

L'attachement chez le sujet âgé

Late-life attachment

MÉLANIE FREITAS¹
HASSAN RAHIOUI²

¹ Unité mobile de psychiatrie
du sujet âgé, Paris, France
<Melanie.freitas.pro@gmail.com>

² Pôle psychiatrique du 7^e
arrondissement, Centre hospitalier
Sainte-Anne, Paris, France

Tirés à part :
M. Freitas

Résumé. L'avancée en âge fait partie de ces moments de transition que l'être humain doit savoir négocier. Ce passage est également susceptible de générer une crise dans l'existence de l'individu, car il apporte son lot de vulnérabilités et de renoncements qui vont perturber la sécurité interne du sujet. Ces remaniements sont source de stress et vont fortement activer ce qu'on appelle le système d'attachement, un mécanisme de régulation interpersonnelle permettant d'exprimer de façon adaptée les attentes et les besoins relationnels envers une figure d'attachement, une personne soutenance, capable de garantir une disponibilité suffisante, en mesure de porter une attention toute particulière. Dès lors, pour résoudre cette crise liée au vieillissement, il sera nécessaire de soutenir le sujet en difficulté pour favoriser un réaménagement au niveau de ses liens d'attachement. De nombreux travaux reconnaissent l'intérêt de la théorie d'attachement pour comprendre cette transition vers le grand âge, mais sans aller jusqu'à proposer un cadre conceptuel. Cet article vise justement à faire part de ces études, illustrées de notre expérience clinique, afin de mieux comprendre les spécificités du sujet âgé en termes d'attachement, et ainsi mieux les intégrer à un modèle de prise en charge thérapeutique pour cette population.

Mots clés : attachement, système d'attachement, modèles internes opérants (MIO), dépendance, régulation émotionnelle interpersonnelle

Abstract. *Old age is likely to cause a crisis in one's life because of the vulnerabilities it brings up, acting as stressful elements disrupting the elder's feeling of security. It leads to the activation of what is called his attachment system, consisting in attachment styles and interpersonal emotional regulation strategies. To recover a higher sense of safety, the elder would refer to his attachment figures, that is to say closed people paying attention to him, showing towards him availability and consideration. However older adults particularly see their tolerance threshold lowered, regarding an accumulation of losses (true or symbolic) and stressful events within their lifetime. In a psychological and organic exhaustion phenomenon, the risk is to wear out the interpersonal emotional regulation strategies. These are as much vulnerabilities that may increase psychiatric decompensation, including depression. To resolve the tension of this period and to found a necessary secure feeling, the elder will have to redesign the attachment links previously settled and proceed to adjustments to this new context. The need of relational closeness comes back in the elders' attachment behaviour, counting on attachment figures not only to help their loneliness or dependency, but essentially to support them in a narcissist and affective way. That is why attachment theory enlightens the late life period, such as the new challenges older adults have to face. Many studies recognize its value in understanding the transition to old age, but without proposing conceptualization. We aim first to focus on attachment conception to say how much it is relevant with elderly, and then to describe specific terms of attachment within this population in order to better understand those patients. To finish, we must think about new therapeutic proposals taking into consideration the attachment perspective for a better understanding of old age transition.*

Key words: attachment, attachment system, internal working model, dependency, interpersonal emotional regulation

Le temps de la vieillesse, comme tout nouveau stade de vie, est susceptible de générer une crise psychique en raison de l'apparition de vulnérabilités liées à l'âge, provoquant chez le sujet soumis à ces variations, une rupture d'équilibre. Les nombreux renoncements et incertitudes constituent d'importants facteurs stressants pour le sujet, activant son « système d'attachement »

pour maintenir un sentiment de sécurité interne. Ce phénomène se traduit par la recherche de proximité envers une figure d'attachement pour parvenir à la résolution de cette crise. Or cela ne va pas de soi ; tout dépend de la nature des liens établis avec cette personne, des attentes du sujet et de la manière dont l'aide est recherchée. Le style d'attachement, de type sécuritaire et non sécuritaire,

regroupe toutes ces variables interrelationnelles, et est sous-tendu par une modalité interactionnelle spécifique à chacun d'entre nous. Les remaniements nécessaires pour s'adapter à ce contexte mettent à l'épreuve le socle des styles d'attachement. Une remise en question du fonctionnement antérieur, risquant de devenir inopérant, s'impose au sujet vieillissant pour pouvoir s'adapter à son nouveau statut. L'éclairage apporté par les liens d'attachement et leur évolution est particulièrement pertinent pour affiner la compréhension psychopathologique des troubles au temps de la vieillesse et ainsi pouvoir proposer un modèle thérapeutique plus adapté. Dans notre exposé, nous résumons la conception théorique de l'attachement pour évoquer ensuite l'importance de son implication dans le champ de la vieillesse. Après avoir décrit quelques particularités de l'attachement du sujet âgé, nous nous interrogerons sur les propositions thérapeutiques à formuler.

La théorie de l'attachement

Cette conception théorique, développée par le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby, décrit l'attachement comme un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui, appliqué dès le plus jeune âge [1]. L'enfant naît social et se construit au moyen des expériences relationnelles avec les personnes significatives qui l'entourent. Les interactions précoces vont participer à la constitution de modèles de représentations mentales de soi et des autres, appelés modèles internes opérants (MIO). En grande partie inconscients, ils se maintiennent tout au long de la vie. Ils vont servir de base à l'enfant pour ses relations futures et colorent aussi toutes les interactions du sujet au cours de son existence. Ces MIO sont réactivés à chaque événement de vie stressant, jouant un rôle important de régulation émotionnelle pour résoudre l'état de tension et rétablir un sentiment de sécurité [2]. Bartholomew et Horowitz [3] ont défini des styles d'attachement chez l'adulte, à partir des modèles de soi et des autres développés par le sujet. Ces MIO sont relatifs, d'une part, au sentiment d'être digne ou indigne d'être aimé et, d'autre part, à la disponibilité et la fiabilité d'autrui. En combinant les différentes modalités d'intégration de ces représentations, les auteurs arrivent à une classification en quatre catégories : *sécuré* (modèle de soi et des autres positifs), *préoccupé* (modèle de soi négatif et modèle des autres positif), *détaché* (modèle de soi positif et modèle des autres négatif) et *crainitif* (modèle de soi et des autres négatif). Lorsque le système d'attachement se trouve réactivé par un événement stressant, le sujet attaché de manière insécure va déployer des stratégies de régulation émotionnelle

interpersonnelle de l'ordre de l'hyperactivation ou de la désactivation. Or, ces stratégies inadaptées sont susceptibles de conduire le sujet à un épuisement émotionnel et favoriser l'émergence de symptômes dépressifs [4]. De la même manière, les expériences de perte ou de séparation actuelles constituent des facteurs de risque de décompensation dépressive, et constituent plutôt des facteurs de vulnérabilité lorsqu'elles sont vécues à un stade précoce [5]. Le contexte de pertes étant particulièrement saillant dans l'expérience de l'avancée en âge, il est nécessaire de s'y intéresser à l'aune de l'attachement, en portant attention aux modifications ou aux nouvelles mobilisations des modalités d'attachement parmi cette population.

Mobilisation de l'attachement dans la vieillesse

Évolution de la qualité d'attachement

La sécurité d'attachement est directement influencée par la nature des MIO. Les individus *sécurés* peuvent s'appuyer sur de bonnes assises intérieures et se considèrent comme valant la peine qu'on leur porte attention, tout en ayant confiance en la disponibilité et le soutien apporté par les autres. Ces individus deviennent progressivement moins dépendants de sources externes d'attachement et acquièrent une sécurité interne [6]. Au cours du vieillissement, on évoque une stabilité, voire une possibilité d'augmentation, de la sécurité d'attachement [7]. Au contraire, parmi les individus insécures, les *préoccupés* ont constitué des modèles de représentation selon lesquels ils s'accordent peu de valeurs à eux-mêmes, mais ont tendance à idéaliser la valeur de l'autre en termes de disponibilité et de réceptivité, ce qui crée un déséquilibre générateur d'anxiété et d'hyperactivation émotionnelle interpersonnelle. Chez les *détachés*, les représentations de soi semblent meilleures – mais ne sont probablement qu'un trompe-l'œil – tandis que celles des autres sont plus négatives. Le sujet a alors tendance à ne compter que sur lui-même en raison d'un manque de fiabilité perçu chez les autres et à opérer une désactivation émotionnelle, un évitement dans ses relations interpersonnelles. L'anxiété et l'évitement dans le comportement d'attachement peuvent rester stables ou même augmenter, si de mauvaises expériences viennent conforter les croyances de l'individu à propos des autres ou de lui-même [8]. Mais des potentialités évolutives sont mentionnées dans le sens d'un apaisement de l'anxiété ou du besoin de désactivation émotionnelle dans les relations interpersonnelles, car avec l'âge notamment, certains sujets parviennent à percevoir que

les autres peuvent être réactifs et aidants [9]. Cette tendance pourrait participer à une certaine modification dans le sens d'un assouplissement des représentations inconscientes internalisées [9], et peut-être même résulter en une meilleure sécurité d'attachement acquise avec l'âge, si l'environnement immédiat était suffisamment contenant et sécurisant [10].

Outre les représentations internalisées : nécessité d'une proximité physique

Le besoin d'un contact physique régulier revient dans le comportement d'attachement du sujet âgé et rappelle les premiers stades de la vie où les enfants ont besoin d'un contact qui soit direct et fréquent avec les personnes qui leur prodiguent soin et attention. Ce besoin d'immédiateté tend à diminuer de manière normale à l'âge adulte, car l'individu est mieux équipé pour se représenter symboliquement ses figures d'attachement. La notion de disponibilité de la figure d'attachement est alors plus abstraite et ne requiert plus un contact immédiat et constant [11]. Toutefois, cette tendance s'inverse avec l'âge, car les personnes ayant constitué les premières figures d'attachement sont généralement décédées, elles appartiennent à un temps révolu et n'existent plus que sur le plan symbolique. L'adulte âgé peut tout de même s'appuyer sur les représentations internalisées et inconscientes de ces figures décédées, à visée de soutien, mais peut difficilement s'en contenter. Néanmoins, la proximité disons symbolique – représentée à travers des pensées, des souvenirs de proximité ou de valeurs partagées avec les figures d'attachement – ne suffit plus pour générer un sentiment de sécurité suffisant [12, 13]. D'autant que cette représentation symbolique n'a pas la possibilité d'être renforcée par une communication directe, comme ce pourrait être le cas pour un adulte plus jeune. D'où la nécessité pour lui de retrouver, dans sa réalité actuelle, des figures d'attachement qui remplissent un rôle de soutien affectif et relationnel.

Attachement et narcissisme dans le contexte du vieillissement

L'enjeu des pertes physiques et cognitives liées à la vieillesse va solliciter le sujet sur le plan du narcissisme. Initialement considéré comme "l'amour porté à soi" par Freud, on considère que le narcissisme revêt deux autres dimensions, celles de la confiance en soi et de l'estime de soi [14] qui sont mises à rude épreuve avec les changements imposés par le vieillissement. La confiance en soi a trait au sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire au sentiment de pouvoir compter sur soi-même, sans

l'autre, le sentiment d'avoir des compétences de survie, d'apprentissage et d'adaptation. L'estime de soi est construite à l'enfance, à partir de la base de sécurité établie par les figures d'attachement, et à partir du sentiment d'avoir été aimé par celles-ci. Elle a plutôt à voir avec la valeur qu'un sujet s'attribue : à quel niveau il se voit comme valant la peine et méritant des efforts de la part d'autrui, comme une personne significative et digne d'être aimée. À cette période avancée de la vie, la problématique de l'estime de soi est réactualisée probablement de manière beaucoup plus profonde qu'elle ne l'a été à chaque période de crise et de remaniement, car cette fois s'y ajoute la dimension de la mort, et la manière dont le sujet est capable de l'appréhender. En effet, à l'adolescence ou à l'âge adulte, l'estime de soi se joue en termes d'*être digne ou non d'être aimé par l'autre*. Mais à un âge avancé, l'attachement est sollicité plutôt par le sentiment d'*être digne ou indigne de vivre* pour certains, et par la peur de la mort pour d'autres.

Les modèles de représentations internalisées en fonction de leur qualité et de leur potentiel de sécurité vont encourager ou, au contraire, vont entraver le travail d'intégration de ces nouvelles limitations. Le sujet âgé va donc être amené à vivre les changements imposés par la vieillesse avec son environnement actuel, mais à la lumière de ses expériences d'enfant, d'où la nécessité de pouvoir compter sur des assises narcissiques sécurisantes. Alors pour ceux qui n'ont pas réglé leur insécurité, il sera d'autant plus compliqué d'appréhender la réactualisation de la problématique de l'estime de soi et cette question existentielle de la mort. C'est ce qui vient faire le lien avec la psychopathologie dépressive du sujet âgé. Cette pathologie a été beaucoup étudiée dans la population âgée, mais on en sait moins sur l'angoisse de mort à cet âge, et la question de la mort, dans l'attachement du sujet âgé, reste peu abordée [15]. Tomer [16] définit l'angoisse de mort comme l'anxiété qu'une personne ressent quotidiennement en conséquence d'une anticipation de la mort. C'est un état permanent, qui contraste avec une peur plus aiguë suscitée par une menace immédiate. De plus hauts niveaux d'angoisse de mort chez les sujets âgés sont associés à un nombre plus important de problèmes physiques et psychologiques [15].

Distinction entre attachement et dépendance

Nous évoquons beaucoup la nécessité de considérer l'attachement pour mieux comprendre l'avancée en âge. Néanmoins, dans cette perspective, une distinction importante doit être opérée entre attachement et dépendance. Bowlby a opéré cette distinction à partir du lien

spécifique entre un enfant et son donneur de soins [1]. Selon lui, le comportement d'attachement se construit en référence à une figure d'attachement et au lien spécifique entretenu avec elle. La dépendance, au contraire, revêt un caractère beaucoup plus généraliste, sans ciblage sur le lien d'attachement existant. Ainsi un enfant peut être dépendant de son *caregiver* avant d'y être attaché, ou encore être dépendant du soin prodigué par certains étrangers sans pour autant leur être attaché comme il l'est en parallèle envers ses figures d'attachement [17]. L'analogie peut être faite avec le sujet âgé qui, pour pallier sa dépendance croissante, peut recevoir des soins prodigués par d'autres personnes, sans que celles-ci ne constituent des figures d'attachement. De la même manière, des personnes peuvent progressivement acquérir ce statut avec pour fonction de réduire le stress et de participer au niveau de sécurité interne, en plus de leur fonction « soignante » initiale. Cela rejoint la notion de *neediness* (dépendance émotionnelle), exprimant un besoin d'attention inadapté et la notion de *connectedness* (connectivité relationnelle) exprimant une orientation relationnelle normale [18]. La dépendance entretient le sentiment d'une autonomie entravée et fait planer un doute sur la disponibilité des personnes dont le sujet dépend, suscitant un sentiment d'impuissance favorable à l'activation du système d'attachement. L'attachement, au contraire, revêt envers la figure d'attachement une notion de confiance en sa disponibilité, source de réassurance pour le sujet. Confronté à une insécurité fondamentale telle que le vieillissement, le sujet nécessite un soutien en termes d'attachement. C'est pourquoi l'entourage est significatif seulement s'il ne se contente pas de faire acte de présence autour de son proche âgé. Cette distinction prend donc une grande importance dans le contexte du sujet vieillissant, pour lequel apporter une réponse uniquement au problème de la dépendance ou de la solitude n'est pas suffisant : l'entourage a pour fonction de soutenir le narcissisme.

Épuisement des stratégies d'attachement et risques de décompensation

Au cours du vieillissement, le risque de décompensation psychique, notamment dépressive, est favorisé par le risque d'épuisement des stratégies d'attachement. En effet, en raison d'un effet d'accumulation de pertes (réelles ou symboliques) et d'événements générateurs de stress, le seuil de tolérance du sujet diminue. Dans un phénomène normal d'usure psychique et organique, les ressources protectrices du sujet se trouvent amoindries, les stratégies d'attachement peuvent alors se trouver submergées et

entraîner un effondrement dépressif. Celui-ci est parfois attribué à un événement pouvant paraître anodin, mais qui serait « la fois de trop », comme le disent souvent les personnes âgées. Bien que la dépression soit favorisée par l'insécurité d'attachement, et ce à tout âge, elle peut néanmoins se manifester malgré la sécurité d'attachement d'un sujet, lorsque son seuil de tolérance est dépassé et que ses stratégies, pourtant adaptées, s'épuisent. Chez le sujet âgé, le risque d'épuisement des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle semble d'autant plus important car les multiples pertes subies constituent tout autant de sources de stress, qui réactivent les besoins d'attachement du sujet. Le système d'attachement se trouve sollicité de manière accrue et en retour, en raison de leur suractivation, les stratégies de régulation peinent à contenir le stress. Le sujet doit alors trouver un support pour alimenter ses intériorisations défailantes, d'où un besoin d'accordage avec une ou deux figures d'attachement stables.

Le fonctionnement du sujet âgé à l'aune de l'attachement

Le premier cercle relationnel : le conjoint et les enfants

Les bouleversements liés à la vieillesse touchent le système d'attachement à plusieurs niveaux. Premièrement, le sujet est touché dans son rapport à soi en raison de l'apparition des signes corporels et cognitifs du vieillissement, qui bousculent le sentiment de sécurité interne. Contrairement à une autre période particulièrement significative, telle que l'adolescence, ces modifications se font plutôt dans le sens d'un amenuisement des aptitudes et amènent le sujet à envisager sa propre perte, cette idée suscitant plus ou moins d'angoisse, de rejet ou d'acceptation. L'insécurité d'attachement va venir perturber l'intégration de ces nouvelles expériences, entretenant une inquiétude, des thèmes négatifs, et des difficultés pour lier le passé avec des projections positives vers le futur [19]. Malgré un grand nombre et une variété importante d'atteintes individuelles dans la vieillesse, donc de facteurs de stress, l'insécurité d'attachement vécue par un sujet âgé n'est pas due à cette période en soi. La compréhension d'une insécurité d'attachement n'est pas à rechercher dans la vieillesse, mais bien dans les expériences d'attachement précoces et dans l'empreinte qu'elles ont laissée. Les éléments plus spécifiquement liés à l'âge résident dans la nature des angoisses et la variabilité des événements stressants. Par exemple, des représentations internalisées empreintes d'insécurité seront énoncées dans le

vocabulaire du sujet âgé, avec les préoccupations qui sont celles de cette période, mais, au fond, elles auront une base ancienne d'insécurité. Certaines personnes sont parvenues à fonctionner sur un mode *sécuré* jusqu'à cette nouvelle période de réaménagement psychique et ne révèlent leur insécurité que tardivement. Elles se sont en quelques sortes maintenues grâce à des ressources personnelles et interpersonnelles sur lesquelles elles se sont appuyées (l'identité dans la famille, l'identité professionnelle, le rôle social, le fait d'être actif...), puis la période de la vieillesse et le stress qu'elle génère ont pu venir perturber le sujet, remettre en cause une sécurité interne qui donnait l'illusion d'être solide, mais dont les fondations étaient finalement précaires, ouvrant la porte à une possible décompensation psychique.

Deuxièmement, les modifications liées à l'âge touchent le sujet dans son lien d'attachement au partenaire conjugal. Le destin de cette figure d'attachement, elle aussi vieillissante, suscite généralement beaucoup d'émoi pour le sujet âgé. L'identité, le sentiment de continuité de soi et le sentiment de sécurité interne sont beaucoup alimentés par l'intimité avec le conjoint. Les transformations de la vie et du vieillissement sont des potentielles sources de stress qui peuvent perturber le sentiment d'unité et l'équilibre du couple, tout comme le fonctionnement dyadique. Des liens d'attachement *sécurés* constituent un facteur de protection et peuvent conduire à des stratégies relationnelles adaptées. Au contraire chez les *insécurés*, des liens d'attachement anxieux vont favoriser une relation dyadique excluant le tiers, alors que dans l'évitement on retrouve une répression des besoins de tendresse dans une visée protectrice. La vie relationnelle du couple âgé *insécuré* tend à se rigidifier, les interactions étant réduites à des stéréotypes comportementaux, à une ritualisation excessive et au repli sur un intime du couple appauvri [19].

Troisièmement, le sujet vieillissant est également touché dans le lien qu'il entretient avec la génération descendante. Il expérimente de nouvelles positions familiales qui vont venir impacter la dynamique du système d'attachement. Généralement, l'individu n'est plus la figure d'attachement principale de ses enfants, car ils ont trouvé dans leur entourage social de nouvelles personnes pour garantir leur sécurité d'attachement. Cette modification dans l'entourage, suscitant parfois chez le parent âgé le sentiment d'être relégué au second plan, peut aussi lui offrir une nouvelle opportunité d'être en position de *caregiver*, comme figure d'attachement secondaire [19]. Néanmoins, l'acquisition de ce nouveau statut nécessite lui aussi un important travail d'intégration psychique, car cette nouvelle position peut réactiver des insécurités qui n'auraient pas été traitées jusque-là.

D'autres types de liens interpersonnels

Le panel des figures d'attachement a subi au fil de l'existence des modifications considérables chez le sujet âgé. Généralement, les adultes âgés ont un nombre réduit de relations d'attachement comparé aux plus jeunes, en raison de pertes subies parmi les personnes significatives. Des pertes réelles, ou plus symboliques, lorsque la dégradation de son état empêche le sujet de maintenir ses relations ou d'en initier de nouvelles [20]. Des auteurs évoquent également la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle : en vieillissant, les gens réduiraient le nombre de relations proches et accentueraient dans leurs relations la satisfaction de buts émotionnels par rapport aux buts instrumentaux [21]. Les relations seraient donc moins nombreuses, mais le sujet âgé compterait sur des bénéfices émotionnels spécifiques dans les relations restantes.

Ensuite, dans la vieillesse, le sujet est l'objet d'une inversion générationnelle dans la mesure où l'attachement à de nouvelles figures concerne essentiellement des figures plus jeunes [20]. Cela concerne particulièrement les enfants adultes, amenés à prendre soin de leur proche parent âgé et devenant à certains égards, *les parents de leurs parents*, dans une relation qui s'assymétrise avec l'âge. Cette inversion des rôles est d'autant plus éprouvante à vivre pour l'un et pour l'autre lorsque les liens d'attachement ont été construits sur un mode *insécuré*. On remarque aussi une plus grande diversité dans l'identité et la nature des personnes remplissant une ou plusieurs fonctions d'attachement pour le sujet âgé en comparaison avec des individus plus jeunes [22].

Le sujet vieillissant présente également la particularité de mettre en place des stratégies adaptatives lorsqu'il ne parvient à trouver dans son environnement de quoi satisfaire ses besoins d'attachement [23]. Elles consistent notamment en une dérivation de l'attachement, où celui-ci ne vise plus forcément des personnes réelles, mais des supports suffisamment investis pour constituer des équivalents d'attachement. La dérivation de l'attachement vise plus volontiers des figures symboliques comme Dieu, un être cher décédé, des figures du passé, ou bien même un animal domestique ou des objets personnels [24]. En termes d'accompagnement, cette pluralité doit être prise en compte afin de ne pas manquer certaines figures en apparence anodines, mais qui auraient un caractère notable pour l'aîné en termes d'attachement. Appauvri en raison des pertes subies, le panel des figures d'attachement peut également s'enrichir de nouvelles figures ayant émergé. Par ailleurs, les personnes âgées deviennent plus attachées à leur cadre familial et à leur lieu de vie [25]. Dans la mesure où un grand nombre d'entre elles sont amenées à quitter

leur domicile à un certain moment, plus de recherches sont nécessaires pour déterminer si l'attachement à des lieux comporte des similitudes avec l'attachement envers des personnes. Mais dans un environnement lui-même impacté par de nouvelles conditions liées au vieillissement, ces dérivations d'attachement ne suffisent pas toujours pour retrouver un sentiment de sécurité.

Interactions interpersonnelles

Dans l'avancée en âge, l'entourage devient progressivement le garant d'interactions productives dites « tardives », par analogie aux interactions précoces du nourrisson, dans la mesure où la vectorisation des échanges change de sens par rapport aux premiers échanges [19]. Le nourrisson active le comportement d'attachement de ses donneurs de soin en les sollicitant par l'expression spontanée de ses besoins et ceux-ci cherchent à stimuler les capacités cérébrales naissantes de l'enfant. Le sujet âgé, au contraire, ne communique pas aussi spontanément ses états et s'exprime grâce à l'attention qu'on lui porte. Sans stimulation externe, il risque de perdre sa capacité d'ouverture, de se retirer du monde et de la vie sociale. Ces interactions interpersonnelles ont donc vocation à maintenir la pensée du sujet en éveil, à mobiliser sa vie affective et une vie intersubjective riche, capable de soutenir son identité [19]. La qualité de ces interactions est donc primordiale dans le vieillissement, mais elle ne dépend pas que de l'environnement. Le sujet âgé lui-même doit composer avec des attachements suffisamment sécurisés pour laisser à son entourage, et aux interactions qu'il produirait, une possible existence dans sa réalité.

Fonction de « prendre soin » dans le vieillissement

La fonction de *caregiving*, « prendre soin », du proche âgé revient naturellement au donneur de soins, généralement le conjoint ou le descendant. Géraldine Pierron [23] aborde la question de la relation d'aide dans sa dimension psychique, et dégage deux grands axes autour de la culpabilité de l'aidant. Chez les conjoints, presque une honte, tournée davantage vers l'idéal, le sens du devoir et l'omnipotence, entravant l'acceptation des aides extérieures. Chez les descendants, cette culpabilité semblerait liée davantage à un sentiment de dette et de devoir, avec toutefois une plus grande facilité à conjuguer leur désir de réparation avec l'intervention d'une aide extérieure.

Par ailleurs, les difficultés vécues par l'aidant sont également en lien avec sa sécurité d'attachement. Chez les

enfants adultes, le niveau de souffrance ressentie est moins important chez les aidants *sécurés* et, au contraire, l'insécurité est davantage associée avec le sentiment de fardeau, avec l'anxiété, la dépression et le stress [26]. D'autre part, la quantité et la qualité des soins prodigués au proche âgé sont positivement influencées lorsque le *caregiver* présente un attachement *sécuré*, mais le sont négativement lorsqu'il est *insécuré* [23]. La modalité *insécuré* est également associée à moins de soutien émotionnel et instrumental offert au parent âgé, ce qui est le contraire avec un attachement *sécuré*. On constate dans l'évitement moins de sensibilité dans les soins, tandis que les soins sont prodigués de manière plus compulsive dans l'anxiété d'attachement. Par ailleurs, les *caregivers sécurés* sont capables d'accorder leur confiance à des professionnels alors qu'au contraire, les *insécurés* se montrent anxieux, envahissants voire agressifs avec les tiers professionnels [19].

La fonction de *caregiving* est également remplie par le sujet âgé lui-même, car malgré l'inversion générationnelle appliquée aux liens d'attachement, ou malgré la dépendance, le comportement de *caregiving* du sujet âgé est toujours opérationnel. L'attention qu'il est capable de porter à sa figure d'attachement vient donc souligner la qualité de son propre système d'attachement [23]. Contrairement aux *insécurés*, les aînés *sécurés* se montrent sensibles et réactifs aux signes de détresse manifestés par leurs *caregivers*, et sont capables de leur offrir attention et soutien pour alléger leur peine [27]. Ce comportement résulte de leur aptitude à s'auto-apaiser et d'une capacité de régulation cognitive et affective pour reporter leur satisfaction personnelle à plus tard. Ceci leur permet d'aller au-delà de leurs propres besoins d'attachement et, à la place, de satisfaire ceux de leur aidant, dépassé et activant son propre système d'attachement [9]. Cette fonction de *caregiving* vient faire écho au rôle antérieur de figure d'attachement principale pour leurs propres enfants, en y ajoutant toutefois une dimension de *prendre soin des personnes qui prennent soin de soi*.

Enfin, le comportement de *caregiving* de l'aidant envers le sujet âgé est intimement lié à la manière dont celui-ci recherche les soins. Une personne *sécuré* active son comportement d'attachement pour répondre à un vrai besoin de soin et de soutien. Le type et la quantité de recherche de proximité ou d'attention sont proportionnels à l'importance de la menace ressentie. Le sujet étant capable ensuite de désactiver le système d'attachement après qu'une aide appropriée lui a permis d'apaiser son état de détresse passager [23]. Au contraire, les *insécurés* n'ont pas cette flexibilité dans leur comportement d'attachement. Les *évitants* ont, par exemple, tendance à minimiser leur

détresse et à refréner la recherche d'aide, essayant ainsi de désactiver leurs besoins d'attachement, au point même parfois de rejeter ou minimiser l'importance du soutien lorsqu'il est offert. Ils sont également moins à l'écoute de la détresse et du sentiment de fardeau ressenti par leur figure d'attachement, tentant ainsi d'inhiber un comportement de *caregiving* envers elle. Les *anxieux* expérimentent à l'inverse une forte activation de leur système d'attachement face à toute détresse perçue, à outrance. Obéissant à une stratégie d'hyperactivation émotionnelle, ils s'engagent dans un comportement constant de recherche de soin, au risque d'épuiser l'aidant. Ils risquent, d'autre part, d'inhiber l'activation de leur système de *caregiving* quand leur figure d'attachement expérimente un sentiment de détresse, de fardeau ou un risque de *burn out* [23]. C'est pourquoi la recherche de soins émise de la part du sujet âgé est, là encore, révélatrice de la qualité de son attachement. Elle vient en retour influencer la qualité des soins reçus, dans un lien éminemment bidirectionnel entre ces deux acteurs, une influence mutuelle malgré les échanges asymétriques.

Prise en charge thérapeutique

On dénombre assez peu de travaux consacrés à l'attachement chez le sujet âgé, mais surtout on constate une grande variabilité des outils de mesure. Or, les échelles, qui mesurent chacune différentes variables en lien avec l'attachement, sont difficilement comparables entre elles. De plus, elles sont souvent administrées en auto-évaluation, et sont de nature unidimensionnelle, ce qui pose question quant à l'interprétation qui peut en être faite [23]. Par ailleurs, comme le soulignent Karantzas et Simpson [23], beaucoup de chercheurs ont travaillé sur l'auto-observation des styles d'attachement à partir des liens entre des enfants adultes et leurs parents âgés. Ils ont pour cela modifié ou adapté les items initialement conçus pour évaluer l'attachement romantique chez des sujets plus jeunes et les ont ensuite appliqués au contexte de la vieillesse. Or, leur faire mesurer une toute autre dimension que celle d'origine laisse supposer que ces mesures révisées n'appréhendent probablement pas l'insécurité d'attachement d'une manière qui est appropriée à la nature des relations dans le contexte du vieillissement. C'est pourquoi il est nécessaire de construire de nouvelles échelles qui mesureraient la qualité de l'attachement entre le sujet âgé et son *caregiver*, mais à partir d'items spécifiquement créés et formulés pour saisir l'attachement familial au temps de la vieillesse. Ces nouveaux items devraient également tenir compte des spécificités propres à cette population, notamment en

intégrant la perspective de la perte dans ses différents degrés. Des pertes symboliques aux pertes réelles, les outils de mesures devront explorer ce facteur particulièrement stressant que représente la question de la mort : la sienne et celle des êtres qui l'entourent, la perte déjà vécue ou celle à venir. Tenant compte de toutes ces particularités interactionnelles éclairées par la théorie de l'attachement, nous proposons la thérapie interpersonnelle qui est une approche limitée dans le temps. Son objectif est l'amélioration des dysfonctions interpersonnelles s'inscrivant dans un domaine jugé problématique comme le deuil pathologique ou le conflit interpersonnel. La notion de *transition de rôle* est explorée selon un processus faisant le lien entre avant, maintenant et après, de manière à permettre au sujet d'effectuer ce passage dans de bonnes conditions sans décompensation dépressive. Cela se fait grâce à un intervenant empathique, disponible et fiable, capable d'offrir ainsi au patient une base de sécurité lui permettant de réaliser l'exploration de ses difficultés et le changement nécessaire au rétablissement de ces liens d'attachement. Le thérapeute fait appel dans ce cadre à une restructuration représentationnelle de soi et des autres (conjoint et enfants). Une fois que les liens entre le passé et le présent sont rétablis de façon consciente, et donc remis en question, les interactions actuelles sont envisagées à l'aide d'une régulation émotionnelle interpersonnelle ajustée ; ni hyperactivée, ni désactivée. Il va de soi que ce schéma thérapeutique [25], simplifié pour le propos de cet article, dépend des capacités cognitives du sujet.

Conclusion

L'avancée en âge induit une dynamique qui nécessite de nouvelles capacités de régulation pour le sujet âgé. Il doit répondre à une nécessaire réorganisation de son système d'attachement, et procéder à de nouveaux aménagements du système relationnel afin d'intégrer les modifications liées au vieillissement. Malgré leur singularité, ces changements ont tous en commun d'amener la question de la dépendance, entraînant le risque de fragilisation du narcissisme. La manière dont le sujet âgé va aborder cette période dépend étroitement de la qualité de son système d'attachement. Un sujet *sécuré* pourra s'appuyer notamment sur des représentations de soi et des autres positives, ainsi que des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle adaptées lui permettant d'aborder plus sereinement les obstacles drainés par l'avancée en âge. Au contraire, l'insécurité d'attachement est soutenue par des modèles de représentation bien plus négatifs et entretenant le sentiment de dépendance, de perte, et de proximité

Points clés

- La transition vers le grand âge représente une nouvelle source de stress qui sollicite le sujet au niveau de ses mécanismes de régulation émotionnelle interpersonnelle.
- La manière d'aborder cette période dépend de la qualité des liens d'attachement précédemment construits.
- C'est pourquoi il est nécessaire de porter attention aux réaménagements spécifiques que le sujet âgé va devoir opérer dans son système d'attachement.

avec la mort. La modalité *insécure* représente un risque de complication et compromet l'adaptation du sujet à cette nouvelle phase, malgré l'illusion parfois donnée par des sujets *évitants*. Le soutien qu'offre l'entourage a une

grande importance dans le rétablissement de l'adulte âgé, c'est pourquoi il est nécessaire de considérer le contexte interpersonnel dans lequel il s'inscrit. La thérapie interpersonnelle basée sur l'attachement (TIP-A) a cette vocation en travaillant sur 3 niveaux : la modulation interactionnelle, la régulation émotionnelle interpersonnelle, et enfin la restructuration représentationnelle [5, 28]. Ces techniques doivent être appliquées en s'adaptant au style d'attachement du sujet, à la source de stress dont il est l'objet, et à ses capacités cognitives. On peut espérer chez le sujet âgé, comme chez l'adulte plus jeune, un assouplissement des comportements d'attachement grâce à la relation sécurisante avec le thérapeute, et ensuite avec le *caregiver*.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Bowlby J. Attachment. In : *Attachment and loss*. Volume 1. New York : Basic Books, 1969.
2. Bowlby J. Loss, sadness and depression. In : *Attachment and loss*. Volume 3. New York : Basic Books ; 1980.
3. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults : a test of four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991 ; 61 : 226-44.
4. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation : the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv Emot* 2003 ; 27 : 77-102.
5. Bay-Smadja M, Rahioui H. La thérapie interpersonnelle basée sur la théorie de l'attachement. De Klerman à Bowlby. *Ann Med Psychol (Paris)* 2015 ; 173 : 547-52.
6. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood : structure, dynamics, and change*. New York : Guilford Press, 2007.
7. McCarthy G, Davies S. Some implications of attachment theory for understanding psychological functioning in old age : an illustration from the long-term psychological effects of world war two. *Clin Psychol Psychother* 2003 ; 10 : 144-55.
8. Van Assche L, Luyten P, Bruffaerts R, Persoons P, van de Ven L, Vandenbulcke M. Attachment in old age : theoretical assumptions, empirical findings and implications for clinical practice. *Clin Psychol Rev* 2013 ; 33 : 67-81.
9. Pearson JL, Cohn DA, Cowan PA, Cowan CP. Earned- and continuous security in adult attachment : relation to depressive symptomatology and parenting style. *Dev Psychopathol* 1994 ; 6 : 359-73.
10. Saunders R, Jacobvitz D, Zaccagnino M, Beverung LM, Hazen N. Pathways to earned-security : the role of alternative support figures. *Attach Hum Dev* 2011 ; 13 : 403-20.
11. Koski LR, Shaver PR. Attachment and relationship satisfaction across the lifespan. In : Sternberg RJ, Hojjat M, eds. *Satisfaction in close relationship*. New York : Guilford Press, 1997, p. 26-55.
12. Cicirelli VG. Attachment obligation as daughters' motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden. *Psychol Aging* 1993 ; 8 : 144-55.
13. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment in the later years : a commentary. *Attach Hum Dev* 2004 ; 6 : 451-64.
14. Desjardins-Begon D. Défaillances narcissiques et troubles de l'estime de soi dans les conduites addictives : revue de la littérature et étude de cas cliniques. *Human Health Pathology* 2013 : 17-21 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00918394/document>.
15. Besser A, Priel B. Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression : personality predispositions and protective factors. *Soc Behav Personal* 2005 ; 33 : 351-82.
16. Tomer A. Death anxiety in adult life : theoretical perspectives. In : Neimeyer RA, ed. *Death anxiety handbook : research, instrumentation, and application*. Washington, DC : Taylor & Francis, 1994, p. 3-28.
17. Besser A, Priel B. Attachment, depression, and fear of death in older adults : the roles of neediness and perceived availability of social support. *Pers Individ Differ* 2008 ; 44 : 1711-25.
18. Rude SS, Burnham BL. Connectedness and neediness: factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Ther Res* 1995 ; 19 : 323-40.
19. Delage M. Les attachements lors du vieillissement. In : Delage M, ed. *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*. Paris : Odile Jacob, 2013, p. 205-32.
20. Antonucci TC, Akiyama H, Takahashi K. Attachment and close relationships across the life span. *Attach Hum Dev* 2004 ; 6 : 353-70.
21. Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously : a theory of socioemotional selectivity. *Am Psychol* 1999 ; 54 : 165-81.
22. Cicirelli VG. Attachment relationships in old age. *J Soc Pers Relationships* 2010 ; 27 : 191-9.
23. Karantzas GC, Simpson JA. Attachment and aged care. In : Simpson JA, Rholes WS, eds. *Attachment theory and research : new directions and emerging themes*. New York : Guilford Press, 2015, p. 319-45.
24. Kirkpatrick LA. Attachment and religious representations and behavior. In : Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications*. New York : Guilford, 1999, p. 803-22.

25. Gilleard C, Hyde M, Higgs P. The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over 50s in England. *Res Aging* 2007 ; 29 : 590-605.

26. Carpenter BD. Attachment bonds between adult daughters and their older mothers. Associations with contemporary caregiving. *J Gerontol Series B : Psychol Sci Soc Sci* 2001 ; 56 : 257-66.

27. Gillath O, Bunge SA, Shaver PR, Wendelken C, Mikulincer M. Attachment style differences in the ability to suppress negative thoughts : exploring the neural correlates. *NeuroImage* 2005 ; 28 : 835-47.

28. Freitas M, Rahioui H. La thérapie interpersonnelle dans la dépression du sujet âgé. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2015 ; 16 : 159-65.