de trépas, in *Psychanalyse à l'Université*, tome 5, numéro 20
- Bianchi H et al. (1989) La question du vieillissement, perspectives psychanalytiques, Paris Dunod (1989)
- Bonnet G. (1983) *Les perversions sexuelles*, Paris, PUF, 1993
- Bouchet-Kervella D. et al. (2012) *Le fétichisme, études psychanalytiques*, Paris, PUF, 2012
- Charazac P (2005). *Comprendre la crise de la vieillesse* Paris, Dunod, 2005
- Charazac. P (2011). *Psychogériatrie*. Paris, Dunod 2015
- Dadoun R. et Ponthieu (1999). *Vieillir et jouir*. Paris, Phébus, 1993
- David C. (1996), "La mort dans la vie psychique", in *Revue française de psychanalyse*, Tome LX, 1996
- Dejour C. (2001) *Le corps d'abord*, Paris, Payot
- Freud S. (1914) *Pour introduire le narcissisme*, Edition Payot (2012)
- Freud S. (1895) *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de "névrose d'angoisse"*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, P.U.F, 1995 UD, p33
- Freud S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, tr. fr. Edition Gallimard. 1968

- Ionescu S. et al. (1997), Les mécanismes de défense: théorie et clinique. Paris, Armand Colin, 2012
- Krafft-Ebing, R. v. (1886). *Psychopathia sexualis.*, Rosières-en-Haye: Camion blanc, 2012
- De M'Uzan M; (1974) "De l'art à la mort" - Paris, Tél Gallimard, (1977)
- R. Khan M.M (1976), Entre l'idole et l'idéal, tr. fr. in Nouvelle revue de psychanalyse, Narcisses, numéro 13, 1976 pp259-264
- Personne, M. (2003). *Les chaos du vieillissement*, Erès, 2003
- Pirlo G. et Pedinielli J-L. (2005) *Les perversions sexuelles et narcissiques* Paris, Armand Colin, 2013
- Pontalis J-B et al. (1976). « Narcisses » Paris, Nouvelles Revue de psychanalyse, numéro 13, 1976
- Quinodoz D.(2008) *Vieillir une découverte*, Paris PUF, 2008
- Roussillon R. et al. (2007) *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, 2 ème édition, Elsevier Masson, 2014
- Talpin J-M. (2013). *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*. Paris. Armand Colin, 2013
- Talpin J-M et al. (2005) *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*, Paris, Dunod, 2005

RÉSUMÉ (français)

Ce mémoire rend compte de la clinique de Monsieur M., résident en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.). La rencontre clinique s'est fait dans le cadre d'un stage de Master 1. J'ai rencontré le patient toutes les semaines, pendant sept mois. Le suivi s'est fait avec la psychologue et moi-même. J'ai essayé de restituer dans ce travail de recherche la richesse des données cliniques recueillies.

Monsieur M. présente une grande souffrance en rapport à la sexualité. C'est au fil des entretiens que j'ai pu saisir ce qui se jouait derrière la souffrance exprimée. Grâce à la dynamique relationnelle et à la parole que le patient est venu déposer en séances, j'ai pu saisir en quoi l'entrée en institution est venue réinterroger sa sexualité.

Il existe aussi chez ce patient un rapport à l'autre hostile, mais pas n'importe quel autre. Avec un travail d'après-coup et une articulation théorico-clinique, j'ai essayé de restituer l'enjeu de cette relation.

MOTS-CLEFS

Sexualité, vieillesse, fétichisme, déni, castration, narcissisme

ABSTRACT

This essay enlights Mr. M's clinical status whom I met in a retirement home (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, E.H.P.A.D.). The clinical encounter was done as part of an internship, for a first year Master's degree. I have met the patient on a weekly basis for seven months. The psychological follow-up was done by both the psychologist and me. Throughout this work, I tried to reproduce the significance of the clinical data collected.

Mr. M's suffering is linked to his sexuality. Throughout our interviews, I managed to understand what was behind the suffering expressed. Thanks to the relational dynamic and the patient's speech, I have been able to understand how the institution played a role in the re-examination of his own sexuality.

This patient also presents hostility towards others, but not towards anyone. Afterwards, based on a theoretical-clinical work, I tried to reflect upon the stakes of this relationship.