



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Apport de l'attachement dans le travail d'élaboration de la mort d'un sujet âgé en établissement d'hébergement. Le cas de Pierre, 90 ans

Attachment theory and psychical elaboration of death for nursing homes' residents. The case of Pierre, 90

Aurélien Chopard-dit-Jean^{a,*,b}, Magalie Bonnet^c, André Mariage^c

^a Centre suisse de compétence en recherche sur les parcours de vie et les vulnérabilités (LIVES), Centre de recherche sur les parcours de vie et les inégalités (LINES), Institut des Sciences Sociales, Université de Lausanne, 1015 Lausanne, Suisse

^b Laboratoire de psychologie EA3188, MSHE Ledoux (USR 3124), Université Bourgogne-Franche-Comté, 25030 Besançon cedex, France

^c Laboratoire de psychologie EA3188, UFR SLHS, Université Bourgogne-Franche-Comté, 25030 Besançon cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 28 mai 2020

Accepté le 4 septembre 2020

Mots clés :

Attachement

Cas clinique

Établissement d'hébergement pour

personne âgée

Mentalisation

Mort

Vieillesse

RÉSUMÉ

L'objectif de cet article est de comprendre, d'un point de vue clinique et psychopathologique, l'apport de la théorie de l'attachement dans le travail d'élaboration psychique de la mort d'un sujet âgé accueilli en établissement. Les expériences de pertes physiques, cognitives et sociales que vivent les individus vieillissant leur font prendre conscience de leur mort. Intégrer psychiquement la perspective de sa mort passe par un travail d'élaboration psychique entendu ici comme l'aptitude du sujet à verbaliser le sens qu'il donne aux événements. Le travail d'élaboration est directement lié aux capacités de mentalisation, parfois altérée par la proximité de la mort. Cette altération ne permet pas le recours à des stratégies émotionnelles interrelationnelles adaptées (mises en évidence grâce à l'étude des modalités d'attachement) pour exprimer une demande d'aide et ainsi bénéficier de soutien social. Ce soutien pourrait cependant aider le sujet à comprendre son état interne et donc viendrait étayer la mentalisation et le travail d'élaboration. Nous faisons l'hypothèse que la difficulté à accéder à un soutien social, liée à des stratégies interrelationnelles inadaptées du fait d'un défaut de mentalisation, limite le travail d'élaboration de la mort. À travers l'étude de cas de Pierre, 90 ans, accueilli en établissement d'hébergement, cet article montre que la mentalisation et la recherche de soutien social (qui dépend des modalités d'attachement) sont des concepts clés pour comprendre l'apport de la théorie de l'attachement dans le travail d'élaboration de la mort. Cette étude de cas permet également de questionner la place de l'autre et soulève un paradoxe. L'autre peut en effet être considéré comme une source de soutien social étayant la mentalisation et facilitant le travail d'élaboration. Mais la comparaison à l'autre comme différent de soi est aussi une stratégie identitaire venant renforcer l'estime de soi.

© 2020 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ABSTRACT

Objective. – From a psychological point of view, this article aims to understand the attachment theory's contribution to the psychical elaboration of death for 'resident elderly' in nursing homes. Physical, cognitive and social losses make people to be aware of death. A psychical elaboration—the ability to attribute subjective meanings to events – permits to integrate death. Psychical elaboration depends on mentalization, but proximity of death alters mentalization: individuals are no longer able to use appropriate emotional strategies to express a request for social support. These strategies are highlighted by attachment. Social support can help individuals to understand their state of mind. So, social support

Keywords:

Accommodation establishment for the

elderly

Aging

Attachment

Clinical case

Death

Mentalization

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aurelie.chopard-dit-jean@unil.ch (A. Chopard-dit-Jean).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.10.009>

0003-4487/© 2020 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pour citer cet article : A. Chopard-dit-Jean, M. Bonnet and A. Mariage, Apport de l'attachement dans le travail d'élaboration de la mort d'un sujet âgé en établissement d'hébergement. Le cas de Pierre, 90 ans, Ann Med Psychol (Paris), <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.10.009>

can ease mentalization and psychical elaboration. We assume that difficulties in finding social support, due to alteration of mentalization and inter relational strategies, complicate psychical elaboration of death.

Method. – We report a clinical case of Pierre, 90 years old, who lives in a French nursing home. This case comes from a qualitative study carried out with thirty-three nursing homes' residents in Switzerland and France. In-depth interview – inspired by Adult Attachment Interview – investigated the participants' life stories through their relationship experiences, the entry in nursing home, their views on their present and their future, and the meaning of their life. The Relation Scales Questionnaire measured attachment and the Mini Geriatric Depression Scale measured depression.

Results. – To understand the psychical elaboration of death, mentalization and the way how individuals seek social support – underlined by attachment – must be investigated. The proximity of death alters mentalization. The difficulties of mentalization influence attachment: the individuals use emotional regulation strategies which do not allow them to benefit from social support. However, this support could help them to understand their internal state and indirectly support difficulties of mentalization and favour the psychical elaboration. Social support is therefore essential in the psychical elaboration of death. The other's place in old age is also questioned and raises a paradox. Get closer to the other to benefit from social support allows to overcome difficulties of mentalization. But the comparison of oneself with the other as different reinforces the self-esteem.

Conclusion. – For professionals in nursing homes, providing social support to people who do not seek help and do not appear to need social support is essential. Adopting the therapeutic framework (art therapy, the use of a media) to each person's personality seems to be important.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

L'objectif de cet article est de comprendre, d'un point de vue clinique et psychopathologique, l'apport de la théorie de l'attachement dans le travail d'élaboration de la mort d'un sujet âgé accueilli en établissement. Les expériences de pertes physiques, cognitives et sociales que vivent les individus vieillissant leur font prendre conscience de leur mort [11,20]. Intégrer psychiquement la perspective de sa mort passe par un travail d'élaboration entendu ici comme « l'aptitude du sujet à verbaliser et à énoncer sa problématique, à traduire en mots le sens ou la signification qu'il donne à ses maux » [1]. Le travail d'élaboration est directement lié à la mentalisation, c'est-à-dire la possibilité de comprendre ses propres états mentaux et ceux des autres et de les nommer [13]. La proximité de la mort fait parfois émerger des difficultés de mentalisation : ne pas comprendre ses états mentaux ne permet pas d'adopter les stratégies émotionnelles interrelationnelles adaptées pour exprimer une demande d'aide et ainsi bénéficier de soutien social [27]. Ces stratégies sont mises en évidence grâce notamment à l'étude des modalités d'attachement. Pour comprendre de manière fine en quoi les modalités d'attachement influencent le travail d'élaboration de la mort, cet article présente l'étude de cas de Pierre, 90 ans, accueilli en établissement d'hébergement.

2. Attachement et proximité de la mort

L'attachement est défini par la tendance de l'individu à rechercher et à maintenir la proximité et le contact avec un ou plusieurs individus particuliers qui lui procurent un sentiment de sécurité ainsi qu'une protection physique et psychologique [32]. Cette tendance est régulée par des « modèles internes opérants » (Internal Working Models), construits à partir des expériences précoces que l'individu a de son monde interpersonnel. Ces modèles se réfèrent à des « patterns d'attachement » qui se répètent et ont un impact sur l'interprétation du monde et les comportements adoptés par l'individu en contact avec son entourage tout au long de la vie [23]. Ces modèles internes influencent les stratégies émotionnelles dans les relations inter-

personnelles, les réactions à la perte et la séparation, et la recherche de soutien social [2]. Bartholomew et Horowitz [3] définissent quatre profils-type d'attachement selon la représentation que l'individu a généralement de lui-même et des autres. Une personne « sécure » a une représentation positive de soi et d'autrui (ou modèle de soi et des autres). Elle reconnaît facilement sa détresse émotionnelle et l'exprime sans en être paralysée [6], ce qui lui permet d'obtenir un soutien [30]. Les personnes insécures « détachées » ont une représentation positive de soi et négative des autres pour se protéger d'éventuelles souffrances au sein d'une relation proche [10]. Elles reconnaissent peu leurs émotions, ne les expriment pas, et donc ne peuvent pas bénéficier d'un soutien qui correspond à leurs besoins. Les personnes insécures « préoccupées » ont une représentation positive des autres et négative de soi, ce qui les conduit à rechercher de la reconnaissance et de l'acceptation chez les autres. Les personnes insécures « craintives » ont une représentation de soi et des autres négatives, ce qui conduit à un évitement relationnel important pour se protéger [10]. De plus, en fonction des modalités d'attachement, les individus abordent les épreuves de la vie différemment [7] et ont une vision différente de la fin à venir [38].

3. Enjeux cliniques du vieillissement : le sujet âgé à l'approche de la mort

3.1. La question des pertes

Le vieillissement confronte le sujet âgé à l'expérience de la perte sur trois registres [12] : la perte d'objet, la perte de fonction et la perte de soi. La perte d'objet avec une disparition d'une partie de soi dans le décès de l'autre. Les individus âgés, et notamment les femmes âgées, vivent des pertes relationnelles avec de nombreux décès dans leur entourage (le conjoint, la famille, les amis du même âge...). La perte de fonction désigne le fait d'être confronté aux limitations et à la baisse d'efficacité de son corps. La perte de soi inclut une atteinte narcissique plus ou moins profonde. Ribes [28] ajoute les pertes sociales comme l'entrée en établissement qui confronte le sujet à sa propre fragilité et à la fin de sa vie. Les pertes liées au vieillissement et l'entrée en établissement confrontent

donc le sujet à sa propre mort et à la mort de l'autre [11,20]. Des stratégies identitaires comme la comparaison sociale permettent aux individus de se différencier des autres qui vivent et meurent dans le même établissement, et donc de mettre la mort à distance. Dans le même temps, la comparaison sociale protège et renforce l'estime de soi et le bien-être subjectif [14,15,34].

Au cours du vieillissement, le sujet vit des pertes et donc « des deuils » [11]. Hanus [18] évoque notamment le « deuil de la vie » qui consiste pour la personne d'être consciente de son horizon de vie limité et d'accepter cela pour vivre au mieux le temps qui reste. Le travail de deuil implique des remaniements psychiques pour accepter la perte de l'objet perdu et déplacer les investissements sur les objets qui restent. Le sentiment de vieillir apparaît lorsqu'un réinvestissement objectal est difficile après une perte imposée par la réalité (perte de fonction, perte d'objet) et un changement somatique (perte de soi) [29]. Selon Talpin [33], une « perte en trop » viendrait condenser les pertes antérieures demeurées en attente de traitement psychique et de symbolisation et rendrait donc impossible le travail de deuil. Étant donné que le sujet se construit puis se soutient en appui sur le corps et sur le social [33], que soma et psyché sont liés, et que chacun fait face à l'inéluctabilité de la mort selon ses mécanismes de défense et d'adaptation [11], que se passe-t-il au niveau intrapsychique pour le sujet qui vieillit et qui est confronté à sa mort ?

3.2. Soma et psyché dans le vieillissement psychique

Le vieillissement corporel oblige le Moi, jusque-là convaincu narcissiquement de son immortalité, à reconnaître sa finitude et ses limites [21]. Le fantasme d'éternité prend fin. Le vieillissement et particulièrement le grand âge impose au Moi une nouvelle épreuve de réalité : celle de la mort à venir. Le Moi ne peut pas faire l'expérience de la mort mais cela ne signifie pas qu'il ne traite pas la question d'une façon ou d'une autre au plan psychique [37]. M'Uzan [9] parle dans le fantasme « Si j'étais mort » d'un clivage au sein du Moi dont une partie prend en considération la mort alors que l'autre continue de l'ignorer. Ce clivage permet de prendre en considération le travail de la mort en soi sans sombrer dans l'issue mélancolique du deuil de soi [4]. Lorsque le sujet est confronté au réel de la mort, l'entière de son appareil psychique est atteinte, l'angoisse d'anéantissement prend le pas sur les élaborations œdipiennes et renvoie le sujet à des angoisses archaïques [8]. Les défenses alors développées sont à la mesure de cette logique : la désorganisation psychosomatique peut demeurer prépondérante ou laisser place à une reprise de la symbolisation [33]. La symbolisation est un processus psychique lié à la mentalisation. La mentalisation se définit ici comme la possibilité de comprendre ses propres états mentaux et ceux des autres et de les nommer [13], c'est-à-dire se représenter notre propre esprit (ou celui des autres). Elle est davantage efficace chez les individus sécures [10] mais la situation de dépendance aux soignants, la confrontation au stress ou à la maladie, peuvent faire émerger des difficultés de mentalisation [27]. Les individus peuvent alors « mettre en place des stratégies de régulation caractérisées soit par l'hyperactivation du système d'attachement [...] soit [...] par sa désactivation comme dans les troubles somatoformes » [27,p. 363]. Demander de l'aide devient alors difficile et cela conduit à un manque de soutien social. Les individus insécures ont d'ailleurs peu accès à un réseau relationnel soutenant [31], présentent davantage de maladies psychosomatiques, de dépression et d'anxiété [5,19]. De plus, les pertes sont nombreuses lors de l'avancée en âge : de nombreux deuils sont à élaborer et tout travail de deuil exige une bonne mentalisation [31] alors que celle-ci peut être altérée.

L'objectif de cet article est de comprendre, d'un point de vue clinique et psychopathologique, l'apport de l'attachement dans le

travail d'élaboration de la mort d'un sujet âgé accueilli en établissement. Pour cela, le concept de mentalisation est mobilisé. Premièrement, la proximité de la mort altère la mentalisation et donc la capacité à comprendre son état interne et à le mettre en mots (cette mise en mots est nommée « travail d'élaboration »). Deuxièmement, les difficultés de mentalisation influencent les modalités d'attachement : le sujet a recours à des stratégies de régulation émotionnelle qui ne lui permettent pas d'avoir accès à un soutien social. Ce soutien pourrait cependant l'aider à comprendre son état interne et donc étayer la mentalisation et le travail d'élaboration. Nous faisons l'hypothèse que la difficulté à accéder à un soutien social du fait du défaut de mentalisation limite le travail d'élaboration de la mort. Pour investiguer cette hypothèse, nous présentons le cas clinique de Pierre, 90 ans. Il est atteint de la maladie de Parkinson, maladie évolutive et incurable, et dit attendre la mort.

4. Méthodologie

4.1. Population et procédure d'inclusion

Cet article présente un cas clinique issu d'une étude plus vaste, regroupant trente-trois personnes âgées de 72 à 104 ans (huit hommes et vingt-quatre femmes), résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France et en établissements médico-sociaux (EMS) en Suisse. Les participants à l'étude, identifiés par les professionnels de l'établissement, sont en mesure de parler de leur histoire de vie, en français, et ne présentent pas de troubles cognitifs avérés (Mini Mental State Examination (MMSE) supérieur ou égal à 15). La moyenne d'âge des participants est de 88,5 ans. Les répondants expriment le souhait de mourir, la volonté de mourir naturellement, une lassitude de vie ou une demande de mort anticipée (assistance au suicide, euthanasie) [36] (premier volet de l'étude) ou sont accueillis dans l'établissement depuis moins de trois mois (second volet de l'étude). Les participants signent un consentement écrit éclairé pouvant être révoqué à tout moment, sans justification. L'étude a fait l'objet d'une déclaration de conformité à une méthodologie de référence auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) en France et a reçu l'autorisation de la Commission cantonale (du canton de Vaud) d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD) en Suisse (projet 2018-00034).

4.2. Outils et analyse : une méthodologie qualitative et quantitative

Les deux types de méthodes utilisées traditionnellement de manière indépendante pour évaluer l'attachement sont appliqués dans cette étude [35] : l'échelle Relationship Scales Questionnaire (RSQ) [16] validée dans sa version française [17] et un entretien semi-directif inspiré de l'Adult Attachment Interview (AAI) [22]. Le RSQ mesure les perceptions que les sujets ont d'eux-mêmes et des autres dans leurs relations proches. Il permet d'obtenir des « scores prototypiques » [16] c'est-à-dire que chaque score reflète « jusqu'à quel point le sujet se sent correspondre à tel ou tel prototype » (sécure, craintif, détaché et préoccupé) [17]. Durant l'entretien, la personne met en mots ses représentations d'attachement, c'est-à-dire la manière dont elle se représente aujourd'hui ses relations passées et dont celles-ci influencent sa manière d'être aujourd'hui, et elle évoque son vécu subjectif des pertes et séparations qu'elle a traversées. Le rapport à la mort y est investigué grâce à des questions à propos du sens que l'individu donne à son existence aujourd'hui, ce qui est important pour lui et la façon dont il perçoit son avenir. Des liens entre dépression et insécurité [5] et dépression et souhait de mourir [24] étant constatés, la dépression

est mesurée grâce à l'échelle Mini Geriatric Depression Scale, composé de quatre items.

5. Situation clinique

L'étude de cas de Pierre¹, 90 ans, met en évidence des pistes de compréhension du travail d'élaboration de la mort d'un sujet vivant à l'approche de celle-ci. Elle ne permet pas de généraliser les résultats à une population globale [26]. Atteint de la maladie de Parkinson, Pierre est accueilli depuis six ans dans un EHPAD. L'évolution de sa maladie l'empêche de rester seul à son domicile, non adapté à son état de santé, et d'assumer les gestes de la vie quotidienne. Il dit attendre la mort et passe la plupart de son temps seul dans sa chambre (excepté pour les repas ; il ne souhaite pas participer aux animations proposées par l'établissement).

Au RSQ, Pierre présente un profil insécuré « détaché » : il a un modèle de soi positif (= 3,1) et un modèle des autres légèrement négatif (= -0,5). La moyenne des scores obtenus aux items évaluant le prototype détaché (= 3,8) est égale à celle évaluant le prototype sécure. À la Mini GDS, Pierre obtient un score de 2, ce qui signifie une forte suspicion de dépression. Concernant son rapport à la mort, Pierre dit attendre la mort. Cette attente, dit-il, donne, paradoxalement, un sens à sa vie. Vivre comme il vit aujourd'hui, « c'est pas vivre² », il trouve qu'il n'a « plus rien ». Souhaitant mourir pour ne pas devenir plus dépendant du fait de l'évolution de sa maladie, Pierre relie son mal-être aux difficultés rencontrées au quotidien et à l'aide dont il a besoin, aide qui le conduit à vivre au rythme de l'établissement. La mort le soulagerait physiquement et moralement et il ne comprend pas pourquoi il ne peut pas en choisir le moment. Après deux rencontres dans le cadre de l'étude, Pierre souhaite cesser sa participation : parler de sa vie le met face à ses incapacités actuelles et le bouleverse au niveau émotionnel.

5.1. Entre sécurité et détachement...

Pierre a un modèle de soi élevé (= 3,1) : il a le sentiment d'être digne d'amour et de soin. Cette représentation de soi positive est renforcée par le fait qu'il se sent différent des autres « vieux » de l'établissement, « sales et orduriers ». Cette différenciation renforce son estime de lui-même, ce qui va dans le sens d'une comparaison sociale descendante renforçant l'estime de soi et l'identité du sujet [34].

Son modèle des autres est légèrement négatif (= -0,5) : il considère les autres comme peu fiables, ce qui ne lui permet pas de bénéficier de soutien social. Pourtant, il se confie à la chercheuse pendant deux entretiens (à une semaine d'intervalles) puis souhaite cesser sa participation à l'étude. Il dit avoir été « bouleversé » après le premier entretien. Ce refus questionne le fait qu'il ait accepté de participer à l'étude présentée comme un travail sur le souhait de mourir. Ce thème pourrait avoir fait écho chez lui et peut-être était-il en attente d'une forme de soutien dans une relation avec la chercheuse. Peut-être n'a-t-il pas souhaité investir une relation présentée comme éphémère (durant le temps de la recherche), par crainte de la séparation à venir (que ce soit la fin de la recherche ou la mort à venir).

5.2. Narration, mentalisation et attachement

Pierre adopte un discours descriptif et se réfère à la norme (il parle de la relation avec son père quand il était enfant comme d'« une relation normale à l'époque ») et ne termine pas certaines phrases. Se référer à la norme et le blocage du discours peuvent

signifier une difficulté à nommer son ressenti. Cette analyse de discours renvoie au fonctionnement psychique du sujet insécuré détaché [23] dans lequel est observée une scission entre cognitions et affects : les stratégies représentationnelles comme se référer à la norme ou éviter de parler de ses émotions aident le sujet à aller de l'avant plutôt que de rester bloquées sur des frustrations ou des souffrances passées [23].

Au fil de l'entretien, Pierre tente de qualifier son état interne ou celui des autres : « Au restaurant ici, je ne me plais pas mais je pense que peu de personnes s'y plaisent » (ici, il parvient à s'identifier aux autres), puis il se livre peu à peu sur ce qu'il ressent par rapport à sa fin de vie : « Souffrir peut vous faire peur ? – Oui, j'ai peur, oui. » Il confie son ressenti par rapport à la mort : « Comment vous sentez-vous quand vous pensez à votre mort ? – Je me sens je sais pas comment. » Les difficultés de mentalisation s'observent dans son impossibilité à nommer son état interne quand il parle de sa mort. Ces difficultés entravent la tentative d'élaboration permise par la relation duelle ou la présence d'un soutien social. Il tente de mettre des mots (élaboration) sur son état interne : « Je suis bien mais je ne me sens pas bien. Je suis ici en attendant ma mort qui ne vient pas. » « Je suis bien » se réfère au fait qu'il est bien « pris en soin » dans l'établissement, mais « je ne me sens pas bien » se réfère à l'état de tension interne qu'il ressent, sans pouvoir le définir. Cela va dans le sens d'un défaut de mentalisation.

Le score prototypique sécure se révèle dans sa tentative d'élaboration lors des deux premières rencontres. Ses confidences l'ont fragilisé psychologiquement et il préfère arrêter le travail d'élaboration, ce qui rejoint l'évitement de l'élaboration des émotions dans le détachement (score prototypique au détachement). Il parvient à décrire son état interne qui le conduit à arrêter sa participation à l'étude (mentalisation effective) mais il a des difficultés à le décrire quand il parle de sa propre mort ou de la manière dont il se sent dans l'établissement (défaut de mentalisation).

Pierre décrit des cauchemars à la suite du premier entretien, ce qui peut être interprété comme une tentative d'élaboration : le sujet met au travail ses éprouvés et il est ensuite envahi par des angoisses. La tentative de mise en mots signifie que l'appareil psychique tente de traiter ce qui ne l'a pas été et se met au travail (d'où les cauchemars comme tentative d'élaboration). Un travail psychique semble s'être amorcé pour élaborer les pertes qui n'ont pas été symbolisées. Le grand âge, l'approche de la mort et l'entrée en établissement peuvent être l'occasion de réécrire son histoire, de la mettre au travail, de dire ses maux en les mettant en mots pour se les approprier et ainsi les élaborer. Cependant, Pierre a des difficultés pour nommer ses émotions. Avoir recours à un médium, dans le cadre d'une relation thérapeutique, permet d'exprimer ses ressentis non dicibles par la parole. Pierre a toujours eu des activités et un métier manuel. Cette créativité permet de mentaliser les affects et donc de les élaborer. Il parle des nombreux voyages qu'il a faits, ce qui rejoint la créativité comme participant au travail d'élaboration.

Pierre se plaint de son corps « qui lâche », empreint de douleurs, qui lui permettait jadis de rester actif et qui le rend aujourd'hui dépendant des autres alors qu'il a toujours été « indépendant ». Ce constat rejoint l'expression somatique des émotions liées au défaut de mentalisation. Son corps était aussi vecteur d'un rôle social qu'il n'a plus aujourd'hui et qu'il peine à redéfinir. Pierre est perturbé par le décalage social et identitaire induit par son corps, alors que corps et social participent à la construction du sujet [33]. De plus, son corps, qui aujourd'hui lui fait défaut, était vecteur de cette créativité et donc participait au travail d'élaboration. Avoir accès au langage ou à une forme de symbolisation (comme la créativité) permet d'élaborer ce qui ne l'a pas été psychologiquement et qui fait souffrance.

¹ Certains éléments ont été modifiés afin de garantir l'anonymat de Pierre.

² Les propos de Pierre figurent entre guillemets et en italique.

5.3. La mentalisation ou comment se représenter sa propre mort ?

Pour Pierre, autant mourir que vivre d'une manière où il n'est plus lui-même. Son idéal de vie n'est plus atteint et il semble ne pas avoir fait le deuil de sa vie [18]. Ce deuil non élaboré ne lui permet pas d'investir le présent et de se projeter dans l'avenir. Parler de son vécu actuel (vécu de dépendance, souhait de mourir) le renvoie à son passé et à une perte ancienne non élaborée [33]. Le deuil de son corps, vecteur de son identité, n'est pas élaboré et il ne peut pas se projeter dans l'avenir. Il n'accepte pas son corps tel qu'il est actuellement et il préfère mourir que de continuer à vivre ainsi.

Pierre espère une mort soudaine ou il souhaiterait avoir la possibilité de regagner une maîtrise sur sa vie et son corps en prenant un médicament ou une « infusion » qui le ferait mourir quand il le souhaitera, sans souffrir. La prise de cette substance serait un suicide, ce que Pierre rejette en disant qu'il n'est pas suicidaire. Ses propos soulignent la perte de contrôle sur son corps et sa destinée et la crainte de souffrir en fin de vie, sentiment lié à son parcours de vie (il pense à l'agonie de sa sœur atteinte de la même maladie que lui). Le grand âge laisse le temps à la personne de penser à sa mort et particulièrement à la manière dont va se dérouler sa fin de vie. Mais du fait des difficultés d'élaboration et de mentalisation, Pierre ne peut pas se défaire de ses angoisses liées à la proximité de la mort, et celles-ci l'envahissent psychiquement quand il tente de les élaborer.

Lorsqu'il parle de l'impossibilité de choisir les conditions de sa mort, Pierre se met en colère. Cette réaction peut être interprétée comme un débordement émotionnel. Il parle de la fin de sa vie avec colère et revendication car il ne parvient pas à l'envisager pour lui-même et à se la représenter psychiquement. Il est tout à fait conscient de la mort à venir mais lorsqu'il en parle, et donc la rend « consciente » et possible, il est débordé émotionnellement, ce qui renvoie aux difficultés d'élaboration. De nombreux éprouvés à l'état brut, non élaborés psychiquement, semblent envahir Pierre s'ils accèdent à sa conscience. En cessant sa participation à l'étude, Pierre rompt la relation qui le conduit à parler de son ressenti, cette forme de soutien social qui soutiennent ses capacités de mentalisation et le travail d'élaboration. Il évite de se placer dans un état émotionnel bouleversant. Pierre semble adopter une attitude défensive voire protectrice face à des situations (qui consistait ici à parler de son vécu) induisant des émotions angoissantes, non élaborées jusqu'alors. Cela va dans le sens du score prototypique détaché obtenu au RSQ.

Pierre parle de la mort comme d'une libération (« je n'aurai plus de désagréments »). On peut se poser la question : de quelle libération s'agit-il ? Libération de son état physique avec un corps qui fragilise son identité ? Ou libération d'un état psychique sous tension qui l'empêche d'investir le présent et d'envisager l'avenir ?

5.4. Dépression, deuil et travail d'élaboration

Le score de Pierre à la mini GDS va dans le sens d'un état psychique sous tension impossible à nommer, conduisant à une souffrance existentielle, à laquelle contribuent les difficultés liées au deuil de sa vie. La participation à la recherche conduit Pierre à parler de lui, du rôle social qu'il avait et qui donnait sens à son existence. Pierre dit qu'il est « bien ici » et veut donner cette impression à la chercheuse, mais parler de son passé le bouleverse. Sans doute évitait-il jusqu'alors de penser à son passé pour vivre au mieux aujourd'hui. Le non-deuil du passé participe sans nul doute à la pathologie dépressive. De plus, les difficultés de mentalisation induites par la proximité de la mort compliquent le travail de deuil [25].

Mettre en mots son ressenti facilite pour tout sujet l'élaboration des émotions, leur accès à la conscience et donc le deuil. Cependant, pour Pierre, la mise en mots est difficile. Il dit d'ailleurs

qu'il a surmonté le chagrin lié au deuil de son épouse grâce à ses « activités ». Surmonter un deuil en multipliant les activités ne permet pas d'élaborer la perte et, comme le dit Talpin [33], les pertes antérieures non élaborées (c'est-à-dire en attente de traitement psychique et de symbolisation) peuvent se rejouer plus tard à l'occasion d'une autre perte. Ici, la pathologie, la dépendance, l'établissement, la proximité avec la mort et le décalage avec la vie d'avant cristallisent les pertes antérieures. Confier ses ressentis par rapport à son vécu actuel réveille des douleurs anciennes, et Pierre s'en protège en mettant fin à sa participation à l'étude.

6. Conclusion

Cet article montre l'importance de prendre en compte le concept de mentalisation, les modalités d'attachement et la recherche de soutien social pour comprendre le travail d'élaboration de la mort. La proximité de la mort fragilise la mentalisation. Les difficultés de mentalisation influencent les modalités d'attachement : le sujet a recours à des stratégies de régulation émotionnelle qui ne lui permettent pas d'avoir accès à un soutien social. Ce soutien pourrait cependant l'aider à comprendre son état interne et donc pallier les difficultés de mentalisation et favoriser le travail d'élaboration. Le soutien social apparaît donc primordial dans le travail d'élaboration de la mort.

La recherche de soutien social ne s'exprime pas quand les stratégies de régulation émotionnelle, influencées par les modalités d'attachement, ne le permettent pas. Le psychologue en établissement doit pouvoir apporter ce soutien social même si le sujet ne le demande pas. Un repli sur soi peut être le signe d'une souffrance morale existentielle liée à un processus de pertes et à un défaut de mentalisation, souffrance qu'il vaut mieux nier pour ne pas l'affronter. L'étude du cas clinique montre que le fait d'évoquer son histoire de vie et son vécu actuel dans le cadre d'une relation duelle place le sujet dans un état interne qu'il ne peut pas surmonter. Il parvient à identifier certaines émotions mais il en est débordé, c'est-à-dire qu'il ne parvient pas à les gérer ou les réguler.

Le travail d'élaboration peut être soutenu par l'utilisation d'un médium dans un cadre thérapeutique. Le recours à l'art-thérapie peut aussi stimuler la créativité et donc faciliter la symbolisation par une autre voie que la parole, et cela dans le cadre d'une relation avec une personne de confiance sur la durée. Se confier dans le cadre de la relation duelle, présentée comme éphémère car liée à la recherche, semble ici compliqué : le sujet met fin à la relation qui l'a amené à parler de lui-même. Il évite alors toute source de soutien social. L'absence de relation intime et de soutien social viendrait accroître la vulnérabilité dépressive, ce qui expliquerait les troubles psychopathologiques comme la dépression. Se différencier des autres, qui renvoient l'image de malades dépendants et de mourants, et ne pas créer de lien avec eux participe cependant au maintien de l'estime de soi et au bien-être. La place de l'autre, centrale dans la théorie de l'attachement, joue un rôle important au grand âge et devrait être investiguée dans les futures recherches.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements et source de financement

La publication bénéficie du soutien du Centre suisse de compétence en recherche sur les parcours de vie et les vulnérabilités (LIVES) financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (Numéro de subvention : 51NF40-185901).

Les autrices et l'auteur remercient le Fonds national suisse de la recherche scientifique pour son assistance financière.

La recherche a bénéficié du soutien de la Région Bourgogne Franche-Comté et de l'Université de Franche-Comté grâce à un contrat doctoral. Elle a également bénéficié d'un subside de cotutelle de thèse décernée par Swissuniversities (contrat n° FR 19/06) et d'une bourse d'aide à la mobilité internationale des doctorants décernée par l'Université de Franche-Comté. Les autrices et l'auteur remercient la Région Bourgogne Franche-Comté, Swissuniversities et l'Université de Franche-Comté pour leur soutien financier.

Les autrices et l'auteur remercient également le Professeur Dario Spini pour la relecture de l'article et ses conseils avisés.

Références

- [1] Abondo M. Les capacités d'élaboration: concept transdimensionnel. *Ann Med Psychol* 2007;165:241-5.
- [2] Attale C, Consoli SM. Intérêt du concept d'attachement en médecine somatique. *Press Med* 2005;34:42-8.
- [3] Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a tests of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:226-44.
- [4] Bianchi H. *Le Moi et le Temps*. Paris: Dunod; 1987.
- [5] Chahraoui K, Vinay A. Attachement narratif, fonction réflexive et régulation émotionnelle chez des sujets déprimés. *Evol Psychiatr* 2014;79:395-409.
- [6] Consedine NS, Fiori KL, Tuck NL, Merz EM. Attachment, activity limitation, and health symptoms in later life: the mediating roles of negative (and positive) affect. *J Aging Health* 2013;25:56-79.
- [7] Cookman CA. Attachment in older adulthood: concept clarification. *J Adv Nurs* 2005;50:528-35.
- [8] David C. Le deuil de soi-même. *Rev Fr Psychanalyse* 1996;1:15-32.
- [9] De M'Uzan M. *De l'art à la mort*. Paris: Gallimard; 1977.
- [10] Debbané M, Bateman AW, Fonagy P. *Mentaliser : de la théorie à la pratique clinique*. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2016.
- [11] Fantini-Hauwel C, Gély-Nargeot MC, Raffard S. *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante*. Paris: Dunod; 2014.
- [12] Ferrey G, Le Goués G. *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris: Masson; 2000.
- [13] Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *Int. Other Press* 2002.
- [14] Frieswijk N, Buunk BP, Steverink N, Slaets JJP. The effect of social comparison information on the life satisfaction of frail older persons. *Psychol Aging* 2004;19:183-90.
- [15] Girardin Keciour M, Spini D, Ryser VA. The paradox of well-being in later life: effectiveness of downward social comparison during the frailty process. The closing chapters of long lives. Results from the 10-Year Swilsoo study on the oldest old. Nova Science Publishers, Inc; 2008. p. 129-42.
- [16] Griffin D, Bartholomew K. Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 1994;67:430-45.
- [17] Guédeney N, Fermanian J, Bifulco A. La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. *Encephale* 2010;36:69-76.
- [18] Hanus M. Les deuils au grand âge. *Études sur la mort*; 2009;1:89-97.
- [19] Hazan C, Shaver PR. Love and work: an attachment theoretical perspective. *J Pers Soc Psychol* 1990;59:270-80.
- [20] Lacaze-Paule C. Vieillir, c'est vivre. In: Simon A, Duchêne A, Le Guernic YM, editors. *Vieillir aujourd'hui. Perspectives cliniques et politiques*. Nîmes: Champ social éditions; 2019. p. 42-56.
- [21] Le Goués G. La psychanalyse tardive. *Champ psychosomatique* 2001;4(24):4565-75.
- [22] Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monogr Soc Res Child Dev* 1985;50(1):66-104.
- [23] Miljkovitch R. L'attachement au niveau des représentations. In: Miljkovitch R, editor. *L'attachement au cours de la vie*. Paris: PUF; 2001. p. 89-134.
- [24] Monod S, Durst AV, Spencer B, Rochat E, Mazzocato C, Frick E, et al. Understanding the wish to die in elderly nursing home residents: a mixed methods approach. *Lay Summary* 2017 [online, cited 2017 Oct 5]URL: <http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/lay-summary-final-report-monod.pdf>.
- [25] Péruchon M. Dynamique psychique à la sénescence et facteurs de risque cancéreux. *Perspectives Psy* 2014;53:202-10.
- [26] Pomini V, De Roten Y, Brodard F, Quartier V. L'étude de cas. *Lausanne: Antipodes « Actualités psychologiques »*; 2016.
- [27] Prada P, Cole P, Bondolfi G, Perroud N, Debbané M. Mentaliser en psychiatrie de liaison ? *Rev Med Suisse* 2017;13:363-6.
- [28] Ribes G. Résilience et vieillissement. *Reliance* 2006;21:12-8.
- [29] Roos C. Des chutes en abîme, une chute en cache une autre. *Champ psychosomatique* 2008;1(49):95-112.
- [30] Sabatier C, Guédeney N. Attachement et vieillissement: perspectives développementales et cliniques. In: Guédeney N, Guédeney A, editors. *L'attachement: approche théorique*. 4^e ed, Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 215-30.
- [31] Simpson JA, Rholes WS. Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Curr Opin Psychol* 2017;13:19-24.
- [32] Sperling MB, Berman WH. Attachment in adults: clinical and developmental perspectives. *New York: Guilford Press*; 1994.
- [33] Talpin JM. *Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique*. Paris: Armand Colin; 2017.
- [34] Tettamanti M, Ryser VA, Spini D. Les effets ambivalents des stéréotypes liés au vieillissement chez les personnes âgées. In: Oris M, editor. *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes; 2009. p. 335-54.
- [35] 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.
- [36] Van Wijngaarden E, Leget C, Goossens A. Ready to give up on life: the lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Soc Sci Med* 2015;138:257-64.
- [37] Verdon B. *Le vieillissement psychique*. Paris: PUF; 2013.
- [38] Wensauer M. *Die Bedeutung internaler Arbeitsmodelle fuer erfolg-reiches Altern (The meaning of internal working models for successful aging)*. Unpublished dissertation. Universitaet Regensburg; 1994.