



HAL
open science

Psychanalyse et Gérontologie : une rencontre en partie manqu e, une articulation théorique défaillante

Franck Rexand-Galais

► To cite this version:

Franck Rexand-Galais. Psychanalyse et Gérontologie : une rencontre en partie manqu e, une articulation théorique défaillante. Journée d'étude " Nouveaux regards sur la vieillesse " : " L'avancée en âge : entre fin et commencement ". 3 juin 2022, CLiPsy & ESO CNRS 6590 Espaces et soci etes, MRGT Germaine Tillon (Angers)., Rexand-Galais F.; Fromage B., Jun 2022, Angers (Maison de la Recherche Germaine Tillion), France. hal-04364200

HAL Id: hal-04364200

<https://hal.science/hal-04364200>

Submitted on 26 Dec 2023

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, publi es ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou priv es.

Psychanalyse et Gérontologie : une rencontre en partie manqu e, une articulation théorique d faillante¹.

Franck Rexand-Galais

Cette communication révise en partie ce que j'ai pu écrire il y a quelques mois (Rexand-Galais, 2022). Plus exactement, elle resitue certains de mes propos dans une perspective plus précise.

Disons d'emblée que la rencontre manqu e à laquelle ce titre fait référence est celle qui s'est d roul e dans le contexte français. Un contexte qui n'est pas, bien sûr, entièrement coupé de ce qui se joue sur d'autres territoires et dans d'autres langues. Nous le verrons d'ailleurs. Mais un contexte qui, de mon point de vue, parce qu'il n'a pas su ici entièrement donner sa juste place au narcissisme, souligne à gros traits ce que l'on voit souvent plus finement esquissé ailleurs.

Le modèle théorique freudien s'est constitué sur les fondements d'une clinique prenant peu en compte le sujet au-delà de 50 ans. Il n'y a aucune surprise à cela. Au début du vingtième siècle, l'espérance de vie en Europe était inférieure à cet âge (Chasteland, 1960). Il n'en demeure pas moins qu'au fur et à mesure des décennies, alors que le modèle théorique et clinique connaissait des mutations et que l'espérance de vie s'accroissait en un siècle de 30 ans en moyenne (et même de 35 ans pour les femmes), vieillissement et vieillesse ont peu trouvé la place légitime qui aurait d  leur revenir. Ce qui est surprenant car la pens e génétique freudienne est structur e autour d'une logique du processus, à savoir une perspective où le résultat permet de considérer hypothético-d ductivement les origines. Rationnellement, la prise en compte de l'accroissement de l'espérance de vie et le développement de demandes de prise en charge de sujets toujours plus âgés auraient donc d  contribuer à une reconsidération en profondeur. Il n'en n'a rien été. Alors que les savoirs freudiens initialement acquis auprès des névrosés que l'on qualifierait aujourd'hui d'«  ge moyen » se sont vus complétés, notamment par l'observation directe de l'enfant, par celle des personnes psychotiques et par celle des personnalités limites et narcissiques, il ressort que la prise en compte des sujets «  g s » à partir des années 1970 n'a pas produit le même mouvement de transformations profondes. Si les savoirs obtenus auprès de différentes cliniques ont contraint le dogme   développer quelques adaptations en raison de la prise en compte de nouveaux apports ou même parce qu'ils ont révélé quelques failles nécessitant des ajustements, les savoirs issus de la clinique du vieillissement et de la vieillesse ont nourri peu de tentatives d'adaptation de la théorie dominante. Il faut dire que la clinique du vieillissement et celle de la vieillesse, si elles ne l'excluent bien évidemment pas entièrement, font quelque peu figure d'« anomalie » face au paradigme dominant. Avec elles, s'il n'est pas hors-jeu, le sexuel freudien est ainsi quelque peu attaqué (Rexand-Galais, 2019) et, pour reprendre l'opposition formul e par Grunberger et th matis e par Bergeret, lorsque la pathologie s'invite dans la trajectoire de la personne vieillissante, elle affecte bien moins la lignée « Œdipe - Surmoi – conflit génital – culpabilité – angoisse de castration – symptômes névrotiques [que la lignée] « narcissisme – Idéal du Moi – blessure narcissique – honte – angoisse de perte d'objet – dépression » (Bergeret, 1974, p.148). Face à cette remise en cause du modèle névrotique dominant, insistance sur les cas validant la théorie et les productions d'adaptations théoriques visant à sauver à tout prix le modèle en montrant qu'il s'agit bien de névrose et de sexuel ne sont pas rares. Elles ne sont cependant pas sans intérêt car elle sont parfois des perspectives finalement constructives qui, faute de valider l'essentiel, contribuent à effacer les vues involutives initialement port es sur le vieillissement.

Notre perspective est que vieillissement et vieillesse doivent trouver leur place dans la logique processuelle freudienne, ne plus être considérés comme des temps involutifs ou déficitaires mais pleinement comme des référents du développement, éclairant les origines et permettant de penser différemment le déploiement des points de vue topique, économique et dynamique. Le nouveau regard sur la vieillesse conduit nécessairement à une remise en cause du paradigme dominant.

¹ Journée d'étude « Nouveaux regards sur la vieillesse » : « L'avanc e en âge : entre fin et commencement ». 3 juin 2022, CLiPsy & ESO CNRS 6590 Espaces et sociétés, MRGT Germaine Tillon (Angers). Organisateur : B. Fromage (Pr.) et F. Rexand-Galais (Mcf).

1. Statut de l'anomalie dans un processus de révolution scientifique

La référence est désormais quelque peu ancienne et connue, mais elle mérite d'être rappelée : Dans son essai d'épistémologie intitulé *La structure des révolutions scientifiques*, Thomas Kuhn (1962) approche le développement de la connaissance scientifique à travers des phases normales (d'accumulation, d'addition, de conformisme et d'inflation) et révolutionnaires (de rejet, de crise, de révolution et d'éclatement). La révolution scientifique est caractérisée par l'émergence d'une nouvelle matrice disciplinaire (c'est-à-dire de schémas d'analyse globale faisant autorité dans la communauté scientifique) et de modèles exemplaires associés (c'est-à-dire des solutions-types) qui deviennent alors, de fait, dominants. Pour Kuhn, la théorie n'est à proprement parler en situation révolutionnaire que lorsqu'elle est à-même de proposer un schéma général se substituant aux paradigmes antérieurs. Dans le travail de la science normale, la confrontation à des données nouvelles est productrice d'ajustements, voire de théories parfois concurrentes entre elles et surtout relativement éloignées du paradigme initial mais qui sont pourtant perçues, par une majorité, comme étant en cohérence avec le dogme dominant. Le fait qu'une théorie repose sur des déterminants irrationnels et qu'elle soit également déterminée par des données sociales agissant sur toute production de discours contribue à cette situation. La pensée psychanalytique est familière de cet état de fait : L'adhésion à un ensemble paradigmatique restreint (sexualité-inconscient-transfert) rend jusqu'à un certain seuil acceptable pour beaucoup l'énoncé de vues relativement divergentes mais pourtant combinées entre elles. Les exemples en sont même tellement nombreux qu'ils finissent par rendre compte de la situation quelque peu hétérogène de la psychanalyse contemporaine : des propos relevant du Soi sont ainsi être traités par certains comme des caractéristiques du Moi, des considérations relevant du Moi-peau vont être associées par d'autres à celles concernant le Moi, l'Œdipe kleinien est approché par les uns comme quasi identique à celui de Freud en-dehors de quelques questions qui relèveraient seulement de la temporalité, tandis que d'autres exportent sans souci la perspective winnicottienne hautement gynocentrée, maternelle, dans un référent phallogocentré, etc. Cette hétérogénéité n'est cependant acceptée que jusqu'à un certain seuil. Une théorie peut devenir l'objet d'un désaveu communautaire si elle remet en cause un ou plusieurs éléments de l'ensemble paradigmatique. A la fin des années 1970, la théorie de H. Kohut (1971) a subi ce traitement alors qu'ayant tout d'abord pensé le développement d'un courant narcissique parallèle au courant libidinal, elle a progressivement minoré l'importance du second pour penser le destin normal et pathologique de la personne. Dans sa pratique, Kohut avait identifié une anomalie de la théorie dominante en s'intéressant de façon privilégiée à des patients narcissiques. Sa tentative d'explication, après l'avoir conduit à produire une adaptation du système, le mena à remettre en cause un de ses fondements paradigmatiques, à savoir la sexualité. Le rejet communautaire s'est alors organisé. Historiquement, la rupture autour de la question de la sexualité s'était déjà produite avant Kohut. Stekel, Adler et Jung n'ont été que les premiers sur une longue liste des désavoués. Bien sûr, le rejet n'est que rarement formulé simplement. Il s'appuie de même sur des co-déterminants qui, pour Kuhn comme dans tous les autres cas, peuvent donc être « irrationnels » ou relevant de causalités autres qu'internes à la théorie, mais d'ordre culturel ou social. De notre point de vue, la critique portée par Kohut contre l'Ego-Psychology dans le déploiement de ses thèses asexuelles a eu une importance centrale concomitante dans le rejet dont il a été l'objet, notamment parce que le courant auquel il s'opposait n'était pas sans correspondance avec des aspects culturels dominants au sein de la culture américaine de l'époque (en premiers lieux, la croyance en la toute-puissance de l'adaptation, l'adhésion à une morale du bien-être tout autant qu'une appétence pour la standardisation de la technique) et que l'Ego-Psychology était très largement représentée à des positions dominantes dans les instances psychanalytiques internationales.

Les situations où l'anomalie conduit à une rupture violente ne sont pas si fréquentes. Si l'anomalie est communautairement retenue comme théoriquement secondaire et ne remettant pas en cause le paradigme initial, il n'y a pas de crise patente immédiate au sein du système. De ce point de vue, depuis 40 ans, la psychanalyse freudienne travaille à intégrer un narcissisme qui, finalement, a été seulement « introduit » par Freud et ce travail est variablement réussi en fonction des contextes théoriques territoriaux. Lorsque l'anomalie s'impose et se renforce, les choses tournent autrement. C'est le constat du caractère *fondamental* d'une anomalie qui confère à une crise son caractère explicite et que la science normale va devenir une science extraordinaire. De ce point de vue, la

clinique du vieillissement est clairement révélatrice d'une anomalie. Est-elle pour autant fondamentale ?

2. La clinique du vieillissement comme anomalie paradigmatique.

Dans l'œuvre de Freud, le vieillissement occupe une place restreinte. La notion a longtemps été cantonnée à des aspects déficitaires et quelque peu caricaturaux permettant d'établir une limite à l'âge à la possibilité d'une psychanalyse. La réflexion ne se limite cependant pas à cela et un travail autre, même si discret, peut être également identifié. Celui-ci tient dans une exploration du rôle joué par une perte progressive de la plasticité de l'appareil psychique ; cette perte n'étant cependant pas considérée comme une exclusivité de l'âge (Villa, 2014).

Assez rapidement, le peu d'intérêt de Freud pour la question du vieillissement a été compensé. Dès 1920, K. Abraham a revendiqué une psychanalyse possible du sujet au-delà de 50 ans et remis en cause la vision principalement involutive du vieillissement freudien. Au cours de la décennie suivante, Balint (1933) a proposé une description certes rapide (il s'agit d'une conférence) mais diversifiée d'un certain nombre de problématiques, de symptômes et de pathologies liés au vieillissement. Les textes sur ce thème restèrent néanmoins longtemps assez peu nombreux et il fallut attendre la fin des années 1950, et exclusivement en langues anglaise et américaine, pour que soient publiés les premiers textes cliniques tentant des élaborations psychodynamiques à partir de cas de sujets âgés. A l'époque, la recherche en gérontologie s'organisait en-dehors d'une approche strictement psychodynamique. La création en 1950 de The International Association of Gerontological Societies et la mise en place des séminaires (dès 1957) qui permettraient une publication majeure, celle des deux volumes de *Processes of aging* (Williams et al., 1963) témoignent de l'impact que la question du vieillissement avait alors sur la recherche en psychologie aux USA. Avec ces publications de cas (dont les travaux de Grotjhan, 1955), la psychanalyse américanophone contribuait à une exploration plus large visant une meilleure connaissance du vieillissement et comblait seulement transitoirement son retard. Après avoir connu une extension dans les années 70-80, la recherche américaine spécifiquement psychodynamique s'est relativement tarie ensuite et elle s'est même peu à peu davantage centrée sur le thérapeute que sur le patient (Plotkin, 2017).

En France, dans l'après-coup du renouvellement de la psychanalyse du vieillissement réalisé par Balier à partir de 1976, les travaux de Bianchi (1980) aux cours des années 1980, ceux de Le Goues (1991), de Messy (1992), de Quinodoz (1993) et de Péruchon (1994) à partir des années 1990, ceux de Charazac (2002), de Verdon (2004) et de Talpin (2007) principalement depuis les années 2000 ont largement contribué au développement d'une psychanalyse du vieillissement et de la vieillesse qui n'est pas représentée dans toutes les universités françaises et qui, si elle occupe une place de choix dans certaines revues spécialisées, n'a certainement pas la position qui devrait lui revenir dans une France où les 60 ans et plus représentent presque 30 % de la population (Insee, 2018). Il y a clairement un problème avec la sous-représentation de cette clinique.

Le problème de la clinique psychodynamique du vieillissement est quelle questionne la pertinence du paradigme psychanalytique classique (sexualité-inconscient-transfert) en présence de patients donnant à entendre une dynamique reposant davantage sur le triptyque narcissisme-inconscient-transfert. Bien sûr la clinique du vieillissement n'est pas la seule à produire cette remise en cause. On l'a vu à propos de Kohut et de ses patients « narcissiques ». Cet état de fait est même tellement répandu que, déjà en 1985, Didier Anzieu fixait la proportion de patients non névrotiques à « plus de la moitié de la clientèle psychanalytique » (1985, p. 254) et indiquait le retrait de la problématique œdipienne des cabinets au profit de problématiques limites et narcissiques. Dès les années 1970, le poids de la névrose de transfert dans le vieillissement avait en outre été relativisé et l'isolement de formes spécifiques de pathologies (Oulès, 1970) avait été produit, par exemple à propos de la dépression.

Fondant sa clinique sur l'expérience alors conduite de la mise en place de centres de jours pour personnes âgées, en l'espèce celui du XIII^{ème} arrondissement de Paris où il exerçait les fonctions de psychiatre et de responsable de la psycho-gérontologie, Balier (1976) a été en France le premier psychanalyste à proposer un état des lieux tout à fait édifiant d'une clinique du vieillissement quotidien, non passée au prisme de l'hôpital, de la gériatrie ou de l'institution pour personnes âgées dépendantes. Sa description est très claire et n'a guère été invalidée depuis, même si son système explicatif peut être discuté : 1) Est tout d'abord isolé le poids d'une dépression par perte de l'estime de

soi, souvent réactionnelle, avec mépris de soi-même, repli sur soi et plaintes somatiques, à inscrire comme une perturbation dans la lignée du narcissisme entendu comme investissement de son propre Moi en lien avec les expériences les plus précoces enracinées dans le corps biologique et l'environnement tout au long de la vie. 2) Sont ensuite identifiées des organisations caractérielles relevant principalement de la catégorie des états-limites et pouvant elles-aussi s'expliquer à partir du narcissisme dans une perspective où le maintien de l'identité se fait souvent dans un contexte de défense. 3) Des interactions psychosomatiques à relier, « derrière le masque social de la bienséance », à un narcissisme négatif sont également répertoriées. 4) Balier repère ensuite l'importance des névroses « actuelles » dans le vieillissement, c'est-à-dire des névroses au sein desquelles ne se manifeste pas un conflit psychique infantile ; des pathologies qui s'apparentent dans leurs formes à la neurasthénie, l'hypochondrie et la névrose d'angoisse, et qui sont souvent déroutantes dans leurs prises en charge. Pour Balier, ces manifestations s'entendent comme le produit d'un repli sur le corps consécutif à des désinvestissements. Elles renvoient à des interactions originaires précoces négatives qui s'actualisent tout au long de la vie dans des temps d'effondrement narcissique et qui peuvent s'installer avec la vieillesse. Leur corollaire positif est le plaisir de fonctionnement. 5) Sont enfin caractérisés des états déficitaires qui, s'ils ne remettent pas en cause un aspect organique dans leur surgissement, sont potentialisés par des angoisses d'abandon vis-à-vis desquelles l'accentuation du déficit a une fonction défensive conduisant à un désinvestissement du Moi.

Si cette description doit être relativisée dans son exhaustivité, car il y a bien des cas qui ne contredisent pas le paradigme dominant (Verdon, 2003), il y a effectivement une anomalie dans cette description qui donne clairement au narcissisme le rôle attribué à la sexualité dans le paradigme freudien.

3. Le vieillissement et la vieillesse comme réorganiseurs du modèle freudien.

Que la clinique du vieillissement et de la vieillesse puisse constituer une anomalie, cela n'est pas un hasard et chacun aura compris que le modèle théorique psychanalytique dominant tel qu'il s'est développé au moins jusqu'à la fin des années 1970 relevait d'une conception adulte-centrée excluant le sujet âgé. Intégrer le vieillissement à ce modèle ne peut être conçu comme une attitude visant simplement à apporter un complément théorico-clinique à un édifice incomplet ou à seulement remettre en cause une vision involutive ou déficitaire du vieillissement. Comme il faut parfois entièrement repenser un édifice pour l'agrandir, prendre en considération le vieillissement et la vieillesse comme des temps constitutifs du développement impose une remise en cause plus radicale de la théorie.

A ses sources, la psychanalyse freudienne reposait donc principalement sur une théorisation issue du discours du névrosé d'âge moyen (un discours néanmoins mis en perspectives avec les productions littéraires et l'autoanalyse de son inventeur). Le savoir constitué a nourri conséquemment une perspective génétique, économique et dynamique sur la base d'une logique hypothético-déductive exposée par Freud dans la XXIème conférence des *Leçons d'introduction à la psychanalyse* (1917). Dans cette leçon, Freud discute la raison qui le pousse à qualifier comme « sexuelles » des activités de l'enfance. La réponse est la suivante : c'est le résultat du processus qui permet de définir comme originaires sexuelles des activités somatiques et psychiques en lien analogique avec des activités qui sont identifiées comme sexuelles chez l'adulte. Si elle ne se limite pas à la question du « sexuel » et si elle n'est pas à écarter, cette logique hypothético-déductive porte en elle un biais potentiel : elle repose bien sur une conception spécifique du résultat, à savoir la définition d'un référent du résultat qui est ici un sujet d'un âge *grosso modo* inférieur à 50 ans. Ce référent n'est pas sans cohérence avec la situation de l'espérance de vie au début du XXème siècle qui était, comme nous avons pu le rappeler en introduction, en Europe d'une moyenne inférieure à 50 ans et même inférieure à 44 ans en Allemagne (Chasteland, 1960). Bien sûr, la logique processuelle et analogique freudienne s'est rapidement vue complétée, notamment par une observation directe de l'enfant. Mais force est de constater que les apports successifs d'autres « nouveaux » référents de l'observation, à savoir après les enfants, les psychotiques adultes, principalement au lendemain de la seconde Guerre mondiale, puis les personnalités limites et narcissiques à la fin des années 1970, s'ils sont venus essentiellement compléter pour les premiers le modèle et le remettre en cause pour les secondes, ont été produits dans

un contexte où le référent « âge » n'a pas évolué. Ceci n'est certainement pas un hasard car lorsque la clinique du vieillissement s'est développée, elle est arrivée dans un contexte de tentatives de mutations du paradigme dominant où tout particulièrement la difficulté de maintenir le narcissisme dans le champ du pulsionnel se faisait de plus en plus vive. Initiés pour le premier dès le milieu des années 50, les travaux du Grunberger (1971) et ceux de Kohut (1971) dont il a été question précédemment témoignent de cette difficulté et de la recherche d'une solution permettant d'ajuster le « dogme » dominant au sens de Kuhn à une clinique et une théorisation en mouvement. Sans doute une prise en compte complète du vieillissement aurait-elle empêché une adaptation progressive, peut-être aussi que les concepts opérants alors développés par la psychanalyse de l'enfant, également en plein renouveau, cadraient mal avec ce que le vieillissement enseignait. En tout cas, pour Balier, les faits n'en étaient pas moins clairs et la situation était telle qu'il prit le parti du narcissisme dans le vieillissement en publiant un article-programme : « Pour une théorie narcissique du vieillissement » (1979) ; théorie dont il a produit des formulations différentes entre 1976 et 1982 (Rexand-Galais et Le Goff, 2020). Il ne fut pas le seul. Au cours de la décennie suivante, en Argentine et s'appuyant sur de nombreuses sources communes avec Balier, Salverezza (1988) débuta un travail qui allait lui-aussi donner une place centrale à la question du narcissisme dans le vieillissement. Les bases étaient offertes pour un nouveau regard sur le vieillissement et la vieillesse. Celui-ci peine à s'imposer. Comment caractériser ce regard ?

- 1) Parce qu'ils le posent comme un éprouvé incontournable à la fois dans ses versants positifs et négatifs, le situent comme représentant du vivant, vieillissement et vieillesse retirent la possibilité d'écarter la notion de Self, de Soi, comme structure distincte du Moi, possédant un versant cognitif et affectif, présente dès l'origine et non exclusivement alimentée par la libido (mais aussi par les valeurs culturelles, esthétiques, éthiques culturellement et historiquement variables ...). Le Soi se constitue tout au long de la vie sur la base des expériences du sujet (avec les dispositions affectives correspondantes), varie dans le degré et la qualité de l'intégration des représentations de soi-même, se manifeste régulièrement sans ambiguïté aucune alors que le sentiment de continuité est convoqué. Le Soi contient principalement des images idéales de soi, des images idéales des objets et des représentations des objets. Le besoin d'intégrité et d'unité, tel qu'Erikson (1968) l'a pensé, s'impose au Soi sous l'effet du vieillissement (en raison de la perspective de la finitude). Un grand nombre des enjeux existentiels et psychopathologiques de la vieillesse relève d'une situation d'incapacité à produire cette cohérence : sentiments de manque d'unité et de sens, d'incomplétude, de confusion, d'irréalité sont présents et, dans les cas les plus marqués, s'organisent dans un tableau qui n'est pas sans rappeler le faux-Self winnicottien et les états-limites (Rexand-Galais, 2019). En aucun cas, les enjeux ne sont que sexuels ou infantiles ni ne pourraient être réduits à une lecture fondée sur ces seuls intérêts, pas davantage que leurs fonctionnements ne peut être rabattu sur le seul Moi pour en rendre compte.
- 2) Vieillissement et vieillesse confèrent une importance centrale à l'idée d'une évolution de l'organisation psychique donnant progressivement une prévalence à la lignée narcissique. Les deuils, les pertes, les ruptures, les transformations subies du fonctionnement corporel, si elles ne sont pas l'apanage de la vieillesse, n'en sont pas moins une marque spécifique. Celle-ci est largement complétée par un certain degré d'âgisme social se manifestant au moins dans la banalisation de la tendance ségrégationniste dont la vieillesse est l'objet (institutions, places symboliques attribuées, etc.) qui viennent souvent limiter voire bloquer les capacités de réaménagement psychique. Le vieillissement met en exergue le fait que l'organisation narcissique est bien le socle sur lequel s'étaye l'organisation génitale qui disparaît quasiment comme pôle conflictuel lorsque l'étai est attaqué. Œdipe laisse alors la place à Narcisse : la névrose devient actuelle car centrée sur l'adaptation, la dépression mobilise l'estime défaillante du Moi ou du Soi, l'Idéal du Moi reprend un rôle central d'organisateur... La vieillesse permet de penser à la fois l'articulation des deux lignées mais aussi l'indépendance de développement de l'une par rapport à l'autre.
- 3) Vieillissement et vieillesse retirent enfin toute valeur à des concepts qui ressortent comme des mythes de la psychanalyse : à la considérer dans la vieillesse, la pulsion de mort est davantage à considérer comme un état de désintringement par échec de liaison narcissique et cognitif (à l'image de ce qui se joue dans le cas de la démence) qui n'a précisément rien de pulsionnel.

De même, au-delà de la reconnaissance du rôle du Soi, la perspective topique s'avère à reconsidérer : au regard du vieillissement, la réduction à une registre ternaire s'avère une simplification.

Changer de regard sur le vieillissement et la vieillesse n'est pas qu'un enjeu central dans le rapport à autrui et en termes d'optimisation des prises en charge des personnes vieillissantes, c'est aussi une source d'optimisation dans la prise en charge des personnes plus jeunes et un impératif du point de vue de la cohérence de la théorie psychodynamique.

- Abraham K. (1920). Le pronostic du traitement psychanalytique chez les sujets d'un certain âge. In : *Œuvres Complètes*, t.2 (1913-1925). Paris, Payot, 1966, p. 92-96.
- Balint M. (1933). The Psychological Problems of Growing Old, traduit in : M. Moreau Ricaud, « Grandir jusqu'à la mort : A propos de M. Balint "The Psychological Problems of Growing Old" », *Topique*, 93(4), 2005, p. 7-22. <https://doi.org/10.3917/top.093.0007>
- Bergeret J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris, Dunod.
- Bianchi H. (1980). Travail de vieillir et "travail de trépas". *Psychoanalyse à l'Université*, 5 (20), 613-619.
- Charazac, P. (2002). La défense perverse dans les soins gérontopsychiatriques. *Le Divan familial*, 8, 151-158. <https://doi.org/10.3917/difa.008.0151>
- Chasteland J.-C. (1960). Évolution générale de la mortalité en Europe occidentale de 1900 à 1950, *Population*, 15 (1), 59-88. https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1960_num_15_1_1200
- Erikson E.H. (1968). *Adolescence et crise : la crise de l'identité*, Flammarion, 1972.
- Freud S. (1917). *Leçons d'introduction à la psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France, 2013.
- Grotjhan M. (1955). Analytic Psychotherapy with the Elderly. *Psychoanalytical Review*, 42, 419-427.
- Grunberger B. (1971). *Le narcissisme : essais de psychanalyse*. Paris, Payot.
- Insee (2018). *Tableaux de l'économie française*. Paris, Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3353488>
- Kohut H. (1971). *An Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorder*. Chicago, University of Chicago Press.
- Kuhn, T.S (1962). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris, Flammarion, 1973.
- Le Goues G. (1991). *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Messy J. (1992). *La personne âgée n'existe pas*. Paris, Rivages.
- Oulès J. (1970). Les névroses du troisième âge ». *Confrontations psychiatriques*, 5, 83-111.
- Péruchon M. (1994). *Le déclin de la vie psychique*. Paris, Dunod.
- Plotkin D. (2017). Historical Psychoanalytic views of aging. *The American Psychanalyst*, 51 (3). https://apsa.org/wp-content/uploads/apsaa-publications/vol51no3-TOC/html/vol51no3_07.xhtml
- Quinodoz D. (1993). Le travail de vieillir. *L'information psychiatrique*, 70 (4), 319-328.
- Rexand-Galais F. (2019). Humeurs sénescences : la question narcissique dans le vieillissement. *Psychologie Clinique*, 48, 96-109. <https://doi.org/10.1051/psyc/20194896>
- Rexand-Galais F. (2022). La clinique gérontologique psychodynamique, in : Fromage B. et Rexand-Galais F. (éd.), *Nouveaux regards sur la vieillesse*, Lyon, Chronique sociale, 36-44.
- Rexand-Galais F., Le Goff J.*² (2020). Balier's French Narcissistic Theory of Ageing: Developments and Perspectives. *Frontiers in Psychology*, 11: 113. Doi : 10.3389/fpsyg.2020.00113.
- Salvarezza L. (1988). *Psicogeriatría: Teoría y Clínica*. Buenos Aires, Paidós, 2002.
- Talpin, J. (2007). La crise de la fin d'hospitalisation en gérontopsychiatrie. *L'information psychiatrique*, 83, 767-774. <https://doi.org/10.1684/ipe.2007.0252>
- Verdon, B. (2003). Le paradigme de la névrose à l'épreuve du temps: Remarques à propos de la question de la névrose actuelle.. *Champ psychosomatique*, n°<sup>30), 83-100. <https://doi.org/10.3917/cpsy.030.0083>
- Verdon, B. (2004). Souffrance névrotique chez le sujet vieillissant. *Cahiers de psychologie clinique*, 23, 35-57. <https://doi.org/10.3917/cpc.023.035>

². Etudiante encadrée : Co-direction de thèse de thèse en cours (J.-M. Talpin), Lyon 2.

Villa, F. (2014). Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement. *Le Carnet PSY*, 180, 21-26. <https://doi.org/10.3917/lcp.180.0021>

Williams R.H., Tibbitts C. & Donahue W. (1963). *Processes of aging (2 vol.)*, Atherton Press, 1963.

Balier C. (1976). Étude clinique. *Gérontologie et Société*, 4, 59-125.