

99^e Journée régionale de Gérontologie :

« La Personne Agée : un jeu complexe de relation »

L'adulte âgé et ses liens d'attachement

1- Introduction :

La « théorie de l'attachement » est un vaste sujet, c'est une théorie complexe, développée dès la fin des années 50 par John Bowlby, psychiatre britannique, et qui demeure sans doute encore en France insuffisamment connue, bien que les thérapies et recherches à ce sujet connaissent un essor certain ces dernières années. Je n'en parlerai pas comme une spécialiste, mais tout au moins, comme familière et en ayant une connaissance pragmatique du fait de ma clinique auprès des âgés depuis plus d'une vingtaine d'années.

Si j'ai eu l'envie de vous parler aujourd'hui de cette approche, c'est que cette dimension des liens d'attachement est redevenue très vive dans le contexte de la crise sanitaire où depuis 2 ans, nous avons tous, jeunes et moins jeunes, éprouvé de façon tangible, surtout lors des moments de confinement ou d'isolement dus au virus, la place de nos liens d'attachements ; nous avons ainsi pu ressentir la force de ces liens ou leur faiblesse, en tout cas leur indéniable importance dans notre équilibre psychique, affectif, émotionnel.

Chacun, chacune a pu, plus ou moins, éprouver dans son cœur, dans sa psyché, peut-être ressentir dans son corps les effets de la mise à distance, voire la privation de lien avec ses proches, et notamment avec ce qu'on dénomme les « figures d'attachement ».

Ce que j'ai pu observer moi, de ma place auprès des âgés hospitalisés qui, notamment lors des 1ers confinements, pour les raisons sanitaires que l'on connaît, se sont vus privés quasiment du jour au lendemain, des visites de leur proches, pendant parfois plusieurs semaines, et pour les patients atteints du coronavirus que j'ai également suivis, être totalement isolés en chambre, c'est combien la séparation avec leur figure d'attachement a été grandement, parfois gravement destabilisante ; pour certains, cela a conduit à des manifestations anxieuses ou dépressives plus accrues, pour d'autres, à des décompensations psychiques rapides et massives, pouvant aller jusqu'à ce qu'on appelle les « syndromes de glissement » (je me souviens de cette patiente mutée en unité covid au début de la pandémie, qui ne pouvant recevoir la visite de son mari, ni lui parler au téléphone, car c'était un monsieur sourd et avec des troubles cognitifs, s'est littéralement effondrée et est décédée rapidement, en quelques jours ; je sais que bon nombre d'entre nous, notamment dans les ehpad ont fait également la difficile expérience de ces décompensations somatopsychiques qui nous ont laissés alors avec des vécu effractifs d'impuissance, de tristesse, et parfois de colère. Mais nous avons vu aussi d'autres personnes, tout au contraire, faire preuve dans les mêmes conditions, d'une résistance interne tout aussi frappante, et surmonter cette épreuve de l'isolement et de la séparation en s'appuyant sur leurs ressources internes ; ces personnes ont pu faire sans doute appel ici à ce qu'on appelle des liens d'attachement « sécurés », ou « base de sécurité », qui est un concept central dans la théorie de l'attachement. Cette notion renvoie à la confiance

en l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible en cas de besoin, quel que soit l'âge de l'individu.

Je dirais que ces systèmes d'attachement, habituellement « muets » sont ainsi devenus explicites dans ces conditions inhabituelles. Ces expériences fortes ont été d'ailleurs à l'origine du désir d'en faire une étude dans notre service, afin de mieux en comprendre les mécanismes, mes collègues, le Dr Buisson et Cécile Lebrun-Givois, vous en parleront tout-à-l'heure.

Ces expériences inédites et traumatiques ont donc eu l'intérêt de faire (ré)apparaître de manière signifiante combien le lien d'attachement est non seulement un facteur protecteur de la santé psychique (les études récentes nous le disent, il y a des liens entre styles d'attachement, coping et résilience), mais tout simplement porteur de vie psychique, de vitalité ! Je dois dire que j'ai redécouvert la force et la puissance émotionnelle, la « fonction » vitalisante de ces liens d'attachement. Je me souviendrai ainsi longtemps de ce monsieur hospitalisé en unité covid, plutôt apathique et déprimé, affaibli également par le virus, et qu'un jour j'ai simplement aidé à se connecter avec sa famille à l'aide d'une tablette : après de longs jours sans visite, lorsque il a vu apparaître juxtaposés à l'écran son épouse, sa fille et ses 2 petits-enfants (car c'était une famille bien organisée et très connectée !), il a littéralement bondi de son lit, transporté par la joie de voir, de retrouver ce simple contact visuel avec sa/ ses figures d'attachement.

Mais au-delà de la crise et de ses confinements qui ont pu nous en révéler ces aspects évidents, la théorie de l'attachement me paraît pertinente pour aborder la complexité de la vie relationnelle de l'adulte âgé en général, car le grand âge est une période de la vie qui, on le sait, expose particulièrement aux changements physiques, sensoriels, cognitifs, psychiques, sociaux, à la dépendance, confronte à la séparation et à la perte, donc potentiellement à des situations d'épreuve, de conflit, de stress. Mais les pertes et les deuils souvent cumulés à cette période de la vie, ne sont pas seuls source de menace pour l'équilibre interne du sujet vieillissant : il arrive un moment où la perspective de sa propre mort intervient et insécurise le sujet : en effet, la proximité avec la mort va venir activer les systèmes d'attachement, ce qui sera source de comportements, de réactions affectives, émotionnelles propres à chacun.

2-Théorie de l'attachement : quelques éléments de compréhension :

Alors **l'attachement, c'est quoi** ? dans le langage courant, l'attachement c'est un lien affectif, sentimental fort, un lien d'amour ; dans le cadre de la théorie de l'attachement, c'est un lien émotionnel, qui sert à survivre, orienté, dirigé du plus faible vers celui qui le protège, tels les parents qui donnent protection et réconfort à l'enfant en bas-âge ; « être attaché à quelqu'un signifie qu'en cas de détresse ou de menace, on recherche la proximité et la sécurité que la figure d'attachement apporte ». La fonction de l'attachement est pour Bowlby (1969) une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration.

J'y adjoins donc tout de suite la notion de « **figure d'attachement** », qui est la « personne vers laquelle l'enfant dirige ses comportements et besoins d'attachements quand ceux-ci sont éveillés ». Il s'agit le plus souvent de la mère, puis il y a des figures d'attachement subsidiaires/secondaires (père, nourrice, grands-parents, une tante, fratrie...). Ces figures d'attachement sont hiérarchisées, et le sujet les sollicite selon ses besoins, selon le contexte, selon leur disponibilité. La figure d'attachement constitue un « havre de sécurité ».

Mais les liens d'attachement, s'ils puisent leurs racines dans les relations précoces, ne concernent pas seulement la vie affective du bébé et du jeune enfant : c'est un peu comme un système d'irrigation, qui alimente, nourrit les relations interpersonnelles au long cours, c'est un système permanent, actif tout au long de la vie affective et émotionnelle de la personne. D'ailleurs, J. Bowlby le dit très bien : « l'attachement est actif du berceau à la tombe ».

Alors, je rappelle que dès sa naissance, l'enfant établit des interactions avec son environnement, son entourage. Il intériorise progressivement les aspects les plus importants des relations qu'il établit avec ses figures d'attachement ; Ces interactions précoces vont modeler les représentations concernant soi et autrui. Il se constitue alors un schéma cognitif et affectif qui s'active lors des situations stressantes ; Les individus s'appuient sur ces schémas, sortes de kits de stratégies émotionnelles et comportementales qu'on appelle les « modèles internes opérants ». Ils sont partiellement inconscients et portent sur les relations actuelles de la personne avec son entourage, ils sont compris comme des représentations mentales généralisées, opérants dans les relations interpersonnelles et agissent comme facteurs de régulation émotionnelle pour le sujet en situation de stress. On considère qu'ils s'ancrent de façon durable et ont une tendance à la stabilité, mais qu'ils sont aussi façonnés, modifiés par des événements de vie positifs ou négatifs (ex : une personne sécure pourra évoluer vers un attachement de type anxieux après avoir vécu un traumatisme : la guerre, l'exode, l'exil, la perte précoce du parent ... A l'inverse, un sujet de base insécure, mais qui a rencontré par ex, un conjoint lui apportant une relation affective stable, fiable, peut, au fil des années, voir son style d'attachement évoluer vers qqch de plus sécure). C'est ce qu'on appelle une sécurité « acquise », et ces liens correctifs peuvent d'ailleurs contribuer à un fonctionnement résilient. Les processus de « sécurité acquise » grâce auxquels certains individus dépassent leurs histoires familiales difficiles et leurs carences affectives, modifient ainsi un parcours individuel défavorable.

3-Les styles de lien d'attachement :

Alors dans cette approche de l'attachement, on décrit en général 4 grands styles d'attachement (d'abord décrits par Mary Ainsworth) ; ces catégories sont sans doute plus à comprendre comme des tonalités « dominantes » du lien, mais c'est important de les repérer car les comportements actuels du sujet face à la perte, au stress, sont influencés par les styles d'attachement.

-il y a donc un **style sécure** (≈50 % pop générale), où les sujets ont eu une figure d'attachement qui s'est montré fiable, présente, répondant aux besoins de réconfort et de réassurance du

sujet dans les premiers temps de son développement. Exemple tout simple : c'est l'enfant qui tombe, se fait mal, pleure, et que son parent vient aider à se relever, le réconforte et puis renvoie jouer ; c'est l'enfant qui s'il est triste ou en proie à une difficulté émotionnelle, va pouvoir compter sur l'écoute et le soutien de son parent. Ces sujets ont donc construit progressivement, au fil du temps et des expériences, des modèles internes positifs et accessibles/convocables sur le plan mnésique. A un moment de son développement d'ailleurs, l'enfant n'aura plus besoin de la proximité physique avec sa figure d'attachement, mais il lui suffira d'être seulement assuré de sa disponibilité, voire de son accessibilité mentale. L'adulte qui présente ainsi un style d'attachement sécure, quel que soit son âge, peut dès lors en cas de problème, de situation stressante, soit faire appel à cette « sécurité de base » interne, soit, faire appel à d'autres personnes pouvant lui apporter l'aide ou le soutien dont il a besoin. Parce que dans son « modèle interne » le sujet a intégré l'idée qu'il est digne d'être aimé et d'être aidé, et l'Autre est perçu comme fiable. Donc, contrairement à ce que l'on pourrait penser, plus une personne est « sécure », plus elle sera en mesure d'accepter et s'appuyer sur le soutien d'un autre, de demander de l'aide si elle est débordée. L'attachement sécure sert l'autonomie et non la dépendance.

Ensuite, il y a 3 **styles d'attachement insécures** :

- **l'insécure-anxieux** (≈20%) : ici le sujet a intériorisé une figure de parents plutôt imprévisibles, instables et auprès desquels il n'a jamais eu l'assurance que ses besoins d'attachement allaient être satisfaits de manière stable et permanente, engendré par des réactions parentales irrégulières pouvant être opposées telles que l'hypervigilance anxieuse (surprotection) ou au contraire le désintérêt ou la négligence. Du coup, ces sujets ont souvent un comportement de contrôle sur leur figure d'attachement, avec une peur constante de perte ou d'être abandonné. En situation de stress, ils recherchent immédiatement et constamment du soutien de la part de leur entourage. Ils maximisent leur demande d'aide (= ils ont appris à demander beaucoup pour recevoir un peu : on pourrait le traduire par : « Comme lorsqu'enfant j'étais en détresse et que ma mère ou mon père ne faisait pas attention à moi, il fallait que je pleure très très fort ») et ils cherchent à combler leur besoin d'attachement à travers les autres. Ils sont et se montrent très peu autonomes. Ce sont également des personnes très sensibles à l'attitude de leur entourage : pour l'anecdote, j'ai rencontré récemment un patient qui m'expliquait que son aide-ménagère faisait très bien le ménage, mais que ce qui lui posait problème, c'est qu'elle le faisait l'oreille collée à son téléphone portable, ce qu'il interprétait comme : « elle ne s'intéresse pas à moi, elle n'est pas disponible pour moi ». On retrouve également cette hypersensibilité à l'entourage lorsque les personnes présentant ce type d'attachement anxieux vivent en institution ou sont aidées à domicile, et sont confrontées à des changements de personnels, des remplaçant.es...ce qu'ils vivent très mal, ils sont vite destabilisés, car ils n'ont pas de base sécure interne suffisante.

-on va avoir un 2^e type de liens d'attachement insécure que l'on appelle le style « **évitant** » (≈ 25% pop générale, et surreprésentation chez les âgés), caractérisé par un manque d'attention de la mère face à la détresse de son enfant. Ici, le sujet, quand il était enfant, a dû apprendre à se débrouiller, à gérer seul ses difficultés émotionnelles, sa tristesse ou sa peur, soit parce que son parent n'était pas disponible psychologiquement pour lui (cas de mères endeuillées par

la mort du conjoint, ou d'un autre enfant, mère dépressive ou parent absent car trop pris par son travail) soit parce que son parent, lui-même étant insécure, le rejetait, avec des réactions de colère ou de moquerie lorsqu'il manifestait sa détresse émotionnelle. Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que ces sujets insécures-évitants ont donc appris à inhiber leurs manifestations affectives pour éviter les réactions négatives de leur figure d'attachement, et à privilégier l'indépendance. Leurs proches ne sont pas perçus comme des ressources, et en cas de détresse, ils ont tendance à se retirer, à minimiser et banaliser leur besoin d'attachement. Ils peuvent demander de l'aide concrète, instrumentale, mais en cas de stress élevé, ils ne vont pas demander de soutien émotionnel, ils n'en perçoivent pas l'intérêt. Ce sont des personnes qui ont beaucoup de mal à accepter l'aide.

Et enfin, on trouve ce qu'on appelle le style insécure « **désorganisé** » (≈5%): Cela peut être des personnes ayant vécu de graves traumatismes psychiques, des abus, des maltraitances. Ces sujets craintifs sont hyperréactifs au stress, particulièrement avec leurs proches, et pour qui les vécus de perte ou de séparation avec leur figure d'attachement, sont susceptibles d'aboutir à la désorganisation et à l'effondrement psychique. Le problème c'est aussi que le sujet désorganisé va désorganiser son entourage par ses comportements chaotiques : passages à l'acte, violence verbale, physique, psychologique, épisodes dépressifs intenses, dissociation, prostration...On retrouve ce style d'attachement désorganisé dans de multiples pathologies mentales.

4- Place, impact des liens d'attachement au cours du vieillissement :

Alors, de façon générale, les situations rencontrées par l'adulte âgé telles que la séparation d'avec le conjoint lors d'une entrée en institution, la maladie grave et/ou chronique, le veuvage, les altérations de la santé cognitive conduisent à une augmentation de la dépendance à l'autre, et sont autant d'évènements, de contextes qui génèrent un sentiment de crainte, de vulnérabilité voire d'insécurité. Ceci entraîne, nous disent les auteurs Nicole et Antoine Guédénéy : « une réactivation ou intensification chez le sujet âgé des comportements de recherche de proximité et de disponibilité de ses figures d'attachement ». Le vieillissement est donc susceptible de réveiller de nouveaux besoins de sécurité et de modifier les styles d'attachement. Cela peut être par exemple le cas dans un couple, lorsqu'un des conjoints, vulnérabilisé, insécurisé par la dépendance physique, s'agrippe anxieusement à l'autre, devient dépendant psychiquement, tolérant mal la moindre attitude d'éloignement de sa figure d'attachement. Parfois à l'inverse, c'est le conjoint sain, non malade, mais présentant un style d'attachement insécure-anxieux, qui est destabilisé par la maladie de mémoire de son conjoint et l'incapacité de celui-ci à rester sa figure habituelle de soutien et de protection : le type d'attachement de l'aidant est ainsi à comprendre comme un élément-clé dans les situations d'accompagnement...

Les expériences de dépendance lors du grand âge viennent donc modifier, mais aussi révéler **la qualité et la complexité des liens d'attachement du sujet adulte** : on verra ainsi se

développer toute une palette de réactions adaptatives de l' âgé, allant de l'agrippement relationnel, de la dépendance affective et fusionnelle (plutôt chez l'insécure-anxieux donc), à la contre-réaction visant à mettre à distance l'autre, voire à rejeter l'autre, plutôt que d'avoir recours à lui...la partie évitante venant ici freiner l'investissement du lien. On verra ainsi apparaître des conduites hostiles voire malmenantes de l'âgé avec ses proches, qui peuvent nous sembler irrationnelles.

Les styles d'attachement influencent en grande partie les **stratégies d'adaptation du sujet âgé** : ainsi, le réajustement, l'adaptation aux changements au cours du grand âge, est sans aucun doute plus facile pour les sujets ayant un attachement sécurisé puisqu'ils peuvent s'appuyer sur et activer une zone de sécurité de base leur permettant de réguler leur stress et mobiliser leurs ressources internes, ou, s'ils sont trop débordés, d'avoir suffisamment confiance en eux et l'autre, pour trouver un appui sur leurs figures d'attachement.

Les adultes âgés présentant un attachement anxieux se vivent intrinsèquement plus ou moins vulnérables, faibles, impuissants, et de fait, ils recherchent immédiatement et constamment du soutien de la part de leur entourage. Dans son modèle interne, le sujet insécure-anxieux a appris à maximiser ses demandes pour tenter de maîtriser l'indisponibilité de la figure d'attachement ; la recherche de proximité chez ces adultes à l'attachement anxieux se traduisant par demandes excessives d'attention et de réassurance peut induire du rejet chez l'entourage familial ou soignant.

Cela m'évoque ici le cas d'une dame qui était résidente dans une institution de la région et qui avait dû être hospitalisée dans notre unité de neuro-psycho-gériatrie, tant elle mettait en crise l'environnement soignant de sa résidence, faisant craquer les soignantes les unes après les autres, qui se dévouaient pourtant sans compter pour elle ! ; lors de l'hospitalisation, on a pu repérer que ce qui était au premier plan et qui était à l'origine de ces comportements ingérables, ce n'était pas ses troubles cognitifs mineurs, mais bien ses troubles de l'attachement : en effet, nous avons compris, dans le cadre des entretiens cliniques, que cette dame, sous l'effet de l'altération cognitive entraînant un début de perte d'autonomie, ressentait en réalité une destabilisation interne forte, et qui avait fait émerger pour elle, l'angoisse majeure de perdre le contact avec sa sœur : cette sœur, bien que vivant géographiquement éloignée, est apparue alors comme l'unique figure d'attachement de la patiente, qui était célibataire, sans enfant. En effet, alors qu'elles étaient petites, la guerre leur avait imposé une séparation avec leurs parents, un placement chez une parente lointaine, puis, à la fin de la guerre, s'y est ajouté l'abandon du père du foyer familial, laissant leur mère désespérée, et sans doute, peu en capacité psychique de les sécuriser émotionnellement... Au cours de ces événements, la sœur de Madame était donc devenue sa figure d'attachement principale, et, bien des années après, et bien que vivant loin, constituait encore sa figure d'attachement principale. Avec l'émergence des troubles cognitifs, la peur de perdre la capacité à conduire ou de prendre le train pour retrouver cette sœur, a ravivé l'attachement anxieux de la patiente ; la peur de perdre le lien à cette sœur protectrice et réconfortante s'est alors manifestée aux soignants de la résidence à travers ses comportements agressifs, hyperexigeants, voire tyranniques, et derrière les liens tyranniques on sait bien que se cachent bien souvent la détresse et l'angoisse d'abandon...

A l'inverse, pourrait-on dire (mais ça ne veut pas dire qu'ils sont plus faciles à apaiser !), les sujets insécures de style « évitant », ont tendance à nier leurs difficultés et ne cherchent pas à recevoir d'aide, puisque le sujet évitant a intégré l'idée qu'il « ne peut compter que sur lui-même » et essaie de garder le contrôle dans les situations de détresse ; en cas de stress ou de menace, il met en place ce qu'on appelle des stratégies de « désactivation » des systèmes d'attachement, qui ont pour objectif d'éviter la détresse et la frustration qu'entraîne l'indisponibilité de la figure d'attachement ; ces stratégies de désactivation incluent : le déni des besoins, le souhait de ne compter que sur soi de manière compulsive ainsi que le rejet ou mépris des besoins d'attachement. Ce sont souvent ces personnes qui refusent tout soutien, toute aide, qui se présentent comme hyperindépendantes : en réalité, toute proximité émotionnelle est évitée, car le sujet insécure-évitant n'a pas appris à la vivre de manière tranquille, sereine (cette proximité lui fait peur). Alors justement le problème, c'est quand la personne insécure-évitante, est confrontée à la dépendance et au besoin d'aide lors du grand âge :

C'est le cas de cet homme que j'ai rencontré, à l'aube de ses 80 ans, il y a quelques semaines en service de SSR, hospitalisé suite à un AVP, qui avait altéré son autonomie physique, alors qu'il était plutôt autonome auparavant : alors pour lui, la prise en soin a été compliquée, que ce soit pour les soignants, les rééducateurs, l'assistante sociale, les médecins et moi-même (!) car il présentait un style "évitant" sur le plan des attachements, avec donc d'un côté, un fonctionnement centré sur l'affirmation de son indépendance, et en même temps de nouveaux besoins d'aide au quotidien et la dépendance physique qui le contraignaient à s'appuyer sur les différents intervenants. Ceci le mettant dans une ambivalence bien difficile à supporter pour lui.

Il s'est alors défendu de ce conflit interne, soit par l'agressivité et une position autoritaire, visant la maîtrise avec les soignants, soit par la dépréciation, disqualification de l'aide proposée ou apportée. Ce qui était frappant, c'est le profond sentiment de solitude qui réémergeait pour lui dans cette situation régressive d'hospitalisation : « personne ne s'occupe de moi », « Vous savez, les gens vous laissent tomber quand vous êtes malade ». On sentait bien là qu'il s'agissait de schémas internes bien ancrés. Or, il pouvait à la fois se plaindre du manque de visites et déprécier totalement ce soutien quand ses proches, et sa fille notamment, se sont manifestés et sont venus le voir. On retrouve bien là cette modalité de l'évitant qui ne peut pas investir le soutien émotionnel de l'autre, qui se retire de la relation, pour ne pas souffrir bien sûr. J'ai retrouvé dans nos entretiens cliniques quelques furtives évocations de son histoire de vie qui pouvait éclairer cela : où il se dépeignait comme un homme solitaire, divorcé de longue date, ayant peu de lien antérieur avec sa fille; il était parti de chez ses parents très jeune, avait trouvé un apprentissage, est devenu artisan à son compte, voulant surtout « ne dépendre de personne », surtout pas d'un patron... ; et quant à son enfance avec ses parents, il évacuait rapidement la question : « oh, vous savez, ils ne s'occupaient pas trop de moi... », ajoutant « mon père était débordé par son travail ». On sentait chez lui une grande solitude affective, et d'ailleurs, lors des entretiens, paradoxalement, il sollicitait toute mon attention, toute ma disponibilité, dans une forme d'agrippement psychique ; et il m'a semblé que ce qu'il recherchait, c'était juste que quelqu'un, au fond, reçoive, entende sa plainte, sa détresse, ce qui n'avait sans doute jamais pu être possible dans la constitution de ses liens d'attachement. Vous voyez un peu l'enjeu

d'un travail psychothérapeutique...où l'on travaille avec la partie infantile blessée, carencée, qui reste en souffrance.

Les blessures de l'attachement lors de l'enfance peuvent donc être vivaces et perdurer jusqu'au grand âge, et être à l'origine de comportements, d'attitudes, qui viennent au final altérer, attaquer les liens actuels aux autres, tant ils peuvent être difficiles à comprendre, à supporter, mettant l'autre dans un vécu d'incompréhension, d'impuissance, de découragement, à satisfaire ou à aider...

Il est vrai que lors du grand âge, les situations ou contextes mobilisant les systèmes d'attachement ne manquent pas ! :

Ainsi, toutes les situations de **pathologies chroniques, invalidantes**, sont potentiellement des sources de stress, de menace pour l'intégrité physique et psychique de la personne.

On n'y pense pas toujours, mais la **chute**, fréquente lors du grand âge, et la situation de stress intense qu'elle peut produire lorsque la personne est seule, convoque aussi les systèmes d'attachement : au-delà de ses capacités physiques, va-t-elle essayer de se relever, quitte à ramper pour pouvoir s'en sortir ? si ce n'est pas possible, va-t-elle appeler à l'aide, quel qu'en soit le moyen (ce qui témoignerait d'un registre de liens sécurés) ? ou, au contraire, dans le cas d'attachements insécures, va-t-elle, comme certains de mes patients le décrivent, renoncer et rester au sol avec un immense sentiment de désespoir et d'abandon et penser que personne ne viendra à son secours ? Il me semble là que le vécu psychique de la chute en dit long sur les modèles internes opérants du sujet...

Les différents styles d'attachement peuvent également éclairer les multiples nuances que l'on retrouve dans la **clinique du deuil**. Certains deuils peuvent être ainsi entravés, compliqués en raison de liens insécures : en effet, les sujets évitants par exemple qui sont dans l'incapacité de reconnaître et d'exprimer leurs affects de tristesse, d'anxiété, liés à la perte de l'être cher, sont privés d'un précieux soutien émotionnel pour faire face à la situation de deuil. Les adultes âgés à l'attachement sécurés quant à eux, seront mieux à même d'activer des stratégies d'adaptation (coping) en terme de soutien émotionnel car les personnes sécurés accepteront bien mieux le réconfort, l'aide que peut procurer l'entourage.

Et bien sûr, lors de la **fin de vie**, l'angoisse du sujet peut être majorée ou rendue difficile à apaiser par des troubles de l'attachement préexistant, alors que des liens d'attachement sécurés permettent au sujet de s'appuyer sur la présence externe ou interne de ses figures d'attachement pour pouvoir s'en séparer définitivement.

Alors, justement, c'est en ce sens que, et ce sera mon dernier point, j'aimerais parler maintenant des figures d'attachement comme de véritables ressources psychiques et affectives pour le sujet âgé :

5- Les liens aux figures d'attachement : des ressources à valoriser et à renforcer :

En effet, même si l'on a vu que la qualité de l'attachement a une tendance significative à devenir stable dans le temps, certains chercheurs nous disent que la vieillesse serait une période particulièrement malléable et il est intéressant de voir qu'au cours du grand âge, dans son environnement actuel, le sujet âgé peut aussi réorganiser et constituer des liens privilégiés avec de nouvelles figures d'attachement :

- au niveau familial, on retrouve le conjoint, le partenaire amoureux, puis bien souvent, ce sont les enfants adultes qui deviennent, constituent les figures d'attachement du sujet, en devenant les caregivers (« donneurs de soin ») de leur parent, ce qui peut être perçu, peut-être à tort, uniquement comme un renversement des rôles (et là on sous-estimerait cette composante affective de l'attachement). On retrouve aussi les frères et sœurs qui, peut-être plus souvent qu'on ne croit, (re)deviennent des figures d'attachement même à distance.

- cela peut être un professionnel : on songe en établissement, en soins de longue durée, mais aussi à domicile bien sûr, à combien certains soignants ou personnel aidant, auxiliaires de vie, aides-ménagères, peuvent être investis comme de véritables figures d'attachement.

- le groupe peut être et reste également une figure d'attachement forte : groupe amical, club, association, anciens collègues, voire même le groupe de soin (en hôpital de jour par exemple, on voit en quelques semaines, des patients avec des troubles de l'attachement développer des liens de dépendance à l'équipe de soin ou au groupe de patients...). Le groupe d'appartenance constitue on le sait, un étayage interne, en ce sens aussi qu'il constitue un pôle d'attachement sécurisant pour le sujet.

- d'autres formes d'attachement ultimes apparaissent également assez spécifiques du grand âge : l'attachement aux lieux, à la maison, qui, on le sait, constitue une de nos enveloppes psychiques et peut-être fortement investi au grand âge comme véritable ancrage psychique offrant une base de sécurité (on a eu en court-séjour un exemple marquant de cela il y a quelques mois : un monsieur vivant à domicile pour qui son appartement semblait constituait son seul pôle d'attachement, après la mort de son fils ; cet homme avait vécu enfant dans des conditions de grande précarité, en roulotte, dans des conditions affectives très instables, et il nous décrivait que le jour où il a pu entrer dans un logement en dur cela avait constitué un véritable amarrage psychique pour lui. D'ailleurs après une phase de pseudo adaptation à la résidence, il n'a pas survécu très longtemps). Les animaux familiers également, et finalement aussi, « toute possession symbolique pouvant être précieuse et accessible pour répondre au besoin d'attachement ».

Ex : ainsi aux derniers moments de sa vie, une patiente, veuve, seule, très anxieuse à l'idée de mourir, a pu garder contre elle, une peluche que lui avait offert son mari, et qui, nous l'avons constaté, a eu la fonction de la relier mentalement à cette figure d'attachement à laquelle elle était liée de façon fusionnelle. Ce petit lion-peluche a été un des meilleurs supports de réconfort et de sécurité pour cette femme les jours précédents sa mort.

Alors certains auteurs (Cicirelli) soulignent en effet l'importance de l'attachement symbolique à cette période tardive de la vie :

- ainsi, la **religion** : pour le croyant, la figure de Dieu, dans sa dimension de présence permanente, ressentie comme un appui, un secours toujours fiable, peut constituer une figure d'attachement ultime, à laquelle le sujet fait appel en cas de détresse, de difficulté, et notamment lors de la fin de sa vie.

- La **pensée** : c'est-à-dire « la puissance de l'évocation mentale, qui, en cas d'absence prolongée de la figure d'attachement, peut permettre au sujet de retrouver/restaurer un sentiment de sécurité identique à celui qu'il trouvait en sa présence réelle ». Ainsi, par exemple, continuer de convoquer mentalement son compagnon ou compagne perdu.e, permet de trouver du réconfort psychique. L'activation de la zone interne de sécurité peut ainsi provenir de l'évocation de ces pensées réconfortantes (« ce que me dirait ma figure d'attachement », « qu'est-ce qu'elle me conseillerait ? »). Continuer de parler de s'adresser mentalement à son conjoint disparu ne me semble ainsi pas toujours le signe d'un deuil pathologique...mais peut constituer bien au contraire une stratégie adaptative.

Ces figures d'attachement plus symboliques, mais tout aussi fonctionnelles, nous amènent à ce qu'on appelle les « îlot de sécurité », qui sont des « représentation de sécurité », au sein du psychisme individuel ; ces « ilots de sécurité » peuvent être activés, procurés, par des liens réels, actuels, correctifs ou supplétifs, mais aussi par des **comportements ou activités autocalmants**, c'est-à-dire, des activités apaisantes ou renarcissisantes pour soi, comme écouter sa musique préférée, contempler un paysage, dessiner, se plonger dans une lecture, ou dans une rêverie, ou tout simplement avoir à portée de regard la photo de l'être cher.. etc ; je peux témoigner ici que dans le soin, même pour les personnes atteintes de troubles cognitifs sévères, ou avec des pathologies psychiques, des vécus traumatiques, il est possible de mobiliser ces espaces internes sécurisés, cela, grâce à ce qu'on appelle les « médiations » : ainsi, la musique, le toucher...pour ne citer que celles-ci, peuvent constituer un accès à sa/ses figures d'attachement, ou bien permettre à la personne de retrouver du « familier », du « connu », ce qui, dans son monde interne chaotique et désorganisé par les troubles cognitifs, va lui permettre de retrouver une sécurité ressentie et l'apaiser. C'est l'effet réconfortant de la petite « madeleine de Proust » !

Ex : en neuropsychogériatrie, groupe médiatisé pour des patients ayant des pathologies neurodégénératives avancées ; écouter des musiques ou chansons peut leur rappeler des souvenirs autobiographiques bien sûr, mais surtout les reconnecter à des parties d'eux-mêmes pouvant les apaiser, les sécuriser (c'est des « retrouvailles avec soi », ou avec des êtres chers). Pour donner un autre exemple, une aide-soignante évoquait l'autre jour en formation que tous les soirs, au moment du coucher, elle faisait l'expérience de caresser avec douceur la joue d'une résidente ayant d'importants troubles du comportement, et combien ce geste semblait la calmer et la rassurer, sans doute parce que cela la reconnectait avec des expériences sécurisantes antérieures. Il est bien sûr important de réfléchir à ce que l'on fait, de faire preuve de tact et de discerner ce que cela fait vivre à l'autre...

6- Conclusion :

Réactiver ces liens sécurisants constitue donc une ressource, un allié précieux contre la détresse, l'angoisse de perte, les différents stress du grand âge, un schéma interne vers lequel on se tourne en cas de besoin, comme élément de régulation émotionnelle. Ces systèmes d'attachement réactivés lors du grand âge, nous l'avons vu, sont donc à comprendre comme une réponse adaptative et l'expression de stratégies habituelles du sujet pour retrouver un sentiment de sécurité face à un stress ou une situation de « danger ». Et il semble essentiel de concevoir **la sécurité de base comme une potentielles ressource de la santé psychique**, qui, selon les cas, sera à préserver ou à consolider :

Et ça, c'est très intéressant pour tous ceux.celles qui interviennent auprès d'adultes âgés : on peut ainsi chercher des moyens d'activer cette zone de sécurité de base pour les plus sécures, ou bien contribuer à pallier, à consolider ce qui peut continuer d'être opérant dans la vie psychique et affective des sujets plus insécures. Car même en cas d'attachements insécures, nous pouvons continuer de chercher avec la personne un « havre de paix ». Une de nos collègues psychothérapeute stéphanoise, Gwenaëlle Persiaux qui a beaucoup travaillé cette question avec des adultes jeunes, nous le dit : « Il faut se rappeler que même dans les cas de désorganisation, de traumatismes du lien graves, la personne peut avoir connu ou connaître un tuteur de résilience ; elle a pu s'appuyer sur une idée, un imaginaire, une activité (lecture, sport..), une croyance, qui lui a permis de tenir le coup...tout simplement car sinon, la personne ne serait plus là. »

En cas d'attachements insécures, le sujet a le plus souvent besoin d'une relation de soutien émotionnel corrective, comme c'est le cas dans le cadre d'une relation psychothérapique, qui devient une relation d'attachement en soi, fondée sur l'intimité et la proximité émotionnelle, et qui est une des voies privilégiées pour permettre de modifier les modèles internes opérants. Mais entreprendre une thérapie au grand âge, n'est pas toujours possible. Il faut rappeler alors qu'à tout âge, il est néanmoins possible de créer, dans le présent, des liens d'attachement supplétifs, impliquant soutien, consolation et partage émotionnel, ou procurer des havres de paix qui vont être sécurisants pour le sujet.

Quelle que soit notre fonction, familles ou professionnels, engagés dans le lien aux âgés, nous pouvons donc intégrer cette dimension de l'attachement comme une composante psychoaffective majeure chez nos aînés ; nous sommes tous en mesure de prendre soin de ces liens affectifs fondamentaux, quelle que soit notre place, en essayant de mieux les repérer, afin de proposer des expériences relationnelles adaptées, que l'adulte âgé, même au cœur de la dépendance, de la vulnérabilité, pourra investir et intérioriser, comme autant de liens humanisants et vitalisants.